



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAestrÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA DE LAS ADICCIONES

**RELACIÓN ENTRE TRES PROCEDIMIENTOS DE AUTOCONTROL E IMPULSIVIDAD CON EL RIESGO
DE CONSUMO DE ALCOHOL EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS**

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MAESTRO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

JAVIER MORENO JIMÉNEZ

DIRECTOR:

DR. RAÚL ÁVILA SANTIBÁÑEZ

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

COMITÉ

VOCAL: DRA. SILVIA MORALES CHAINÉ

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

SECRETARIO: SAMUEL JURADO CÁRDENAS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

SUPLENTE 1: MTRA. LETICIA ECHEVERRÍA SAN VICENTE

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

SUPLENTE 2: DR. GUSTAVO BACHÁ MÉNDEZ

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD.MX. , FEBRERO, 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

A mi amada Universidad Nacional Autónoma de México por abrirme sus puertas y albergarme en sus instalaciones durante mi formación en la Licenciatura y en el Posgrado.

Al CONACYT por el apoyo brindado para que fuera posible este trabajo.

A mis padres y mi familia, por darme todo lo necesario para ser la persona que soy hasta el día de hoy.

A Lilian por ser la mejor compañera de vida, por tomarte el tiempo para escucharme, leerme y animarme en los momentos más complicados. Este camino no hubiera sido el mismo sin estar a tu lado.

A mis valedores de la Maestría: César y Fanny, por todos los momentos agradables que compartimos en la residencia.

A mis amigos, colegas, conocidos y profesores que me ayudaron a la aplicación de mis instrumentos para que se llevara a cabo esta investigación.

A mi tutor el Dr. Raúl Ávila Santibáñez y a todo su equipo de trabajo, en especial a la Mtra. Brenda Ortega por su orientación

A mi Comité: Dra. Silvia Morales Chainé, Dr. Samuel Jurado Cárdenas, Dr. Gustavo Bachá Méndez y Mtra. Leticia Echeverría San Vicente por sus valiosos comentarios a mi tesis.

Al “Toxicológico Venustiano Carranza” por toda la experiencia brindada, nunca olvidaré a los pacientes y sus historias.

Dedicatoria

A mi Constanza.

Índice

Índice.....	4
Resumen.....	6
Consumo de Alcohol en Estudiantes Universitarios	7
<i>Procesos de elaboración de las bebidas alcohólicas</i>	7
<i>Bebidas alcohólicas</i>	8
<i>El trago estándar</i>	10
<i>Consumo de alcohol en el Mundo</i>	11
<i>Consumo de Alcohol en México</i>	13
<i>Consumo de Alcohol en Estudiantes Universitarios</i>	16
<i>Metabolismo del Consumo de Alcohol</i>	18
<i>Consecuencias del consumo de alcohol</i>	22
<i>Consecuencias del consumo excesivo de alcohol en los universitarios</i>	26
El Autocontrol como explicación del consumo de Alcohol.....	32
Definición del Autocontrol.....	36
<i>Elección</i>	39
<i>Demora de la gratificación.</i>	41
<i>Resistencia a la tentación</i>	43
Impulsividad: la contraparte del autocontrol	47
<i>Impulsividad desde el análisis experimental de la conducta: Descuento temporal</i>	47
<i>Impulsividad como variable de la psicopatología y personalidad</i>	51
Relación entre autocontrol e impulsividad y el consumo de sustancias.....	56
<i>Autocontrol y consumo de sustancias</i>	56
<i>Impulsividad y consumo de sustancias</i>	59
El problema de la medición del autocontrol y la impulsividad.	62
Relación entre el Autocontrol/impulsividad y consumo de alcohol en estudiantes universitarios .	65
Estudio 1: Construcción y Validación de una Escala de “Resistencia a la Tentación” en Universitarios.....	66
Estudio 2. Relación entre “Resistencia a la tentación” y Riesgo de consumo de alcohol en estudiantes universitarios	81
Estudio 3. Relación entre el Riesgo de consumo de Alcohol, Impulsividad y Tres procedimientos de Autocontrol.	90
Discusión	105
Referencias.....	128

Apéndice.....140

Resumen

Los estudiantes universitarios presentan un riesgo de abuso del consumo de alcohol, por lo que llegan a presentar diferentes problemas de salud física, sociales, legales, emocionales y académicos. Las conductas que se han asociado al consumo de alcohol son el autocontrol y la impulsividad. En estudios previos el autocontrol e impulsividad se han medido con cuestionarios, escalas y pruebas de ejecución, pero son poco claros al definir estas variables. Desde el análisis experimental de la conducta para el estudio del autocontrol, se emplean procedimientos como elección y demora de la gratificación, pero se ha dejado de lado el procedimiento de “resistencia a la tentación”. El presente estudio tuvo como propósito averiguar la relación entre el riesgo de consumo de alcohol en universitarios y el autocontrol desde estos tres procedimientos, y la impulsividad. Para ello, se elaboraron tres estudios en población universitaria. En el primero, se construyó y validó una escala culturalmente relevante de autocontrol para la población estudiantil retomando el procedimiento de “resistencia a la tentación” la cual resultó válida y confiable. En el segundo, se evaluó la relación entre el consumo de alcohol y el autocontrol con la escala construida en el estudio uno; y en el estudio tres, se probó la relación entre el riesgo de consumo de alcohol en tres grupos de universitarios clasificados como: No consumidores, consumidores de bajo riesgo y consumidores de riesgo alto y las variables autocontrol desde los tres procedimientos y la impulsividad. Los resultados muestran una relación inversa entre los tres procedimientos de autocontrol y el riesgo de consumo de alcohol, y una relación positiva con la impulsividad, pero con diferencias sutiles que ayudarán a entender el consumo nocivo de alcohol y brinda algunos elementos para trabajar en la práctica clínica con población en riesgo.

Palabras clave: estudiantes, universitarios, consumo de alcohol, autocontrol, impulsividad, demora de la gratificación, elección, resistencia a la tentación.

Consumo de Alcohol en Estudiantes Universitarios

“Para entender lo que es el autocontrol y la demora de una satisfacción, necesitamos saber no solo lo que lo hace posible, sino también lo que lo anula”.

W. Mischel (2015).

El presente apartado tiene como objetivo describir el problema del consumo de alcohol en México, particularmente el abuso de éste en población universitaria, así como exponer los problemas que presentan los estudiantes como consecuencia del consumo de alcohol para clarificar la relevancia social del estudio en esta población.

El alcohol también llamado alcohol etílico o etanol y el único para el consumo humano, es un compuesto incoloro, volátil e inflamable cuya fórmula química es $\text{CH}_3\text{-CH}_2\text{-OH}$. Tiene un peso molecular de 46.07 y una densidad de .758g/ml a una temperatura de 25°C. Se produce de manera natural a través de la fermentación alcohólica, un proceso metabólico mediante el cual se descomponen carbohidratos en condiciones anaerobias, es decir, en ausencia de oxígeno. La fermentación es llevada a cabo por ciertos tipos de hongos microscópicos unicelulares conocidos como levaduras. Por su pequeño tamaño, las moléculas de etanol son capaces de atravesar las membranas celulares por medio de fusión simple. Esta propiedad le permite al etanol atravesar fácilmente la mucosa estomacal y alcanzar el torrente sanguíneo directamente, sin necesidad de ser ingerido o degradado previamente (Nolla, et al., 2015).

Procesos de elaboración de las bebidas alcohólicas

La forma de elaboración de una bebida alcohólica para comercialización y el consumo humano pasa por dos procesos: fermentación y destilación, los cuales deben cumplir con altos estándares de calidad e higiene exigidos por las normas del país y así garantizar que el producto no dañará la salud de la población consumidora. En el caso de la fermentación, una vez que se

tiene la materia prima (frutas, magueyes, granos), se somete a tratamientos específicos, cada bebida requiere un tratamiento distinto de las materias primas, esto producirá variaciones en los sabores y aromas en las bebidas. Los azúcares son extraídos o separados de la materia prima. En cuanto a la destilación, una vez que se realiza la fermentación, el producto se pasa por alambiques de cobre, acero o en columnas de destilación. Cuando los montos son llevados a ebullición, el etanol se separa de otras sustancias más y menos volátiles. Los vapores captados, son enfriados a través de tubos y condensados para su recepción en otro contenedor, obteniendo así bebidas con mayor concentración de alcohol, una vez separado el etanol del agua y otros compuestos. Dependiendo de las características que se deseen obtener, las bebidas fermentadas o destiladas pueden ser vertidas en barricas donde reposarán según sea necesario este proceso, interviene en aportar el color, sabor y aroma de las bebidas para finalmente, su envasado y distribución para su venta al público (Nolla, et al., 2015).

Para su distribución y venta al público, las bebidas alcohólicas deben cumplir ciertos requerimientos de acuerdo con leyes, reglamentos y normas en México. Por ejemplo, el artículo 217 de la *Ley General de Salud* (Secretaría de Salud, 1992) considera una bebida alcohólica aquella que contenga alcohol etílico en una proporción de 2% y hasta 55% en volumen. Cualquiera otra que contenga una proporción mayor no podrá comercializarse como bebida.

Bebidas alcohólicas

El artículo 175 del Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios (Secretaría de Salud, 1988) acuerda que dentro de las bebidas con alcohol quedan comprendidas las siguientes: Bebidas fermentadas, bebidas destiladas, licores y bebidas alcohólicas preparadas o cócteles. Mientras que en el artículo 176 de este reglamento, se encuentra la clasificación de bebidas con alcohol, que por su contenido alcohólico se clasifican como: 1) de contenido alcohólico bajo:

bebidas con una graduación alcohólica de 2% y hasta un 6% en volumen; 2) de contenido alcohólico medio: bebidas con una graduación alcohólica de 6.1% y hasta un 20% en volumen; y 3) de contenido alcohólico alto: bebidas con una graduación alcohólica de 20.1% y hasta un 55% en volumen.

La Norma Oficial Mexicana NOM-142-SSA1/SCF-2014 hace referencia de las definiciones para los diferentes tipos de bebidas, las cuales son: *Bebida alcohólica fermentada*: producto resultante de la fermentación principalmente alcohólica de materias primas de origen vegetal, pueden adicionarse de ingredientes y aditivos permitidos. Con contenido alcohólico de 2,0 hasta 20,0% Alc. Vol. (Contenido alcohólico [por ciento de alcohol en volumen a 293 K (20 °C)]).

Bebida alcohólica destilada: producto obtenido por la destilación de líquidos fermentados que se hayan elaborado a partir de materias primas vegetales en las que la totalidad o una parte de sus azúcares fermentables, hayan sufrido como principal fermentación, la alcohólica, siempre y cuando el destilado no haya sido rectificado totalmente. Con contenido alcohólico de 32,0 hasta 55,0% Alc. Vol.

Bebidas alcohólicas preparadas: productos elaborados a base de bebidas alcohólicas destiladas, fermentadas, licores o mezclas de ellos. Con un contenido alcohólico de 2,0 hasta 12,0% Alc. Vol.

Cóctel: producto elaborado a partir de bebidas alcohólicas destiladas, fermentadas, licores, espíritu neutro, alcohol de calidad o alcohol común o mezcla de ellos y agua, aromatizados y saborizados con procedimientos específicos. Con un contenido alcohólico mayor de 12,0 y hasta 32,0% Alc. Vol.

Licor o crema: Producto elaborado a base de bebidas alcohólicas destiladas, espíritu neutro, alcohol de calidad o alcohol común o mezcla de ellos, con un contenido no menor de 1,0% m/v (Masa por volumen) de azúcares o azúcares reductores totales y agua; aromatizados y saborizados con procedimientos específicos y que pueden adicionarse de ingredientes. Con contenido alcohólico de 13,5 hasta 55,0% Alc. Vol.

El trago estándar

Ante la existencia de una variedad de bebidas alcohólicas pareciera que existe una equivalencia entre ellas: la copa estándar, también llamada unidad o trago estándar. Este concepto es utilizado de manera internacional, principalmente con el fin de: 1) *realizar estudios*: permite realizar encuestas acerca de cuánto bebe una población en particular, se pregunta y contabiliza en términos de tragos; 2) *producir lineamientos*: una vez que se ha establecido en un país o región la equivalencia del trago estándar, se pueden hacer las conversiones correspondientes y crear definiciones de lo que constituye el consumo moderado, para dar alternativas y reducir el número de bebedoras y bebedores excesivos; y 3) la *prevención del uso nocivo de alcohol*: el objetivo de informar acerca del trago estándar es facilitar a la población, nociones que eviten prácticas de riesgo y que las personas que han decidido consumir bebidas alcohólicas no lo hagan en exceso y así no se expongan a posibles daños a la salud (Nolla, et al., 2015).

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el concepto de bebida estándar se refiere al contenido neto de alcohol de una bebida, el cual es generalmente 10 gramos de etanol, aunque hace énfasis en considerar las reglas del país o la zona. Por ejemplo, en Estados Unidos y Canadá el trago estándar contiene entre 13 y 14 gramos de alcohol (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2008). En el caso de México, el trago estándar se refiere a una cantidad de 13 gramos de alcohol puro o etanol, considerando su gravedad específica es de .785g/ml. Las diferentes presentaciones de bebidas contienen aproximadamente las mismas cantidades de alcohol: una cerveza de 355ml/5% Alc. Vol; una copa de vino 148ml/12% Alc. Vol; un caballito de tequila 44ml/40% Alc. Vol (Secretaría de Salud, 2014).

El concepto de trago o copa estándar permite realizar un monitoreo acerca del patrón de consumo (frecuencia, cantidad e intensidad de ingesta de alcohol) e identificar riesgo de consumo

de alcohol en una población. La OMS (OPS, 2008) define como *consumo de riesgo* al patrón de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de consecuencias adversas si el hábito de consumo es persistente. Por ejemplo, resulta dañino un consumo regular de 20 a 40 gramos diarios de alcohol en mujeres y de 40 a 60 gramos diarios en varones. El *consumo excesivo, episódico o circunstancial* implica el consumo de por lo menos 60 gramos de alcohol en una sola ocasión, que puede resultar particularmente dañino para ciertos problemas de salud por la cantidad ingerida de forma explosiva. Mientras que la *dependencia del alcohol* es un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos en los cuales el uso de alcohol se transforma en algo prioritario para el individuo, sustituyendo su consumo por otras actividades y obligaciones que en algún momento tuvieron mayor valor para él.

Consumo de alcohol en el Mundo

Una forma de medir el patrón de consumo y el riesgo de consumo de alcohol en una población es por medio de un instrumento desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001) como un método simple de tamizaje del consumo excesivo de alcohol y como un apoyo en la evaluación breve: el Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT por sus siglas en inglés *The Alcohol Use Disorders Identification Test*), el cual consta de 10 preguntas con opciones de respuesta, sobre consumo reciente, síntomas de dependencia y problemas relacionados con el alcohol. De acuerdo con la puntuación obtenida, clasifica el riesgo de consumo de alcohol y propone un tipo de intervención. En su versión para población mexicana los puntos de corte son: consumo de bajo riesgo de 1 a 6 puntos (promoción de la salud), consumo de riesgo alto de 7 a 15 puntos (psicoeducación), consumo nocivo de 16 a 19 puntos (intervención breve), dependencia de 20 o más puntos (ayuda especializada) (Medina-Mora, et al., 1998; Díaz et al., 2008).

Por medio del trago estándar y del AUDIT ha sido posible medir el riesgo de consumo y el patrón de consumo de alcohol identificando las poblaciones en riesgo de presentar algún trastorno debido al consumo de alcohol, así como las consecuencias derivadas de éste. En el *Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud 2018* (OPS, 2019) reportó que alrededor de 2,3 mil millones de personas son bebedores actuales. El consumo total de alcohol por habitante en la población mundial de más de 15 años (consumo per cápita) aumentó de 5,5 litros de alcohol puro en el 2005 a 6,4 litros en el 2010, y se mantuvo en el nivel de 6,4 litros en el 2016. Los bebedores consumen en promedio 32,8 gramos de alcohol puro al día, además de que han aumentado su consumo de alcohol desde el año 2000 en casi todas las regiones de la OMS, excepto en la Región de Europa. En todo el mundo, más de la cuarta parte (26,5%) de todos los jóvenes de 15 a 19 años son bebedores, lo que representa 155 millones de adolescentes. Las tasas de prevalencia del consumo de alcohol son más altas en los jóvenes de 15 a 19 años en la Región de Europa de la OMS (43,8%), seguidas por las de la Región de las Américas (38,2%) y la Región del Pacífico Occidental (37,9%). En todo el mundo y en todas las regiones de la OMS, la prevalencia de los episodios de consumo excesivo de alcohol alcanza su punto máximo a la edad de 20 a 24 años; las tasas de prevalencia de los episodios de consumo excesivo de alcohol en los bebedores de 15 a 24 años son más altas que en la población total. Los jóvenes de 15 a 24 años, cuando son bebedores, a menudo beben de manera excesiva. La prevalencia de los episodios de consumo excesivo de alcohol es particularmente elevada en los hombres.

De acuerdo con la OPS (2019) la riqueza económica de los países se asocia con un mayor consumo de alcohol y una mayor prevalencia de bebedores en todas las regiones de la OMS. La prevalencia de los episodios de consumo excesivo de alcohol en los bebedores es bastante similar en la mayoría de las regiones de la OMS en el caso de los países de ingresos más altos y más

bajos, excepto en la Región de África, donde es mayor en los países de ingresos más bajos en comparación con los países de ingresos más altos, y en la Región de Europa, donde por el contrario, dicha prevalencia de los episodios de consumo excesivo de alcohol es menor en los países de ingresos bajos que en los de ingresos altos.

Con estas cifras al alza, se prevé que para el 2025 el consumo total de alcohol por habitante en personas de 15 años o más aumente en las Américas, Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental. Como resultado, el consumo total de alcohol por habitante en el mundo puede ascender a 6.6 litros en el 2020 y 7.0 litros en el 2025, a menos que se detengan e inviertan las tendencias ascendentes previstas en el consumo de alcohol en la Región de las Américas y en las regiones de Asia Sudoriental y del Pacífico Occidental (OPS, 2019).

Consumo de Alcohol en México

En lo que se refiere a cuánto alcohol se consume, en el año 2015 el Consumo Per Cápita de Alcohol (APC por sus siglas en inglés) en el continente americano, fue más alto que el promedio mundial, o sea 8.7 litros, comparado con 6.1 litros a nivel mundial. En México el APC registrado de 2008 a 2011 en la población adulta por sexo, fue de 2.6 litros en mujeres y 12.4 litros en hombres (OPS, 2015), es decir en nuestro país el APC es alto comparado con el promedio a nivel mundial, donde los hombres presentan mayor consumo de alcohol (superando el promedio a nivel mundial) en comparación con las mujeres.

Los hábitos de consumo de alcohol indican de qué manera se consume, estos hábitos se asocian con la carga de morbilidad atribuible al alcohol en un país. El método de Rehm et al. (2010; como se citó en OPS, 2013) sirve para clasificar los hábitos de consumo de alcohol; se clasifican en una escala de 1 (menos peligroso y con menor carga de morbilidad) a 5 (consumo más peligroso y con mayor carga de morbilidad). Los criterios para las puntuaciones de hábitos

de consumo en cada país se basan en: 1) la cantidad de alcohol que suele consumirse por ocasión, 2) la prevalencia de consumo de alcohol en fiestas y celebraciones, 3) la proporción de sucesos relacionados con el alcohol cuando los bebedores se emborrachan, 4) la proporción de bebedores que consumen diario o casi a diario, 5) la proporción de ocasiones de consumo de alcohol durante las comidas y 6) la proporción de ocasiones de consumo de alcohol en lugares públicos. Con base en estos criterios y de acuerdo con la OPS (2013), México se encuentra entre los primeros lugares con hábitos de consumo de mayor riesgo del continente americano.

El problema de consumo de alcohol en nuestro país se ha documentado en una serie de estudios, entre ellos la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) (Villatoro et al., 2012) que reportó un aumento significativo en las prevalencias de consumo de alcohol entre los años 2002 y 2011: el consumo de alcohol alguna vez en la vida (de 64.9% a 71.3%), en el último año (de 46.3% a 51.4%) y en el último mes (de 19.2% a 31.6%), siendo esta última la que presentó el mayor crecimiento. De acuerdo con los resultados reportados, en estos años se empezó a ver un crecimiento en el consumo de alcohol considerable en México, por lo que era necesario empezar a diseñar estrategias para atenderlo.

Datos más recientes obtenidos en la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) (Comisión Nacional Contra las Adicciones [Conadic], 2017) realizada en los 32 estados del país, con una muestra de 56,877 personas de 12 a 65 años de edad, seleccionadas por medio de un muestreo probabilístico, reportó que el 71% de las personas encuestadas habían consumido alcohol alguna vez en la vida (80.1% hombres y 62.6% en mujeres), 49.1% en el último año es decir, 41.8 millones (59.8% hombres y 24.4% mujeres); el consumo excesivo de alcohol en el último mes se presentó en el 19.8% que son 16.8 millones (29.9% hombres y 10.3% mujeres), y la posible dependencia al alcohol fue de 2.2% es decir, 1.8

millones (hombres 3.9% y mujeres 0.6%). Cabe destacar que el consumo diario de alcohol aumentó con respecto a 2011 (de 0.8% a 2.9%) en los hombres pasó de 1.4% a 4.5% y en las mujeres de 0.2% a 1.4%; el consumo excesivo en el último mes también presentó aumentos significativos con respecto a 2011, de 12.3% pasó a 19.8%. Por sexo, pasó de 20.9% a 29.9% en los hombres y de 4.1% a 10.3% en las mujeres. De acuerdo con estos resultados, desde estos años existía un incremento en el consumo de alcohol en nuestro país, por lo que era indispensable entender los factores que influyen en este comportamiento, así como brindar atención a las poblaciones de riesgo por medio de estrategias que permitan la prevención del consumo nocivo o perjudicial de alcohol.

Dentro de los estudios más recientes acerca de cuál es el patrón de consumo de alcohol en el país, a partir de la pandemia del COVID-19, de las 17,267 personas (63% mujeres y 37% hombres) el 32.5% reportó que durante los últimos doce meses había consumido alcohol, el 24.6% tabaco y el 14.6% marihuana; donde el 39.7% de los hombres y el 28.1% de las mujeres reportaron haber consumido alcohol en ese periodo de tiempo. Además, se buscó conocer si el consumo de sustancias en el contexto de confinamiento por la pandemia aumentó, disminuyó o se mantuvo igual o bien, si se inició durante este periodo. De acuerdo con las respuestas de los participantes, el consumo de alcohol y de tabaco se mantuvieron igual 33.2% y 41.2% respectivamente. Mientras que el 59.9% de los consumidores de drogas ilegales reportaron haber dejado el consumo y el 5.3% refirió que reiniciaron su consumo durante el confinamiento por COVID-19. Lo anterior probablemente a todas las medidas implementadas por las autoridades respecto a las restricciones de movilidad de las personas, el cierre de comercios no esenciales, la restricción de la distribución y venta del alcohol principalmente que tal vez, no tuvo tanto efecto como se esperaba y continuó la disponibilidad de esta sustancia (Conadic, 2021).

Consumo de Alcohol en Estudiantes Universitarios

De acuerdo con los resultados de las encuestas mencionadas, en México una de las poblaciones de riesgo al consumo excesivo de alcohol son los adolescentes y los adultos jóvenes, evidencia derivada de los resultados de las investigaciones realizadas en estudiantes de primaria, secundaria, bachillerato y licenciatura. Por ejemplo, en la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) (Villatoro et al., 2012) reportó que en la población adolescente el índice de personas que presentaron dependencia al alcohol incrementó significativamente con respecto a la medición de 2002, pasando de 2.1% a 4.1% en 2011. Por sexo, el porcentaje de hombres que presentaron dependencia al alcohol se duplicó de 3.5% a 6.2%, mientras que en las mujeres se triplicó de 0.6% a 2.0%.

Otro estudio realizado con 191, 880 alumnos de quinto y sexto grado de primaria, secundaria y bachillerato en algunos estados del país (Villatoro et al., 2016) donde el objetivo fue conocer las prevalencias de uso de drogas, alcohol y tabaco en estos grupos de edad y niveles de educación, los resultados obtenidos respecto al consumo del alcohol fueron que, más de la mitad de los estudiantes de secundaria y bachillerato (53.2%) han bebido alcohol alguna vez en su vida, en los hombres el consumo fue de 54% y en las mujeres de 52.5%, lo que implica que el consumo para estos años era casi igual entre ambos sexos.

En ese mismo estudio el porcentaje de los jóvenes que bebieron en el último año fue del 35.5%; por nivel educativo la prevalencia de consumo de alcohol en estudiantes de secundaria a bachillerato pasa de 24.2% a 54.3%, es decir, conforme van creciendo los adolescentes, aumenta su consumo de alcohol y éste pasa a ser excesivo y riesgoso es decir, ingieren cinco copas o más en una sola ocasión en el último mes, este tipo de consumo se presentó en el 14.5% de los estudiantes (15.7% hombres, 13.3% mujeres), por nivel educativo, 8.6% en el caso de los

estudiantes de secundaria; mientras que el porcentaje se incrementa a 24.2% en los de bachillerato (Villatoro et al., 2016).

De acuerdo con los resultados de estudios realizados en México, el consumo excesivo en adolescentes aumenta conforme van creciendo. Si la tendencia es que a mayor edad mayor consumo de alcohol, surgen las preguntas de qué sucede respecto al consumo de alcohol en los jóvenes que se encuentran en edad adulta temprana, cuáles serán las consecuencias de su consumo, ya que como se describió en apartados anteriores, en los reportes a nivel mundial, las tasas de prevalencia de consumo excesivo de alcohol llegan a su punto máximo en los bebedores de 15 a 24 años, un intervalo de edad donde los jóvenes se encuentran en formación educativa y preparándose para una edad productiva.

Por ello, los estudiantes universitarios también presentan un riesgo para que presenten un consumo excesivo y problemático de alcohol, así lo demuestran investigaciones realizadas en esta población, por ejemplo en el estudio realizado por Díaz et al. (2008) en estudiantes universitarios, cuyo objetivo fue evaluar la prevalencia del Consumo Riesgoso y Dañino de Alcohol (CRDA) en el último año y examinar los factores de riesgo y protección de éste en 24,921 estudiantes de primer ingreso a la licenciatura, por medio del instrumento de tamizaje *Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)*; los resultados obtenidos fue una prevalencia del CRDA durante el último año de 11.1% (con un puntaje de ocho puntos en el AUDIT) y de 18.4% respectivamente (con un puntaje de seis puntos en el AUDIT). Estas puntuaciones fueron mayores en los hombres (≥ 8 : 17.3%; ≥ 6 : 27.4%) que en las mujeres (≥ 8 : 6.2%; ≥ 6 : 11.3%).

Lo anterior coincide con estudios previos realizados en población universitaria, Mora-Ríos y Natera (2001) encontraron en una muestra de 678 estudiantes de universidades públicas y privadas, que el 52% presentó un consumo moderado de alcohol (menos de cinco copas por

ocasión) y el 31% presentaron un consumo de cinco copas o más por ocasión, donde en ambos casos los varones son quienes mostraban mayor consumo con respecto a las mujeres.

Piug, et al. (2011) también realizaron un estudio con población universitaria particularmente en estudiantes de la carrera de medicina, donde participaron 263 estudiantes; la edad de inicio de consumo de alcohol reportado fue de 12.5 años (variando de 12 a 20 años), se encontró una prevalencia de consumo de alcohol de 71.9% alguna vez en la vida, 62.3% en el último año y 54% en el último mes. Con relación al patrón de consumo de alcohol en los últimos 12 meses, la frecuencia de una o más veces al día fue de 38.6% para los hombres y 43.6% para las mujeres, en medidas de una a dos bebidas alcohólicas en un día, 33.3% hombres y 51.6% mujeres. Los hallazgos del índice y patrón de consumo de alcohol en esta población hay que considerarlos, ya que son mayores a los porcentajes encontrados en estudiantes de primaria, secundaria y bachillerato, por lo que tendrán un impacto importante en el estudiante universitario.

Por lo anterior, surgen las siguientes preguntas: qué implica que un estudiante universitario consuma alcohol de forma excesiva, cuáles son los costos de este comportamiento en el estudiante, para su familia, amigos, para la universidad e incluso, para el país. Pero antes de ahondar en ello, es necesario explicar cómo se metaboliza el alcohol para a partir de ello, entender cuáles son las consecuencias del consumo agudo y crónico de éste.

Metabolismo del Consumo de Alcohol

La farmacocinética del alcohol se refiere a los procesos que se llevan a cabo en el interior en el organismo desde el momento en que se ingiere el etanol (Cruz, 2007). La cual inicia en la absorción, es el paso del etanol a la sangre. El etanol entra por la boca, pasa por el esófago y llega al estómago. Ahí se integrará a la sangre el 20% del etanol consumido, el resto se absorberá en el intestino delgado. La diferencia en el grado de absorción se debe a que el tejido del intestino es

más extenso y tiene numerosas vellosidades que facilitan el paso del alcohol a la sangre. Si el estómago tiene alimentos, retrasará la incorporación del etanol en la sangre ya que el píloro (abertura inferior del estómago que regula el paso de los alimentos al intestino) estará cerrado durante la digestión. Además, la presencia de grasas en la comida hará más lenta la absorción del etanol. La distribución se refiere a cómo se distribuye el etanol a través del torrente sanguíneo a todos los órganos y ocurre cuando el alcohol llega al cerebro y se comienzan a experimentar sus efectos; el grado de los efectos dependerá de la cantidad ingerida y de la velocidad del consumo. En cuanto al metabolismo, aproximadamente el 90% del etanol que una persona consume se metaboliza en el hígado a través de la enzima Alcohol Deshidrogenasa (ADH). La molécula del alcohol se descompone y se convierte en acetaldehído que a su vez se convertirá en acetato por acción de la enzima Aldehído Deshidrogenasa para posteriormente desecharse como dióxido de carbono y agua. El cuerpo de un hombre adulto sano tiene capacidad para metabolizar el contenido de un trago estándar de 13 gr ó 16.560 ml de etanol en aproximadamente 1 hora, en el caso de una mujer adulta sana, el tiempo será aproximadamente de 1 hora y media debido a la menor cantidad de la enzima ADH. Finalmente, el otro 10% de alcohol ingerido sale del proceso metabólico y se elimina de manera directa a través de orina, lágrimas, sudor, heces, aire espirado y leche materna en el caso de las mujeres embarazadas o que se encuentran lactando (Cruz, 2007; Nolla, et al., 2015).

Por otro lado, la farmacodinámica se refiere a los efectos bioquímicos y fisiológicos que provoca el etanol en el organismo, principalmente en el Sistema Nervioso Central (SNC). Cuando las moléculas de etanol llegan al cerebro, comienzan complejas interacciones con las células nerviosas, neurotransmisores e impulsos eléctricos (Cruz, 2007). El etanol es un depresor del SNC que reduce gradualmente el desempeño de varias funciones cognitivas, sensoriales y

motrices como la coordinación, la percepción, la planeación, el juicio, la inhibición social, los tiempos de reacción, la visión y tiene un efecto similar a la anestesia. El grado en que estas funciones se vean afectadas dependerá de la cantidad y el tiempo en que se consuma el etanol; si el consumo es explosivo o en exceso, aumenta la posibilidad de presentar una serie de consecuencias en el organismo y en el funcionamiento social de la persona (Nolla, et al., 2015).

Actualmente existen diversos estudios especializados y evidencia respecto a los cambios e interacciones químicas del cerebro con el consumo del etanol (v.g. González & Matute, 2013; Juárez, 2019). Sin embargo, existen algunos datos muy claros y básicos acerca de la acción que tiene el etanol en algunos neurotransmisores. Por ejemplo, el Ácido Gamma-Aminobutírico (GABA) es el principal inhibidor del SNC. El etanol refuerza la función inhibidora de sus receptores, generando un efecto sedante y anestésico. El Glutamato es el principal excitador del SNC relacionado con los procesos de aprendizaje y de la memoria. El etanol bloquea sus receptores, produciendo que los impulsos eléctricos en el cerebro sean más lentos. La dopamina es el neurotransmisor asociado con el reforzamiento de conductas y con los sentimientos de euforia. De manera secundaria el etanol activa los llamados sistemas de recompensa en el cerebro por lo que eleva los niveles normales de dopamina y hace que se experimente una sensación de placer en la conducta de ingerir alcohol y, por lo tanto, se busque repetirla. El consumo de alcohol crónico disminuye la liberación de la dopamina. Asimismo, el alcohol desencadena la producción de endorfinas al interactuar con la glándula pituitaria. Estas sustancias también se asocian a sensaciones de placer y bienestar. La serotonina es el neurotransmisor que tiene un efecto sobre las emociones y el estado de ánimo, contribuye a la experiencia de felicidad y bienestar, así como la contracción de músculos lisos; el consumo agudo de alcohol favorece la

liberación de este neurotransmisor y en el consumo crónico se disminuye (Fernández, et al., 2013).

La intoxicación del organismo dependerá de la farmacocinética y farmacodinamia del alcohol además de la Concentración de Alcohol en Sangre (CAS) es decir, la cantidad de etanol que se encuentra distribuida en la sangre. Esta concentración aumenta a medida que se consume más el etanol. Se expresa como el peso del etanol en una determinada cantidad de sangre (v.g. gramos por litro [g/l] o gramos por decilitro [g/dl]). Los signos y síntomas de la intoxicación leve (50-150 mg/dl) son desinhibición, euforia, ligera falta de coordinación motora, lentitud en el tiempo de reacción, alteraciones en la visión y lentitud en los reflejos; en la intoxicación moderada (153-300 mg/dl) se acentúan los síntomas anteriores, más alteraciones de la visión y lenguaje entrecortado; en la intoxicación grave (300-500 mg/dl) se presenta la visión borrosa, diplopía, letargia, desviación conjugada de los ojos, hipotermia, hipoglucemia y en niños causa convulsiones y muerte. Finalmente, en el coma etílico se presenta estupor que pasa a coma profundo, ausencia de reflejos al dolor, respiración superficial, se incrementa la acidosis láctica, colapso vascular y muerte por parálisis del centro respiratorio (Fernández, et al., 2013).

Los efectos del consumo de alcohol en el organismo van a depender de la frecuencia, duración e intensidad del consumo de alcohol de la persona. El consumo repetido de éste produce tolerancia a sus efectos porque aumentan las enzimas responsables de su metabolismo. Hay otras adaptaciones a nivel celular que acentúan la pérdida de los efectos, lo cual lleva a aumentar la cantidad consumida. Si se sigue consumiendo alcohol, se produce daño hepático y las células sanas del hígado, llamadas hepatocitos, mueren y son remplazadas por el tejido fibroso que forma una cicatriz. La parte cicatrizada del hígado no funciona, por lo que una persona con daño hepático no sólo pierde la tolerancia adquirida al alcohol, sino que ahora tendrá una

hipersensibilidad a sus efectos porque, al no metabolizarse, se acumula en la sangre. A esto se le conoce como tolerancia inversa o sensibilización (Cruz, 2007).

Debido a cómo se metaboliza, los efectos farmacológicos y el nivel de intoxicación del organismo por el consumo del alcohol, son múltiples las consecuencias que se pueden producir en el organismo del individuo, así como en su conducta y en su funcionamiento social y que puede llevar también a problemas sociales.

Consecuencias del consumo de alcohol

Existen diversos factores individuales que intervienen en los efectos del etanol en el organismo: peso, talla, edad, sexo, presencia de alimentos en el estómago, velocidad de ingesta, tolerancia, estado general de la salud, factores psicosociales, estado de ánimo, entre otros, por lo que se dificulta establecer los efectos específicos que producirá el consumo de una determinada cantidad de alcohol en una persona y otra (Nolla, et al., 2015). Sin embargo, por cómo se metaboliza (farmacodinamia) y el efecto farmacológico (farmacocinética) que tiene en el SNC, son claras las consecuencias que conlleva el consumo de alcohol agudo y crónico en diversas áreas de desarrollo y ámbitos de la vida de las personas.

De acuerdo con la OPS (2013), en el continente americano el consumo de alcohol es uno de los principales factores de riesgo de más de 200 trastornos y enfermedades de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Debido a que se ha encontrado que el volumen global de exposición al alcohol y los hábitos de consumo se relacionan de forma causal con ciertas enfermedades que varían de acuerdo con el sexo y edad.

El consumo de alcohol de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), constituye un factor de riesgo importante para la mortalidad y la morbilidad para los países de

América entre ellos, México. Es un problema de salud pública debido a las consecuencias de salud física que se derivan en el consumidor, por los accidentes o muertes prematuras asociadas y por los daños derivados hacia terceros, como la violencia (OPS, 2015).

Los efectos nocivos del consumo de alcohol se originan de la contribución de éste a muchas enfermedades crónicas e infecciosas, así como a accidentes, lesiones y efectos tóxicos graves. Rehm et al. (2004; como se citó en OPS, 2010) enlistan una serie de condiciones de la salud principales relacionadas con el alcohol que contribuyen a la morbilidad y mortalidad, en la lista aparecen sólo las enfermedades que han establecido un impacto causal del alcohol en la incidencia: *Cáncer*: cáncer en la cabeza y en el cuello, en el hígado, cáncer colorrectal y cáncer de seno; *Enfermedades neuropsiquiátricas*: síndrome de dependencia del alcohol, abuso del alcohol, depresión; *Diabetes*: (efecto protector y reacciones adversas); *Enfermedades cardiovasculares*: cardiopatía isquémica, hipertensión, enfermedad cerebrovascular (efectos protectores y perjudiciales para todas las enfermedades cardiovasculares); *Enfermedades gastrointestinales*: cirrosis hepática, pancreatitis; *Enfermedades infecciosas*: tuberculosis, neumonía; *Enfermedades maternas y perinatales*: bajo peso al nacer, FAS (Síndrome de alcoholismo fetal); *Efectos tóxicos graves*: envenenamiento por alcohol; *Accidentes*: lesiones en carretera y otras lesiones en transportes, caídas, lesiones por quemaduras y ahogamiento, lesiones ocupacionales y de maquinaria; *Lesiones auto infligidas*: suicidio; y *Muertes violentas*: lesiones por agresión.

El alcohol también juega un papel causal en muchas causas menos comunes de enfermedad y muerte. Muchas más enfermedades tienen asociaciones con el alcohol, pero no se ha establecido una causalidad según los criterios estándar (Rehm et al. 2004; como se citó en OPS, 2010).

De acuerdo con el último Informe sobre la Situación Mundial del alcohol y la salud, en el 2016 (OPS, 2018), de todas las muertes atribuibles al consumo de alcohol en todo el mundo, el 28,7% se debió a traumatismos, el 21,3% a enfermedades digestivas, el 19% a enfermedades cardiovasculares, el 12,9% a enfermedades infecciosas y el 12,6% a cánceres.

Con respecto al impacto sobre la salud, algunos estudios han identificado que el consumo de alcohol ocupa el primer lugar entre los factores de riesgo que contribuyen a la carga total de enfermedades, medida por los Años de Vida Perdidos por mortalidad prematura o Años Vividos con alguna Discapacidad (por sus siglas en inglés AVAD) (Rehm & Monteiro, 2005). En el 2016 el consumo nocivo de alcohol causó 3 millones de muertes (5,3% de todas las muertes) en el mundo y 132,6 millones de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), es decir, el 5,1% de todos los AVAD de ese año. Aproximadamente el 49% de los AVAD atribuibles al alcohol se deben a enfermedades no transmisibles y trastornos de salud mental, y cerca del 40% se deben a traumatismos. En todo el mundo, el alcohol fue la causa del 7,2% de la mortalidad prematura (en las personas de 69 años y menores) en el 2016. Las personas más jóvenes se vieron desproporcionadamente afectadas por el alcohol en comparación con las personas mayores, y el 13,5% de las muertes de quienes se encuentran entre los 20 y los 39 años se atribuyen al alcohol. El consumo nocivo de alcohol causó aproximadamente 1,7 millones de muertes por enfermedades no transmisibles en el 2016, incluidos los aproximadamente 1,2 millones de muertes por enfermedades digestivas y cardiovasculares (0,6 millones de cada una de ellas) y 0,4 millones de muertes por cáncer. A nivel mundial, se estima que un millón de muertes por traumatismos fueron atribuibles al alcohol, lo que incluye alrededor de 370 000 muertes por traumatismos causados por el tránsito, 150 000 por autoagresión y cerca de 90 000 por violencia

interpersonal. De los traumatismos causados por el tránsito, 187 000 muertes atribuibles al alcohol se produjeron en personas distintas de los conductores.

Sin embargo, como lo señala la OPS (2010) el consumo de alcohol no sólo está relacionado con enfermedades y otras condiciones médicas, el alcohol también está relacionado a consecuencias en la vida social. Cabe notar que, en contraste con la mayoría de los impactos del alcohol relacionados con la salud, muchos de los daños sociales los conlleva alguna otra persona que no es el consumidor, pero claramente el consumo de alcohol tiene consecuencias externas por medio del delito relacionado con el alcohol (violencia, violencia doméstica, daño a la propiedad), disfunción familiar, accidentes de tránsito, problemas en el lugar de trabajo y el costo en general del daño a la sociedad relacionado con el alcohol. De acuerdo con Klingemann & Gmel (2001; como se citó en OPS, 2010) las áreas incluidas en el daño social son: violencia, lesiones por violencia, vandalismo, desorden público, problemas familiares: divorcio/problemas maritales, abuso infantil, otros problemas interpersonales, problemas financieros, problemas relacionados con el trabajo, dificultades en la educación, costos sociales, entre otros.

Resumiendo lo anterior, las consecuencias del consumo de alcohol perjudican mucho más allá de la salud física y psicológica de la persona que lo consume, también causa daño al bienestar y a la salud de los demás. El efecto negativo del consumo de alcohol afecta en el plano económico y social debido a que el consumo de bebidas alcohólicas ocurre principalmente en las etapas productivas de la vida. La evidencia concluye que los jóvenes de 15 a 24 años son un grupo de riesgo por la cantidad de alcohol y la forma de hacerlo (consumo explosivo) por ocasión, por ello surge la pregunta de cuáles son las consecuencias que particularmente, tienen los jóvenes que se encuentran estudiando una licenciatura.

Consecuencias del consumo excesivo de alcohol en los universitarios

El consumo de alcohol de la población y en específico, en los jóvenes es de forma particular; es poco frecuente, pero en cantidades excesivas por ocasión; esta forma de beber se asocia con un alto índice de accidentes y violencia. Puede ocasionar problemas de salud, familiares, sociales y en algunos casos una dependencia severa (Villatoro et al., 2002).

Sin embargo, de acuerdo con Vik, et al., (2003; como se citó en Conde, et al., 2017) también a medida que las personas avanzan en la vida adulta, el consumo de alcohol disminuye. Por ejemplo, se estima que cerca de 2 de cada 10 universitarios abandonarían el consumo excesivo episódico de alcohol sin ayuda formal. En otras culturas, este proceso estaría relacionado con situaciones vitales, por ejemplo, el estado civil, pero qué pasa con aquellos jóvenes que no abandonan el consumo y que pueden o no generar una dependencia de alcohol.

Perkins (2002) estudió las consecuencias del consumo de alcohol en universitarios, en sus trabajos reportó que los hombres suelen experimentar con mayor frecuencia consecuencias relacionadas con conductas antisociales como discusiones, violencia, accidentes, daño a propiedad ajena y vandalismo, problemas legales, entre otros, que afectan al estudiante universitario y de forma importante a las personas en su entorno. En las mujeres se observan más consecuencias en el ámbito privado y personal como dificultades en su desempeño académico, riesgo de actividad sexual no consensuada, presencia de lagunas mentales, pérdida de la memoria, lesiones autoinflingidas, entre otras. Otros estudios como el de Arrieta, et al. (2011), identificaron otras consecuencias asociadas al consumo de alcohol en universitarios entre ellas la presencia de cefaleas, gastritis, vómitos en hombres; encuentros sexuales no planificados y sin protección, así como problemas de rendimiento académico en mujeres; y también coinciden en

que estas consecuencias las presentan en mayor medida los hombres en comparación con las mujeres.

Moure et al. (2016) estudiaron en una muestra de 517 estudiantes universitarios de Compostela, la relación del consumo intensivo de alcohol y cannabis con las prácticas sexuales de riesgo; encontraron que existe una fuerte asociación entre el consumo intensivo de alcohol, el consumo de cannabis y la práctica de sexo bajo los efectos del alcohol tanto en hombres como en mujeres. Sus resultados también muestran que la proporción de hombres que practican sexo sin condón duplica a la de mujeres. Entre las posibles explicaciones son la desinhibición y la menor percepción de riesgo que implica el consumo excesivo de alcohol. Se ha propuesto que los jóvenes utilizan el consumo de alcohol como un medio para facilitar la práctica de relaciones sexuales, ya que su efecto depresor podría quedar compensado por su efecto desinhibidor.

Algunos estudios han encontrado que el 84% de los adolescentes y jóvenes han viajado con un conductor en estado de ebriedad (Espada et al. 2015; como se citó en Caamaño, et al., 2017) y el 23% ha reconocido haber conducido en estado de ebriedad (Calafat et al.2008; como se citó en Caamaño et al., 2017). De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, en el 2014 los accidentes automovilísticos representaron la novena causa de muerte en el mundo y se espera que se conviertan en la quinta causa más común de muerte para 2030. En un estudio realizado en estudiantes de Compostela, con una muestra de 1,382 universitarios, donde se les aplicó el AUDIT para determinar el consumo excesivo de alcohol y un cuestionario donde se les preguntó a los estudiantes si había estado involucrado en un accidente de tráfico durante su tiempo en la universidad, con el objetivo de determinar la asociación entre el consumo excesivo de alcohol y la incidencia de accidentes automovilísticos en estudiantes universitarios. Para ello, realizaron una regresión logística multivariable para estimar Odds Ratios (OR) el cual mostró

que la incidencia de accidentes de tráfico fue dos veces mayor en los estudiantes que informaron los episodios más frecuentes de consumo excesivo de alcohol. Además, encontraron que los accidentes de tráfico desaparecerían en los estudiantes al excluir el factor de consumo excesivo de alcohol o consumo excesivo episódico, por lo que este patrón de consumo de alcohol puede contribuir en parte al aumento de la morbilidad vial y mortalidad observada en los últimos años en este grupo de edad (Caamaño et al., 2017).

Otra de las consecuencias consistentes en los estudios es que los jóvenes con consumo excesivo de alcohol experimentan accidentes o lesiones graves derivadas de este consumo. Caamaño et al. (2017) realizaron un estudio con 1,363 estudiantes universitarios de España con el objetivo de evaluar los efectos del consumo excesivo de alcohol en la incidencia de lesiones relacionadas con el alcohol (ambas variables medidas por medio de algunas preguntas del AUDIT). Los resultados del análisis bivariado muestran una asociación fuerte entre el consumo excesivo de alcohol y la incidencia de lesiones relacionadas con el alcohol en hombres y mujeres.

Es probable que las consecuencias sociales varíen entre los países, de acuerdo con las características sociodemográficas y del papel del alcohol en las diferentes culturas. Por ejemplo, en México la investigación realizada en estudiantes universitarios acerca de las consecuencias que experimentan debido a su consumo excesivo son diversas. En una muestra de 678 estudiantes de universidades públicas y privadas con edades entre 17 y 25 años, Mora-Ríos y Natera (2001) identificaron algunos de los problemas que se presentan en estos jóvenes derivados del consumo de alcohol y de acuerdo con la cantidad de copas que consumen por ocasión. En cuanto a aquellos que consumen menos de 5 copas por ocasión, el 6.9% de los participantes reportó problemas de relaciones interpersonales, 2.9% problemas con la policía, 3.4% de salud física y el

2.2% involucramiento en accidentes. En cuanto a los universitarios que consumen más de 5 copas por ocasión, el 12.2% reportaron problemas de relaciones interpersonales, el 5.9% con la policía, 16.4% con la salud física y el 4.3% involucramiento en accidentes. Con base a estos resultados, se concluye que mientras más consumo de alcohol tengan los estudiantes, también presentan mayores consecuencias, en todas las consecuencias reportadas por los universitarios, los hombres mostraron mayores porcentajes de consecuencias relacionadas al alcohol en comparación con las mujeres.

En una encuesta estudiantil realizada en la Universidad Nacional Autónoma de México (Quiroga et al., 2003; como se citó en Quiroga et al., 2007) con 1,502 alumnos de licenciatura, con el fin de conocer el patrón de consumo de alcohol en universitarios y las consecuencias relacionadas de éste; en relación con los problemas asociados al consumo de 5 copas o más en una sola ocasión durante el último mes, se encontró que un 4,1% presentaron dificultades escolares, un 13,8% sufrieron daños personales, un 6,1% tuvieron accidentes automovilísticos, un 16,1% reportó olvidos, un 6,1% informó manejar en estado de ebriedad, un 44,5% reportó cambios de humor, un 9,6% reportó faltar a la escuela, un 13,3% reportó discusiones con otras personas, un 28,2% se involucró en conductas inapropiadas, un 5,4% tuvo dificultad de relaciones, un 8,9% reportó falta de control personal.

Existe también evidencia acerca de la relación del patrón de consumo de alcohol y el funcionamiento de habilidades cognitivas. Por ejemplo, Parada (2009) realizó un estudio con el objetivo de conocer el efecto del patrón de consumo intensivo de alcohol sobre el funcionamiento neuropsicológico en estudiantes universitarios de primer año de carrera. Con una muestra de 122 participantes divididos en dos grupos: *binge drinking*/BD (consumo de 6 ó más bebidas alcohólicas en una única ocasión una vez a la semana; o, consumo de 6 ó más bebidas alcohólicas

una vez al mes y consumo de 3 ó más) y No *binge drinking*/No BD (consumo esporádico siempre inferior a 6 ó más bebidas alcohólicas menos de una vez al mes y consumo de menos de 3 bebidas por hora bebidas en una hora). Clasificados así de acuerdo con las puntuaciones del AUDIT. Se les realizó una evaluación neuropsicológica que constaba de once pruebas dirigidas a evaluar fundamentalmente el funcionamiento del córtex prefrontal y del sistema temporomedial: la atención, la velocidad de procesamiento, la memoria de trabajo (verbal y visoespacial), la memoria declarativa episódica (verbal y visoespacial), las habilidades ejecutivas y la toma de decisiones; por medio de diversas pruebas neuropsicológicas como *Test de atención D2*, *Subtest de Dígitos (WAIS-III)*, *Subtest de Localización Espacial (Escala de Inteligencia de Wechsler para adultos, tercera edición; WMS-III)*, *Aprendizaje Auditivo Verbal de Rey (AAVR)*, *Textos (WMS-III)*, *Escenas (WMS-III)*, *Prueba de Fluencia Verbal Fonética*, *Prueba de Fluencia Verbal Semántica*, *Self-Ordered Pointing Test (SOPT)*, *parte dibujos abstractos*, *Test de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin-3*, *Subtest Mapa del Zoo (Evaluación Comportamental del Síndrome Disejecutivo –Behavioral Assessment of Dysexecutive Syndrome; BADS)*, *Subtest Búsqueda de Llaves (BADS)*, *Test de juego de Iowa (Iowa Gambling Test, IGT)*, *Inventario de Lateralidad de Edimburgo*, *Subtest Vocabulario de la Escala de Inteligencia para adultos, tercera edición (Wechsler Adult Intelligence Scale-III; WAIS-III)*. Los resultados reportados muestran que los sujetos del grupo BD presentan un rendimiento significativamente inferior en la capacidad para manipular información en la memoria de trabajo verbal, función cognitiva que se ha relacionado con la integridad del córtex prefrontal dorsolateral. También presentaron un claro y significativo menor recuerdo de material verbal tanto de forma inmediata como demorada (y tanto en relación con el recuerdo más general de la información como con relación al recuerdo más específico o detallado). Además, de que mostraron menor capacidad para inhibir la interferencia de una tarea sobre otra, hecho que implica la presencia de dificultades ejecutivas. En contraste, los

participantes del grupo BD no parece tener consecuencias significativas sobre la atención, la velocidad de procesamiento de la información y la memoria de trabajo visoespacial.

La alteración en las funciones neuropsicológicas puede verse reflejado en el rendimiento académico debido a que estas funciones van implicadas en el aprendizaje y por ende, en el rendimiento académico en el universitario sin embargo, se carece de evidencia sólida que sea clara, pero de acuerdo con Parada (2009) sería interesante realizar un estudio longitudinal en el que se tuviese en cuenta el rendimiento académico que presentan estos estudiantes a lo largo de la carrera para poder comprobar, de esta manera, si las dificultades que presentan pueden estar interfiriendo en la obtención de un adecuado rendimiento académico.

El bajo desempeño académico puede llevar a la deserción escolar, perdiendo así un recurso humano futuro que puede contribuir de forma productiva a la sociedad y un recurso económico invertido para los padres o tutores y para el Estado si se habla de estudiantes de universidades públicas, pero también el costo económico que se invierte en acciones dirigidas a la prevención y tratamiento a las personas con problemas de consumo de alcohol. Por ejemplo, para 2018, el Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) asignó al programa Prevención y Atención contra las Adicciones 755, 117, 424 pesos (Cámara de Diputados, 2017) y para el 2020 se aprobó un monto por 825,614,079 pesos específicamente para la atención a los jóvenes (Cámara de Diputados, 2019).

En conclusión, son diversos los problemas que se derivan del consumo excesivo de alcohol en los estudiantes universitarios, van desde posibles problemas de salud física, salud mental, problemas familiares, interpersonales, legales, cognoscitivos y escolares hasta costos económicos para la familia, universidades y para cualquier gobierno para la prevención y atención a este tema.

El problema del abuso del consumo de alcohol en universitarios es tan común que desde hace algunos años se desarrollaron programas de intervención dirigido a la reducción de daños en el estudiante universitario y reducir así muchas de las consecuencias negativas de las que se hablaron en este capítulo. Las intervenciones son motivacionales de corte cognitivo-conductual que van dirigidas a que los estudiantes desarrollen habilidades de comunicación, afrontamiento y estrategias de autocontrol (Ayala, 2001; Quiroga et al, 2007; Quiroga & Cabrera, 2003; Díaz et al., 2011).

Existen diferentes posturas y evidencia respecto a la explicación del consumo de alcohol de forma excesiva y la dependencia a éste. En el siguiente apartado se retomará una de las variables que suele asociarse o bien tomarse como una variable predictora del consumo de alcohol: el autocontrol.

El Autocontrol como explicación del consumo de Alcohol

“Sin tentación resulta inapropiado llamar a la conducta autocontrolada”

B. K. Cole, G. Coll & W. N. Schoenfeld (1982).

Uno de los objetivos centrales de la psicología científica es generar conocimiento que retome las variables asociadas a la conducta de los organismos y que permitan explicar, de manera clara, la adquisición y el mantenimiento de su comportamiento. En ese sentido, uno de los aportes primordiales de la psicología es desarrollar estrategias para disminuir o eliminar comportamientos que sean un problema para las personas mismas o para las demás, así como propiciar nuevo repertorio de conductas que sean más funcionales y socialmente aceptables (Reyes, 2020).

Un porcentaje elevado de las condiciones que afectan la salud física y psicológica son consecuencias de lo que hacemos o dejamos de hacer. Existen diversas conductas que conllevan a consecuencias negativas a las personas y a toda la sociedad, estas varían de acuerdo con la etapa del desarrollo o incluso, en la región en la que se encuentren. Durante la juventud -una etapa caracterizada por la impulsividad, es decir, a una falta de autocontrol- aumentan las conductas de riesgo. Por ejemplo, la práctica de sexo sin protección es una preocupación de salud pública en todo el mundo, ya que incrementa el riesgo de enfermedades de transmisión sexual y el número de embarazos no deseados; esta conducta se asocia también con la falta de autocontrol y el consumo de sustancias. Se ha encontrado que los universitarios no sólo se muestran más proclives a practicar conductas sexuales de riesgo, sino que también presentan un mayor consumo de alcohol (Moure et al., 2016). La carencia de autocontrol o el comportamiento impulsivo se relaciona con conductas antisociales en los individuos (Farrington, 1990; citado en López, et al., 2003); con el comportamiento adictivo a las redes sociales y los videojuegos (Carranza et al., 2020); y también se ha relacionado de forma inversa con el consumo de drogas como el alcohol, hachís, cocaína y heroína (López et al., 2003) es decir, entre menor autocontrol mayor consumo de drogas y viceversa.

Una de las conductas que se ha asociado con diversas enfermedades es el consumo de alcohol y los daños atribuibles al mismo son altos. En la Región de América el consumo excesivo episódico, está asociado a altos niveles de daños producto de la intoxicación etílica, como los traumatismos por colisiones de tránsito y la violencia interpersonal. En consecuencia, muchos países de esta región registran algunas de las tasas más elevadas de traumatismos atribuibles al alcohol. Se pone un especial énfasis en la población joven por los costos económicos y sociales que conllevan estas consecuencias. Por ejemplo, si las personas beben cuando son adolescentes

(de 12 a 17 años) puede definir la trayectoria de su comportamiento en cuanto al consumo de alcohol a medida que crecen, incluido el riesgo de desarrollar patrones de consumo problemáticos y trastornos causados por el alcohol. Los jóvenes que comienzan a beber antes de los 15 años tienen una probabilidad cuatro veces más alta de desarrollar trastornos debidos al consumo de alcohol, y el riesgo de desarrollar un trastorno por consumo de alcohol llega al máximo en la adolescencia y los primeros años de la adultez (de 18 a 25 años) (OPS, 2021).

Debido a estas consecuencias se propone redoblar los trabajos sobre temas centrales para combatir los problemas y las consecuencias que conlleva el consumo de esta sustancia, entre éstos son: 1) el promocionar la investigación para continuar con el monitoreo de la prevalencia y la incidencia del consumo así como el conocimiento de las variables que permiten entender qué variables influyen para el desarrollo de este comportamiento; 2) promocionar la acción política para proponer y mejorar las estrategias políticas para combatir abuso en el consumo de alcohol; 3) mejorar los sistemas de salud para que sean capaces de responder a los diversos problemas y riesgos del consumo nocivo de alcohol, integrando la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de los problemas asociados a su consumo; y 4) diseminar la información encontrada en las investigaciones que puedan ser útiles a la población en general o bien, a los especialistas para brindar mejores estrategias en el tratamiento del consumo nocivo de alcohol (Monteiro, 2013).

Tomando en cuenta el primer punto propuesto por Monteiro (2013), las explicaciones que han dado cuenta al consumo nocivo de alcohol son diversas y con base en la investigación realizada en diversas disciplinas, el consumo de alcohol se explica por una amplia variedad de factores, tanto individuales (v.g. disposición genética, características de personalidad, expectativas, motivos, autocontrol, afrontamiento, actitud, entre otros), como ambientales (v.g.

influencia de la comunidad, familia, amigos, lugares para beber, entre otros) (Aguilar et al., 2011; Cáceres et al., 2006; López et al., 2003; Pimentel et al., 2014).

El autocontrol suele ser una variable que se estudia constantemente con el mantenimiento, abuso, dependencia y eliminación del consumo de drogas. Por ejemplo, tiene un interés en explicar por qué algunas personas en una situación en particular (una fiesta) deciden consumir alcohol, y otras no; por qué algunas deciden consumir sólo unas cuantas copas y otras no pueden parar de consumir a pesar de que al siguiente día es seguro que experimenten diversas consecuencias negativas (malestares físicos); por qué algunas pueden dejar de consumir alcohol y otras no: por la presencia o ausencia (impulsividad) de autocontrol. En algunas investigaciones se ha reportado que la impulsividad es un factor de riesgo para el uso, abuso y dependencia de sustancias (Perry & Carroll, 2008), es decir, el placer inmediato que produce el consumo de cierta sustancia o evitar los efectos de la abstinencia son características asociadas al comportamiento impulsivo. Asimismo, quienes carecen de autocontrol tienen dificultades para regular su consumo (consumo excesivo) (Field et al., 2007) o utilizan sustancias que producen adicciones más severas (Kirby & Petry, 2004). En este sentido, dejar una sustancia, y mantenerse en abstinencia a lo largo del tiempo después de un tratamiento es más fácil para quienes han aprendido a autocontrolarse (Washio et al., 2011).

En este sentido, parece que la relación entre el autocontrol o la falta de éste (impulsividad) con el consumo de sustancias es clara, pero es necesario retomar la definición de qué es el autocontrol, a qué tipo de conducta se refieren los estudios que lo retoman y afirman que existe esta relación. Por ello, los objetivos del presente capítulo son en primer lugar, conceptualizar el constructo de autocontrol e impulsividad. En segundo lugar, explorar las formas en que se ha estudiado o medido el autocontrol/impulsividad en la investigación en psicología y finalmente,

describir los avances de la investigación básica sobre el autocontrol que explican la conducta de consumo de alcohol.

Definición del Autocontrol

Para Fernandes et al. (2010) el autocontrol se definió en 1973 por la American Psychological Association como la habilidad para reprimir o la práctica de represión de reacciones impulsivas de un comportamiento, deseos o emociones. Aunque desde su punto de vista, existen tres abordajes intelectuales que décadas antes de esa definición habían investigado el autocontrol y que, según Harter (1983; citado en Fernandes et al., 2010), serían *la psicoanalítica* representada por Freud quien proponía la idea de que el autocontrol estaba asociado al desarrollo de la fuerza del *Yo*. El *Súper yo* sería el que controlaría la propia conducta y el comportamiento moral y, por lo tanto, sería una característica estable de la personalidad. El comportamiento moral, a su vez, sería influenciado por acontecimientos durante el desarrollo que tendrían una fuerte influencia sobre el grado de autocontrol desarrollado por el sujeto. Por otro lado, *la teoría del aprendizaje* de Skinner para quien el autocontrol no sería un rasgo o disposición, sino un proceso por el cual el individuo cambiaría su probabilidad de respuesta, alterando las variables en las cuales la respuesta es una función, teniendo una gran influencia del entorno social y; finalmente, *la neuropsicología soviética* de Luria y Vygotsky quienes consideraban que los problemas con la inhabilidad del niño -donde centraron sus estudios- para el uso adecuado de autoinstrucción verbal estaría relacionado con la falta de autocontrol de los impulsos, es decir, que el comportamiento es controlado por el habla, siendo ella una reguladora del comportamiento infantil.

De acuerdo con Reyes (2020) una de las ideas más arraigadas es que el autocontrol constituye una cualidad especial ligada a la *fuerza de voluntad*. Por ejemplo, se afirma que las

personas no logran ciertos objetivos porque “no cuentan” con fuerza de voluntad, mientras que aquellas personas que logran apegarse a un tratamiento, seguir una dieta balanceada o realizar un entrenamiento físico diario es consecuencia de tal capacidad. Hacer una relación entre las acciones que repercuten en el bienestar a una “fuerza especial” tiene distintos orígenes, influencias que han permeado el trabajo psicológico y persistente en la actualidad. De acuerdo con Rachlin (2000) la fuerza de voluntad puede ser analizada considerando *dos vertientes*. *La primera* tiene que ver con San Agustín y con la idea de libre albedrío otorgado por Dios para decidir entre el bien y el mal: cuando las personas eligen cosas que les benefician logran ejercer ese poder que les fue regalado; cuando sucumben alguna tentación, lo ignoran. El autocontrol en este caso se entiende como un don que no todos saben emplear y que no depende de las personas poseer. *La segunda vertiente*, afín a los postulados de René Descartes, es que la conducta está controlada por un ente no material denominado “alma”, que contiene las distintas ideas y conceptos del mundo, así como la voluntad. El control interno de la conducta (autocontrol) es consecuencia de la capacidad propiamente humana de razonar, esta facultad del alma permite resistir tentaciones que sólo conllevan a placeres momentáneos. Entonces, la impulsividad constituye una falta del alma para controlar la influencia de estímulos que se presentan de manera inmediata, es decir, que provienen del mundo externo. De acuerdo con Rachlin las situaciones en que falla el autocontrol deben entenderse como un problema relacionado con aquellas condiciones que favorecen ser sensibles a consecuencias lejanas en el tiempo, sean positivas o negativas; una persona impulsiva tomará sus decisiones dando mayor peso a las alternativas que le generan placer inmediato. Ser autocontrolado no es resultado de una fuerza interior, sino de condiciones históricas personales y ambientales que favorecen la preferencia por consecuencias de mayores beneficios en el futuro (Reyes, 2021).

Parece entonces, que el autocontrol a pesar de ser un concepto muy utilizado en los estudios en psicología puede referirse a diversos comportamientos. En el presente apartado se retomarán algunas definiciones del autocontrol que dan cuenta de éste como un proceso de aprendizaje y como una característica de la personalidad.

En el análisis experimental de la conducta, el fenómeno del autocontrol atrae por sus implicaciones para el estudio de la conducta de elección en animales y humanos. Se ha retomado el paradigma del condicionamiento operante de Skinner el cual afirma que la conducta de un organismo está determinada por sus consecuencias. Skinner (1953) definió la conducta de autocontrol como un fenómeno que involucra dos respuestas, *una respuesta controladora*, es decir, evitar las tentaciones (alejándose de la tentación, mantenerla fuera del alcance, etcétera) que modifica la probabilidad de emitir la segunda, la respuesta controlada, es decir, ceder a la tentación. Proponía además que una persona puede demostrar autocontrol realizando conductas que le permitan manipular exitosamente las variables asociadas a la ocurrencia de la conducta autocontrolada. De acuerdo con Ávila et al. (2017) el paradigma se puede describir en la siguiente figura 1:

Figura 1.

Representación del paradigma del condicionamiento operante de Skinner

e-----R_{op}-----E^R-----R_c

Nota. El paradigma de Skinner propone que la conducta de un organismo está determinada por sus consecuencias. Adaptado de “Autocontrol en la teoría de la conducta”, por R. Ávila et al. (2017). Mecanismos básicos de toma de decisiones: Perspectivas desde las ciencias del comportamiento y del desarrollo.

En donde una situación de estímulo dada (e) el sujeto emite una operante (R_{op}) la cual es seguida por un estímulo reforzante (E^R) y el subsecuente consumo de este (R_c). En el estudio de

la conducta autocontrolada se han estudiado dos grandes rutas derivadas de este paradigma.

Primero, se ha destacado la ocurrencia de la conducta operante entre pares de recompensas que difieren en magnitud y demora de entrega. En la *segunda*, se ha enfatizado la ocurrencia de la conducta consumatoria que emite el sujeto en presencia de un estímulo reforzante (E^R), es decir lo que el sujeto hace con el reforzador una vez que lo tuvo (Ávila, et al., 2017) y son de los procesos que se hablarán a continuación:

Elección

De acuerdo con Domjan (2010) muchas decisiones humanas complejas limitan sus opciones una vez que hizo una elección, por ejemplo, un estudiante recién egresado de la preparatoria que se encuentra en el siguiente dilema: ¿asistir a la universidad y obtener el grado universitario o debería empezar un trabajo de tiempo completo sin un grado universitario cuando concluye la preparatoria? Aquí es difícil cambiar entre estas alternativas. Además, para tomar la decisión debe considerar las metas a largo plazo. A largo plazo un grado universitario puede permitirle obtener un trabajo mejor remunerado, pero al inicio exige hacer importantes sacrificios económicos. Obtener un trabajo sin un grado universitario puede permitirle ganar dinero más pronto, pero a la larga no podría obtener demasiado.

El procedimiento de elección consiste en exponer a un sujeto a un programa de reforzamiento concurrente con dos opciones de respuesta; una que resulta en una recompensa pequeña y de entrega inmediata y la otra opción, en una recompensa grande y demorada. La elección consecutiva de la recompensa grande demorada se interpreta como un ejemplo de conducta autocontrolada; mientras que la elección por la recompensa chica e inmediata hace referencia a una conducta impulsiva (Ainslie, 1974; Rachlin & Green, 1972).

Rachlin y Green (1972) llevaron a cabo un experimento clásico de autocontrol en palomas. En el componente terminal de cada procedimiento, la respuesta era recompensada por el acceso inmediato a una pequeña cantidad de grano (alternativa A) o por el acceso a una cantidad mayor de grano que se demoraba por cuatro segundos (alternativa B). Las palomas podían elegir entre estas dos alternativas picoteando la tecla A o la tecla B durante el componente inicial de los procedimientos. Pusieron a prueba la conducta de elección en dos condiciones diferentes. En el procedimiento de *elección directa*, ambas recompensas (la pequeña e inmediata y la grande y demorada) estaban disponibles tan pronto como las palomas picoteaban una vez la tecla de la elección correspondiente. En esas condiciones las aves carecían de autocontrol, y de manera predominante elegían la recompensa pequeña inmediata. Mientras que en el *procedimiento encadenado concurrente* los componentes terminales del programa encadenado concurrente se demoraban después de que las palomas hacían su elección inicial. Estas mostraban autocontrol si se imponía una demora suficiente antes de los componentes terminales: elegían principalmente la recompensa grande y demorada en lugar de la recompensa pequeña inmediata.

Lo que comprobaron estos autores es que las preferencias cambian a favor de la recompensa demorada grande a medida que se exige que los participantes esperen más tiempo para recibir cualquiera de las recompensas después de hacer su elección. Si las recompensas son entregadas poco después de una respuesta de elección los sujetos por lo general prefieren la recompensa pequeña e inmediata. El cambio en la preferencia se ha obtenido en experimentos tanto con personas como con animales de laboratorio por lo que representa una propiedad general de la conducta de elección (Domjan, 2010).

En la vida las elecciones importantes implican un beneficio pequeño a corto plazo contra un beneficio mayor pero más demorado, este es en esencia el problema del autocontrol. Se dice

que la gente carece de autocontrol si elige recompensas pequeñas a corto plazo en lugar de esperar por un beneficio mayor pero demorado. Por ejemplo, el estudiante que conversa con un amigo en lugar de estudiar está eligiendo una recompensa pequeña a corto plazo sobre la recompensa más demorada, pero mayor por tener un buen desempeño en un examen. Una persona que tiene una dependencia a la heroína que usa la jeringa de un amigo en lugar de conseguir una limpia también está eligiendo la recompensa menor y más rápida, lo mismo que la persona que consume alcohol que decide conducir bajo los efectos de esta sustancia a casa en lugar de esperar a estar desintoxicado (Domjan, 2010).

Demora de la gratificación.

En el procedimiento anterior de autocontrol pareciera ser que una vez que uno elige una opción, no puede dar marcha atrás a esa elección y modificarla. Pero ¿en la vida cotidiana esto es lo que comúnmente sólo puede pasar? Podemos encontrar algunas circunstancias en las que se inicia un curso de acción y antes de terminarlo se opta por iniciar otro y abandonar el que se había iniciado. Por ejemplo, una persona que quiere bajar de peso y se restringe de consumir alimentos altos en calorías, que describe una conducta de *elección* (se elige la recompensa grande y demorada: bajar de peso; en lugar de la recompensa pequeña inmediata: comer unos tacos). Sin embargo, aun cuando la persona se haya establecido sus propias reglas y haya decidido en un inicio bajar de peso, se puede renunciar a seguir haciéndolo en cualquier momento. Siguiendo con el ejemplo, si a esa persona se le invita a una fiesta en donde habrá un buen festín de comida deliciosa pero alta en calorías (postres y bocadillos). Aquí tiene dos opciones: mantener la elección inicial (bajar de peso) o renunciar a la elección y tomar la recompensa pequeña e inmediata (postres y bocadillos). Esta situación describe claramente la definición de autocontrol

propuesta por Mischel como una conducta de demorar gratificaciones en presencia de recompensas pequeñas e inmediatas (Ávila & Ortega, 2019).

Mischel realizó un estudio clásico conocido como la prueba de los bombones (*The Marshmallow Test*) donde se evaluó la capacidad de niños de edad preescolar para esperar. A los niños se les presentaba un dilema: comer de inmediato un bombón o ganar dos si esperaban 20 minutos; sólo algunos lograron esperar (Reyes, 2020). Se dejaba a los niños elegir las recompensas, casi siempre de un surtido que incluía golosinas, galletas, pequeños *pretzels*, caramelos de menta, etcétera. Cerca de aquellas tentaciones había un timbre de campanilla como los de los hoteles que ellos podían hacer sonar cuando quisieran para llamar al investigador y pedirle que le diera golosina. O podía esperar a que éste volviera y, si el niño o niña no se habían levantado de la silla, ni empezado a comer la golosina, le diera las dos. Los resultados le sorprendieron ya que pudo observar el potencial de los niños pequeños para resistir la tentación y perseverar en la espera de sus recompensas (Mischel, 2015).

Un resultado inesperado del estudio fue todo lo que los niños en edad preescolar hacían cuando se esforzaban por esperar y el modo de aguantar o no aguantar la demora de la recompensa servía para hacer importantes predicciones acerca de su vida futura. La evaluación de los niños continuó hasta la vida adulta y los resultados evidenciaron que la capacidad de demorar la obtención de recompensas en la edad preescolar estaba asociada en la vida adulta a una menor masa corporal, mayor autoestima, estilo de vida más saludable, logros más efectivos de metas, cedían menos ante las tentaciones; que se distraían menos cuando trataban de concentrarse; así como a respuestas más adaptativas ante situaciones frustrantes y estresantes. Por ejemplo, cuanto más segundos esperaban a la edad de 4 ó 5 años, mayor era su puntuación en las pruebas de aptitud académica y mejor su funcionamiento social y cognitivo en la adolescencia. A edades

comprendidas entre los 27 y los 32 años, aquellos que más habían esperado cuando se sometieron a la prueba en edad preescolar, tenían un índice de masa corporal más bajo, el sentimiento de su propia valía era mayor, alcanzaban sus metas con más eficacia y soportaban mejor las frustraciones y el estrés. En la madurez, los que más capaces fueron de esperar (*demora larga*) se caracterizaban, frente a los que no lo fueron tanto (*demora corta*), por mostrar en los escáneres cerebrales unas imágenes diferentes de las áreas del cerebro relacionadas con las adicciones y la obesidad (Mischel et al., 1989).

Resistencia a la tentación

Siguiendo con el ejemplo que se manejó en el apartado anterior, donde una persona quiere bajar de peso restringiendo el consumo de alimentos altos en calorías, es necesario recordar que a veces en este tipo de régimen alimenticio autoimpuesto, a veces puede existir la posibilidad que la persona misma se “dé permisos” de probar o comer algún alimento con alto contenido calórico -a pesar de tener la posibilidad de hacerlo en cualquier momento- siempre y cuando haya cumplido con ciertos criterios (seguir una dieta balanceada toda la semana, abstenerse de consumir alimentos con alto contenido calórico, hacer ejercicio, etcétera) tal vez, como una forma de reforzar su propia conducta de abstenerse. Esta situación no describe el autocontrol desde los procedimientos de elección y demora de la gratificación, pero sí desde el procedimiento de “resistencia a la tentación”

El procedimiento de “resistencia a la tentación” (Cole et al., 1982) que es cercano a la postura de Skinner, pero no exactamente la misma. Desde su postura, el paradigma de autocontrol tiene dos rasgos esenciales: primero, la libre disponibilidad del reforzador (E^R) y segundo, la restricción a que se somete el sujeto para no manipular o consumir el reforzador hasta que se realice una respuesta preestablecida (R). Estas características hacen que el procedimiento de

entrenamiento en autocontrol corresponda a que el organismo se convierte tanto en sujeto como un experimentador: tiene bajo control el E^R para su entrega, pero sólo se lo entrega a sí mismo después de realizar la respuesta requerida R . De acuerdo con los autores en los procedimientos que habitualmente se utilizan en los laboratorios, el experimentador controla la presencia del E^R , observa el sujeto y le entrega el E^R cuando realiza la R que prescribió. Al utilizarlo de esta forma el E^R “condiciona”, “entrena”, “selecciona”, “fortalece” la R queda definida por el experimentador como una meta conductual. En este paradigma de autocontrol, el alimento estaría claramente disponible y se lo podría comer independientemente si el sujeto realice o no la R preestablecida, es una característica fundamental del autocontrol, aunque poco considerada en los estudios.

Esta propuesta de conducta autocontrolada se deriva de los datos obtenidos de un experimento realizado por Cole et al. (1982) donde trabajaron con 10 pichones “White Carneaux” con experiencia en diversos experimentos en los que la respuesta se manifestaba al picotear el disco y en los que se utilizó grano mezclado como reforzador. Se ingresaron a una caja para pichones con tres discos cada una. Se colocó una fotocelda a la entrada del comedero, donde se entregaba grano mezclado, con el fin de registrar la entrada de la cabeza del pichón al comer el grano. Todos los pichones recibieron presentación del comedero durante 3 segundos (s) cada 60 s, este programa se mantuvo de forma constante hasta que los pichones comieron con confianza del comedero. La única iluminación que tenía la cámara fue la de la luz del comedero cuando éste se encontraba en posición elevada.

Una vez terminada la fase de entrenamiento, se programó un ciclo de tiempo repetitivo (*ciclo T*) conforme al cual se presentó el dispensador con alimento durante varios segundos una vez dentro de cada ciclo. Esta primera presentación del dispensador ocurrió independientemente

de la conducta del sujeto y se denominó E^{R_1} . El dispensador se podía presentar de nuevo después de que terminaba el ciclo de tiempo (se le denominó E^{R_2}) conforme a la siguiente contingencia. Aun cuando el sujeto podía consumir el E^{R_1} , si el sujeto se “abstenía” entonces se presentaba el E^{R_2} y ahora sí podía consumir el alimento. Por el contrario, si el sujeto intentaba consumir el E^{R_1} este último se retiraba y se cancelaba la presentación del E^{R_2} .

En otro experimento donde retomaron este procedimiento, expusieron a dos palomas privadas de alimento a un *ciclo T* constante en 63 s con presentaciones del E^{R_1} en los últimos 3s del ciclo y establecieron el criterio de obtener al menos el 80% de los reforzadores programados por sesión para afirmar que se había adquirido la conducta autocontrolada de comer. Encontraron que las dos palomas obtuvieron 6% y 26% de los E^{R_2} programados; esto es, los sujetos mostraron conducta impulsiva. Dados los resultados previos los autores expusieron a una tercera paloma al mismo procedimiento, pero el E^{R_1} ocurrió 33 s antes del final del ciclo T y encontraron que el sujeto obtuvo 0% de los E^{R_2} programados. A pesar de estos resultados negativos, la diferencia en el porcentaje de E^{R_2} obtenidos entre los dos primeros sujetos y el tercero sugiere que la ubicación temporal del E^{R_1} dentro del ciclo T puede ser una variable importante para adquirir la conducta de comer autocontrolada. Los autores sugirieron que, además de la ubicación temporal del E^{R_1} dentro del ciclo T, podía ser necesaria una contingencia entre la emisión de una operante y la presentación del E^{R_2} para establecer la conducta de comer autocontrolada (González et al., 2011).

Para entender el procedimiento de autocontrol que Cole et al. (1982) proponen, describen es el siguiente ejemplo: la madre dice a su pequeña hija, que está sentada frente al piano, que sea una “buena chica” y que practique su lección de piano; si lo hace así durante una hora (respuesta requerida), podrá tomar la barra de chocolate que la madre dejó sobre el piano; enseguida la madre se retira mientras que la niña, a pesar de que la barra se encuentra allí y puede tomarla y

comerla en cualquier momento sin obstáculos, termina su hora de práctica antes de que tome la barra y se la coma. Si la niña que practica sus lecciones de piano atiende la instrucción de su madre, estaría mostrando autocontrol; si se come la barra de chocolate antes de que termine su lección, fracasa su autocontrol.

Este concepto de autocontrol difiere de los dos procedimientos anteriores donde el autocontrol es conceptualizado como una elección donde el organismo elige una recompensa de mayor proporción, en lugar de escoger una más pequeña que se encuentra a la mano. Sin embargo, desde el punto de vista de Cole et al. (1982) el procedimiento de elección en que escoger una recompensa excluye la disponibilidad de la otra, está alejado de las condiciones que definen las características de la conducta autocontrolada. De acuerdo con estos autores sólo cuando se enfrenta al organismo con alimento inmediato, pero no lo come, y come el alimento en alguna ocasión posterior, la situación sería similar al autocontrol exhibido en el ejemplo de la niña que toma su lección de piano.

Este ejemplo puede trasladarse bien a diferentes situaciones cotidianas y la respuesta conductual que puedan presentar las personas: una persona que se encuentra en un régimen alimenticio y que puede darse permiso de consumir un “gustito” un “antojo” después de haber cumplido con semanas de una alimentación equilibrada o bien, después de haber bajado un número determinado de kilogramos o haber quemado un cierto número de calorías, a pesar de poder consumir estos en cualquier momento del día o en cualquier momento de la semana sin cumplir el requisito de respuesta (cumplir con la semana de alimentación equilibrada, haber bajado un número de kilogramos o calorías). También se podría pensar en un estudiante universitario que espera salir a divertirse una vez que ha concluido la semana de estudio o bien haber estudiado para su examen a pesar de que puede salir a divertirse sin ninguna restricción. O

en una persona que suele consumir alcohol hasta determinado día o hasta una hora determinada del día, a pesar de que lo pueda hacer en cualquier momento de la semana o del día. Desde este paradigma, a todo esto, se le considera como una conducta autocontrolada.

Impulsividad: la contraparte del autocontrol

De acuerdo con lo descrito en los apartados anteriores, si se afirma que una persona no presenta autocontrol, por lo tanto, presenta impulsividad. Sin embargo, así como existen diferencias importantes acerca del constructo autocontrol dependiendo del procedimiento que se esté hablando, su antónimo impulsividad, también presenta estas diferencias. La impulsividad se ha conceptualizado y estudiado desde el análisis experimental de la conducta y como una variable propia de la personalidad que generaría problemas de conducta o incluso, trastornos mentales. Ambas perspectivas se describirán a continuación.

Impulsividad desde el análisis experimental de la conducta: Descuento temporal

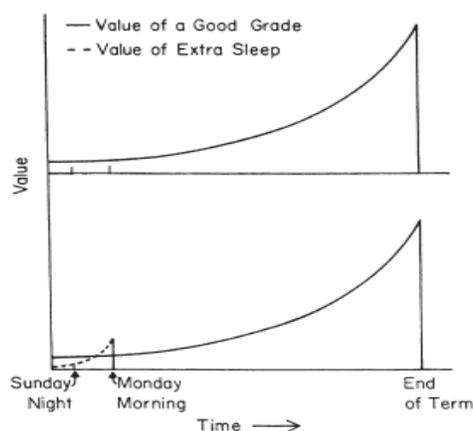
¿Por qué un estudiante establece su alarma por la noche para una clase matutina, pero luego se queda en la cama a la mañana siguiente para seguir durmiendo y no asista a clase? ¿Por qué una persona decide comenzar a ahorrar dinero para un automóvil, pero luego gasta demasiado dinero en entretenimiento cuando llega el fin de semana? En otras palabras, ¿por qué cambian las preferencias de las personas a lo largo del tiempo en estas situaciones? Howard Rachlin y George Ainslie desarrollaron independientemente ideas similares sobre el autocontrol, que se conocen como la Teoría de Ainslie-Rachlin (Mazur, 2014). La teoría asume que el valor de un reforzador disminuye a medida que la demora entre hacer una elección y recibir el reforzador aumenta como se ejemplifica en la figura 2.

Ser sensible a lo que las acciones de hoy generarán en el futuro es una característica central del autocontrol. El grado en que las situaciones futuras afectan las decisiones de las

personas depende de lo que ha denominado descuento temporal o descuento por demora. Se puede pensar, por ejemplo, cómo una forma de alimentarse es o no sensible a las consecuencias futuras. Todos los días se selecciona el tipo y cantidad de alimentos a consumir; en esa decisión la balanza puede inclinarse a favor de comida con alto contenido calórico (y que tiene mejor sabor) porque resulta gratificante de manera inmediata (unos tacos) o bien, se pueden preferir alimentos con mayores beneficios para la salud (ensalada y pechuga asada), aunque sea menos rica. En este dilema, quienes no reducen (no descuentan) el valor de las consecuencias asociadas a una alimentación balanceada elegirá comer una ensalada; mientras que, si una persona reduce el valor de una consecuencia futura (descuenta) preferirá los placeres inmediatos de unos tacos (Reyes, 2020).

Figura 2.

Representación gráfica de la aplicación de la Teoría de Ainslie-Rachlin



Nota. El panel superior muestra cómo el valor subjetivo de una buena calificación aumenta a medida que se acerca el momento de su entrega. El panel inferior muestra que el valor de un tiempo extra de sueño también aumenta a medida que se acerca el momento de su entrega. Debido a estos cambios en el valor, una persona puede preferir la buena calificación en algunas horas (por ejemplo, el domingo por la noche) y el tiempo extra de sueño extra otras horas (por ejemplo, el lunes por la mañana). Adaptado de "Choice" de J.M. Mazur, 2014. *Learning and Behavior*, p. 321.

La premisa detrás del descuento temporal es sencilla e intuitiva, pues supone que el valor de una consecuencia o evento disminuye cuando ocurre de manera demorada. Dicho de otro modo, a mayor distancia temporal entre una acción y las respectivas consecuencias, menor será la probabilidad de que realice dicha acción. Por ejemplo, en una situación que supone elegir entre recompensas económicas, MXN\$1,000 de manera inmediata o MXN\$2,000 después de un mes; ante tal oportunidad, un número considerable de personas esperarán por la recompensa más grande, pues un mes es un periodo corto. Sin embargo, si la demora para ganar los MXN\$2,000 se incrementa a cinco años, un mayor número de personas preferirán los MXN\$1,000 inmediatos. Si esto ocurre se diría que las personas descontaron el valor de las recompensas por tener que esperar más tiempo (Reyes, 2020).

Algunos autores proponen (González et al., 2015) al descuento temporal como una estrategia para estudiar la conducta impulsiva, con el cual se averigua la manera en que una recompensa pierde su valor subjetivo en función de su demora de entrega. Para determinar el valor subjetivo de una recompensa se pide a los participantes que elijan entre pares de recompensas que varían en magnitud y en demora de entrega: por ejemplo, entre una recompensa relativamente chica e inmediata y una recompensa grande, pero demorada. En elecciones sucesivas se ajusta la magnitud de la recompensa inmediata, manteniendo fijo el valor de la recompensa demorada hasta que el participante elige indistintamente cualquiera de las dos recompensas.

Se ha sugerido que la ecuación hiperbólica (Mazur, 1987) describe el descuento del valor de las recompensas demoradas que se observa en la figura 3 donde V es el valor subjetivo estimado de la recompensa, A es el valor real de la recompensa, X la variable independiente (la demora) y k representa la tasa de descuento del valor de la recompensa.

Figura 3.

Fórmula de la función hiperbólica de descuento

$$y=A/1+kX$$

Una tasa de descuento relativamente grande refleja una conducta impulsiva; mientras que una tasa de descuento relativamente pequeña indica mayor conducta autocontrolada (Green & Myerson, 2004). La idea general es que el valor de un reforzador se relaciona directamente con la magnitud de la recompensa e inversamente con la demora de la recompensa. Si el reforzador se entrega sin demora ($X=0$), su valor se relaciona directamente con su magnitud (los reforzadores más grandes tienen valores mayores). Entre más tiempo se demore el reforzador, menor será su valor (Domjan, 2010).

Hasta aquí se ha revisado que, desde el análisis experimental de la conducta, las personas que se comportan impulsivamente tienen dificultad para inhibir sus respuestas ante el control que ejercen los estímulos ambientales e internos. Por ejemplo, una persona que quiere modificar su alimentación y por ello, deja de ingerir alimentos altos en azúcar, puede sorprenderse consumiéndolos de nuevo cuando se encuentra en la situación en que típicamente los consume; cuando hay señales del ambiente que denotan la disponibilidad de algún alimento que contiene azúcar. Negarse a consumir un pan cuando alguien se lo ofrece o se encuentra en un centro de mesa requiere de esta capacidad de inhibir la respuesta (Reyes, 2020). Sin embargo, no en todos los estudios acerca de la impulsividad se retoma esta visión desde el análisis experimental de la conducta.

Impulsividad como variable de la psicopatología y personalidad

Actualmente existe un interés en estudiar la impulsividad como una forma de mejorar el entendimiento acerca de las diferencias individuales de las personas con comportamientos adaptativos y funcionales, así como con las personas que presentan conductas que conllevan a psicopatologías, y ayuden a lograr entender su impacto en varios aspectos como la salud mental, la justicia criminal, los negocios y la educación (Stanford et al., 2009).

La impulsividad está presente en varios modelos que intentan explicar la personalidad, y además es un criterio elemental de diagnóstico de diversas psicopatologías y trastornos de impulsos descritos en el *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders* (DSM-5; American Psychiatric Association, 2014): comportamientos violentos y antisociales, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastorno por abuso de sustancias. Por ejemplo, para los criterios del trastorno por déficit de atención la impulsividad incluye la incapacidad para evaluar una situación de riesgo, tendencia a responder rápidamente a un estímulo sin reflexión previa, incapacidad de mantener la atención por un tiempo prolongado, dificultad de planear acciones, ausencia de premeditación y comportamiento intuitivo y espontáneo. Para el trastorno de la personalidad antisocial, la impulsividad se refiere a el fracaso para planear con antelación; en el trastorno de la personalidad límite se refiere a la incapacidad de contenerse para hacer gastos de forma excesiva, tener conductas sexuales de riesgo, consumo de drogas, entre otras. Para el trastorno explosivo intermitente que se describe como una falta de control de los impulsos de agresividad verbal y física.

Por otro lado, en la literatura se ha diferenciado entre estado y rasgo para señalar dos tipos de variables que afectan el comportamiento. De acuerdo con Odum (2011) las variables tipo *estado* resultan de cambios en el ambiente e influyen en la conducta en diferentes situaciones o

momentos. En cuanto a la variable tipo *rasgo*, implican variables que permiten entender por qué dos individuos se comportan distinto en la misma situación, siendo estas variables más estables en el tiempo y circunstancias, es decir, hacen referencia a la personalidad de cada individuo.

La impulsividad también se ha conceptualizado como un fracaso para planificar, para inhibir respuestas inadecuadas (tendencia a responder con la conducta más fácilmente disponible), dificultad para planificar respuestas, tendencia a interrumpir o interferir frecuentemente a otros, no atender las normas que se le dan, incurrir en actividades potencialmente peligrosas sin considerar sus posibles consecuencias. La impulsividad como *rasgo de personalidad*, implica una predisposición a responder de forma rápida y espontánea en general, y es considerada un factor temperamental, de fuerte sustrato biológico (Eysenk, 1997, como se citó en López et al., 2003).

Para Eysenck (1987; como se citó en Squillace et al., 2011) la impulsividad es un concepto complejo compuesto por cuatro factores diferenciables: 1) la Impulsividad en sentido estricto o propiamente dicha (*narrow impulsiveness*), 2) la toma de riesgos (*risk-taking*), 3) la capacidad de improvisación sin planificar (*non-planning*) y 4) la vitalidad (*liveliness*). La *Impulsividad en sentido estricto*, consiste en el actuar rápido e irreflexivo, atento a las ganancias presentes, sin prestar atención a las consecuencias a mediano y largo plazo. La *impulsividad de toma de riesgos*, se refiere la búsqueda de actividades que conllevan la posibilidad de obtener tanto recompensas como castigos. La *impulsividad de improvisación* es la capacidad para actuar sin planear (el sujeto utiliza aquellas estrategias que se le ocurren en el momento). La *impulsividad de vitalidad* es entendida como energía y capacidad de actividad (Squillace et al., 2011).

Las consecuencias de la impulsividad tienden a ser negativas, no sólo para el individuo que actúa de esa forma, sino que también para la sociedad. Es considerada una característica negativa. La impulsividad implica un agrupamiento de procesos emocionales, cognitivos y motivacionales que actúan en conjunto, por lo que la impulsividad se podría estudiar bajo tres aspectos: *El primero* sería el individual, como un comportamiento circunstancial de un individuo, al actuar sin reflexionar o de forma brusca; *el segundo*, como una característica del sujeto que lo predispone a reaccionar, tomar decisiones y pensar impulsivamente, constante y rutinariamente, lo que se torna una forma de describirlo; y *el tercer aspecto* se refiere a la impulsividad como un síntoma de enfermedad mental, como el trastorno por déficit de atención e hiperactividad y los trastornos por consumo de sustancias (Rueda et al., 2016).

Barratt fue uno de los autores que más se dedicó al estudio de la impulsividad, que la definió como un rasgo de personalidad complejo, relacionado a una tendencia a realizar acciones motoras rápidas, no planeadas y con frecuencia ineficientes e incorrectas. Más tarde complementando ese concepto, propuso a la impulsividad como una predisposición a reacciones rápidas y no planeadas a partir de estímulos internos o externos, sin que el individuo considere las consecuencias negativas que su reacción podría tener para sí o para otros. Las personas impulsivas no serían capaces de evaluar las consecuencias de sus acciones para sí mismos, ni tampoco para los demás. Por lo que proponía que era necesario considerar que frecuentemente, la impulsividad trae un impacto no sólo para el sujeto, sino también para otras personas, principalmente cuando nos referimos a niveles elevados (Rueda et al., 2016).

Barratt creó una escala para evaluar la impulsividad, la *Barratt Impulsivity Scale (BIS)*, fue creada con el objetivo de tratar de relacionar la impulsividad con la ansiedad y con la eficiencia psicomotora. En el análisis de componentes principales apuntó a la existencia de tres

factores: el primero de ellos se refiere a la atención (dificultad para fijar la atención por un período grande de tiempo); el segundo se refiere a la impulsividad motora (actuar sin pensar) y el tercero a la falta de planeamiento (vivir el momento o incapacidad para planear acciones). Se refiere a la característica de personalidad de predisposición a actuar rápido ante estímulos tanto internos como externos, sin pensar en las consecuencias como lo propone Stanford et al. (2009; como se citó en Loyola, 2011).

En lo referente a la personalidad y su relación con la impulsividad, McGhee et al. (2018) propusieron un modelo de personalidad conocido como el modelo de los cinco factores (*Five Factor Model*) que contempla los dominios: apertura a experiencias (*openness to experience*); responsabilidad (*conscientiousness*), extraversión (*extraversion*), sociabilidad (*agreeableness*) e inestabilidad emocional (*neuroticism*), y postulan que existen cuatro dimensiones subyacentes a tres de los dominios citados que revelan aspectos de la impulsividad. De esa forma, un autocontrol bajo sería medido por el sub-factor impulsividad vinculado a la inestabilidad emocional; autodisciplina y deliberación serían dos aspectos de la impulsividad presentes en la realización y búsqueda de excitación estaría ligada a extraversión. Con base en este modelo, las personas impulsivas tienen dificultad para resistirse a hacer lo que no quieren, mientras que individuos con niveles bajos de autodisciplina no consiguen realizar lo que tienen que hacer. Además de que pueden ser irritables, malhumorados, excitables, desorganizados y perezosos.

Como se ha descrito el autocontrol es un constructo complejo. Por un lado, hacen referencia a un conjunto de habilidades cognitivo emocionales, con fuerte influencia del ambiente a través de los procesos de aprendizaje que determinan la inhibición de respuestas rápidas, preferentes en el repertorio conductual y que producen más satisfacción o gratificación en el momento, y la puesta en marcha de conductas elegidas intencionalmente, a pesar de que exigen

esfuerzo mantenido, con el fin de obtener una meta más valiosa a largo plazo (López et al., 2003). También lo es el concepto de impulsividad que hace referencia a un rasgo de personalidad, a una característica de comportamientos que se clasifican como trastornos mentales. Y finalmente, como un cambio en la preferencia en el valor de manera hiperbólica en función de la distancia para la recepción de la recompensa, es decir, se descuenta el valor de una recompensa grande demorada en el tiempo y se prefiere una recompensa chica e inmediata.

Tanto el autocontrol como la impulsividad se han tomado como variables relacionadas a comportamientos desadaptativos como la procrastinación (Padilla & dos Santos, 2020), el sobrepeso, obesidad y diabetes (Tovar & Reyes, 2020); el abuso de redes sociales y videojuegos (Carranza et al., 2020), los problemas financieros (Callicó & Celma, 2020), conductas sexuales adictivas (Tapia & Buenrostro, 2020) y por supuesto, con el consumo de sustancias (Lira et al., 2020; Martínez et al., 2020) que generan problemas tanto a los individuos como a la sociedad.

Riaño et al. (2015) realizaron un análisis sistemático de la literatura (108 artículos entre el año 2000 y 2014) acerca de la variable impulsividad y su relación con otras variables, en la cual encontraron que dentro de las más frecuentemente que aparecen en los artículos de difusión científica son agresión, riesgo suicida, trastorno alimentario, depresión, consumo de drogas, consumo de alcohol, ansiedad, consumo de tabaco, sobrepeso, déficit de atención, rendimiento académico, conducta sexual, entre otras.

En la literatura de autocontrol e impulsividad podemos encontrar de forma frecuente estudios que prueban su relación con el consumo de sustancias en general y con el consumo de alcohol, sin embargo, es necesario tomar en cuenta la perspectiva desde la cual se retoman dichos conceptos para afirmar esta relación. Algunos de ellos se describirán a continuación.

Relación entre autocontrol e impulsividad y el consumo de sustancias

Autocontrol y consumo de sustancias

El autocontrol resulta de vital importancia en la fase de mantenimiento o no del consumo de drogas, pues hace que el individuo sea capaz de mantener un consumo moderado, un consumo excesivo o la abstinencia. Siguiendo con esta idea López et al. (2003) realizaron un estudio con el propósito de comprobar si existe una relación entre algunas variables de personalidad (autocontrol, asertividad, estilo atribucional para los éxitos, estilo atribucional para los fracasos y autoeficacia) con el consumo de drogas (cantidad y cronicidad de alcohol, hachís, cocaína y heroína). Donde participaron 53 sujetos, 19 mujeres y 34 hombres, con una edad media de 27.42 años, los sujetos eran consumidores de drogas: un 83% consume alcohol, un 38% hachis, un 42% cocaína y un 49% heroína. Utilizaron como instrumentos de medición el Cuestionario de Estilo Atribucional de Peterson, Inventario de Asertividad de Rathus, Cuestionario de Autocontrol de Rosenbaum, Escala de Autoeficacia de Sherer y la Entrevista de Investigación acerca del Comportamiento Adictivo- Cuestionario de Investigación acerca del Comportamiento Adictivo. Se realizaron dos análisis de regresión lineal múltiple para cada una de las variables que definen el consumo de drogas: cantidad de droga consumida (alcohol, hachís, cocaína y heroína) y cronicidad del consumo de drogas (años de consumo de alcohol, hachís, cocaína y heroína). En los dos análisis de regresión lineal múltiple las variables independientes fueron las mismas variables de personalidad (autocontrol, asertividad, estilo atribucional para los éxitos, estilo atribucional para los fracasos y autoeficacia). Los resultados indican que el autocontrol y la asertividad se relacionan con la cantidad de drogas consumidas, $F= 4.673, 4/52 \text{ gl}, p<.001$; explicando el 53% de la varianza total. El análisis de varianza debido a la segunda regresión (cronicidad del consumo de drogas) refleja la significación estadística global de la relación

conjunta de la cronicidad del consumo de drogas) con las variables independientes (estilo atribucional para los éxitos y estilo atribucional para los fracasos, asertividad, autocontrol y autoeficacia). Los resultados indican que el autocontrol y la asertividad también están relacionadas con la cronicidad del consumo de drogas, $F=4.235$, $4/52$ gl, $p<.005$; explicando el 51% de la varianza total. El autocontrol aparece inversamente relacionado con la cantidad de drogas consumidas ($B=-0.522$, $t=-3.837$, $p<.000$) y con la cronicidad del consumo de drogas ($B=-0.504$, $t=-3.656$, $p<.001$). En conclusión, para estos autores el autocontrol se relaciona con el consumo de drogas de manera inversa, es decir, a medida que los niveles de autocontrol disminuyen, aumentan la cantidad y cronicidad de consumo de drogas, por lo que se deduce que si un sujeto presenta una puntuación baja en autocontrol la probabilidad de consumo de drogas aumenta.

Por otro lado, Escalante (2014) comparó el autocontrol en dos grupos: jóvenes que asisten a un centro de tratamiento de consumo de drogas y alcohol y jóvenes estudiantes de preparatoria, con 30 participantes en cada grupo. Para ello se utilizó el Cuestionario de autocontrol de Rosenbaum. Los resultados obtenidos en autocontrol mostraron que la media (106.5) y la desviación estándar (20.26) de los jóvenes internados, son ligeramente más altos que la media (99.3) y desviación estándar (13.04) del grupo de jóvenes de preparatoria; y no mostraron diferencias estadísticamente significativas en la prueba U de Mann-Whitney.

Siguiendo con la idea de que el autocontrol está relacionado con la adquisición y el mantenimiento del consumo de drogas, para algunos autores (Moffitt et al., 2011; citado en Ávila et al., 2019) las adicciones resultan un desorden o “trastorno” de elección, y una vez que las eligen dejar de consumir sustancias para obtener una vida más sana a largo plazo, mantienen su elección el tiempo necesario hasta obtener la recompensa esperada. Sin embargo, como ya se

expuso en un apartado anterior, en el consumo de drogas y la abstinencia puede revertirse la preferencia, es decir, en algún momento dejar la abstinencia y volver a consumir, como lo plantea el paradigma de demora de la gratificación; por ello Ávila et al. (2019) retomaron ambos paradigmas compararon las respuestas de autocontrol en personas ex consumidoras, consumidores y no consumidores de marihuana, grupos conformados por 10, 10 y 15 participantes respectivamente. Para ello se les aplicó la prueba de riesgo de consumo de alcohol y drogas (ASSIST por sus siglas en inglés), la Escala de impulsividad de Barrat (BIS-11) (se invirtieron los puntajes para evaluar autocontrol y no impulsividad), el Cuestionario de autocontrol-elección (CA-E) y el Cuestionario de autocontrol-abstención/demora de la gratificación (CA-A/DG). Los resultados obtenidos conforme a un análisis de varianza de un factor (ANOVA), muestran que no hubo diferencias estadísticamente significativas en el CA-E ($F(2, 33) = .962, p > .05$), en el CA-A/DG ($F(2, 33) = .699, p > .05$) ni para el BIS-11 ($F(2, 33) = .342, p > .05$) entre los tres grupos. Sin embargo, de forma visual se puede observar que en el CA-A/DG, los sujetos *no consumidores* y *consumidores* muestran el mismo nivel de autocontrol ($M = 61$), mientras que los sujetos *ex-consumidores* puntúan con un nivel ligeramente más alto ($M = 67$). En lo que respecta al CA-E, se muestra un nivel de autocontrol escalonado, donde los *no consumidores* obtuvieron un puntaje de autocontrol más alto ($M = 72$) seguido de los *ex-consumidores* ($M = 70$) y de los *consumidores* ($M = 64$). Finalmente, en el BIS-11, los participantes obtuvieron puntajes de autocontrol similares ($M = 50, 51, 48$, respectivamente). Cabe destacar, que el grupo de *consumidores*, tanto en el análisis intra como entre grupos, siempre mostró el menor puntaje de autocontrol.

Impulsividad y consumo de sustancias

La impulsividad es una de las variables más consistentes relacionadas con el contacto temprano a las drogas, la repetición de los consumos y la progresión a la adicción, así como una condición que se exagera con el consumo y promueve la recaída (Adan, 2012).

Desde el análisis experimental de la conducta en diferentes estudios con humanos se ha empleado el procedimiento de descuento temporal y la ecuación hiperbólica para describir la manera en la que usuarios y no usuarios de sustancias adictivas juzgan el valor subjetivo de recompensas hipotéticas, como una forma de comparar si el consumo de sustancias está relacionado con una mayor conducta impulsiva (Yi et al., 2010).

Algunos estudios han encontrado tasas más rápidas de retrasar el descuento para los fumadores que para los no fumadores (Bickel et al., 1999), y también es más rápido para las personas con adicciones a las drogas o al alcohol (de Wit, 2009). Por ejemplo, Weidberg et al. (2017) compararon las tasas de impulsividad en cuatro grupos de participantes: *usuarios actuales de cigarrillo electrónico que eran ex-fumadores, fumadores de tabaco, ex-fumadores y controles*, con una muestra de 136 participantes completó una versión computarizada de la tarea de descuento por demora para reforzadores monetarios hipotéticos. Los resultados reportados fue que el descuento por demora fue mayor entre *los usuarios de cigarrillo electrónico* que entre los *ex-fumadores*. *Los usuarios de cigarrillo electrónico* mostraron un descuento intermedio que no difirió del de los fumadores y los controles. Además, el descuento por demora fue significativamente mayor entre los *fumadores* en comparación con los *ex-fumadores* y los *controles*.

En el caso de los consumidores de cocaína, Mejía et al. (2015) evaluaron el descuento temporal de recompensas y de pérdidas monetarias hipotéticas en una muestra de 102 hombres:

38 participantes con dependencia a la cocaína (*monoconsumidores*), 34 con dependencia a la cocaína y a una segunda droga (*policonsumidores*) y 30 personas que *no consumían drogas*. La asignación a cada grupo fue con base a resultados de instrumentos aplicados (CAD-20, ASSIST), entrevista de historia de consumo e indicadores biológicos: antidoping de orina, alcoholímetro y el monitor de aliento de monóxido de carbono. La tarea de descuento temporal consistió en elegir entre recompensas hipotéticas (\$50-\$200) disponibles inmediatamente y recompensas más grandes (\$200-\$3,000) disponibles después de demoras que variaban entre una semana a tres años. Los participantes también elegían entre una pérdida hipotética de dinero inmediata (\$750-\$1,500) y una pérdida demorada (hasta \$1,500). La tasa de descuento de las ganancias generalmente fue mayor para los *monoconsumidores* y los *policonsumidores* que para los participantes del grupo control. Los *policonsumidores* descontaron las recompensas de manera más pronunciada que los *monoconsumidores* cuando las recompensas eran chicas, lo cual sugiere un efecto de magnitud entre ambos grupos. No se encontraron diferencias en el descuento temporal de las pérdidas entre grupos. Este hallazgo es consistente con estudios previos y muestra que las ganancias son descontadas más pronunciadamente que las pérdidas.

En otras sustancias como el alcohol, Petry (2001) expuso a usuarios problemáticos de alcohol y a personas sin historia de consumo de drogas a una tarea de descuento temporal dividida en dos partes. En *la primera*, los participantes eligieron entre recompensas monetarias hipotéticas y en *la segunda*, entre cantidades hipotéticas de bebidas alcohólicas. La autora encontró que todos los participantes descontaron más el valor de bebidas alcohólicas en comparación con las recompensas económicas. Además, los consumidores problemáticos de alcohol descontaron con mayor tasa ambos tipos de recompensa, en comparación con los participantes sin historia de consumo de sustancias. Por ello, la autora planteó que posiblemente

los patrones de conducta característicos en consumidores problema de bebidas alcohólicas, como la constante búsqueda de la bebida para escapar del síndrome de abstinencia, podrían provocar que la tasa de descuento del alcohol fuera mayor.

Siguiendo con esta hipótesis González et al. (2015) averiguaron si las tasas de descuento temporal contribuyen a diagnosticar el perfil del bebedor problema para ello, se expuso a 25 bebedores con indicadores de abuso (por medio de una entrevista para obtener su nivel de adicción, su bebida de preferencia y el precio por bebida, así como con la puntuación de 16 o más puntos en la prueba AUDIT que se clasifica como un bebedor problema) y una tarea de descuento temporal computarizada de dinero o de una cantidad de la bebida preferida del usuario. Se encontró que la tasa de descuento fue ligeramente mayor para el alcohol que para el dinero; las tasas de descuento probabilístico fueron muy similares para ambos tipos de recompensa.

Por otro lado, también se ha encontrado la relación entre consumo de sustancias con la impulsividad, pero vista ésta como una variable de personalidad y medida a través de pruebas de auto reporte. Por ejemplo, Pérez et al. (2015) analizaron la relación entre la impulsividad y la frecuencia de consumo de alcohol y tabaco en una muestra de 822 alumnos de nivel secundaria. Para ello utilizaron la Escala de Impulsividad Estado (EIE) y un cuestionario elaborado por los autores para conocer las características demográficas, el consumo de alcohol y tabaco. Los resultados reportados mostraron que aquellos estudiantes que se declararon consumidores tanto de alcohol como de tabaco obtuvieron puntuaciones significativamente más altas en la escala general de la impulsividad, así como en cada factor de la escala: gratificación, automatismo y atencional. Además, realizaron un análisis de regresión lineal, en el cual se reportó que un 6% del consumo de tabaco es explicado por la variable impulsividad total ($r^2 = .06$); mientras que, el 9% de la variable consumo de alcohol, está explicado por la Gratificación ($r^2 = .09$).

Con base en lo anterior, la literatura arroja evidencia de que existe una relación positiva entre la impulsividad y el consumo de sustancias en general, y una relación inversa entre el autocontrol y el consumo de sustancias, es decir, a mayor autocontrol menor consumo de sustancias y viceversa. Sin embargo, algo que ha dificultado una mayor comprensión de las variables autocontrol/impulsividad y su relación con el consumo de sustancias es que la forma en que se miden ambas variables es de diferentes formas: inventarios, escalas, cuestionarios de autoreporte y pruebas de ejecución que parten desde definiciones, perspectivas y modelos distintos como se expondrá a continuación.

El problema de la medición del autocontrol y la impulsividad.

A pesar de que se ha reportado en diversos estudios la relación entre el autocontrol e impulsividad con el consumo de sustancias y el consumo de alcohol como ya se ha revisado, estos conceptos varían en su definición y postura teórica desde la cual se conceptualiza, por lo que es necesario tener claridad acerca de dicha relación.

Algunos instrumentos más utilizados que miden o evalúan el autocontrol y la impulsividad encontrados en la literatura, son de auto reporte y otras son tareas de ejecución, algunos parten de procedimientos desde el análisis experimental de conducta; mientras que otros parten de una postura que propone a estos conceptos como característica de la personalidad o una característica de alguna psicopatología como se describen a continuación en la tabla 1 (ver Apéndice A). Por ejemplo, en la literatura reportada en donde han explicado el autocontrol desde la perspectiva del análisis experimental de la conducta se puede encontrar los siguientes instrumentos para evaluar autocontrol: *Cuestionario de Autocontrol-Abstención/Demora de la Gratificación (CA-A/DG)*, *Cuestionario de Autocontrol- Elección (CA-E)*, y pruebas de ejecución por medio de videojuegos computarizados; pero también en la literatura se reportan

cuestionarios como *Cuestionario de Autocontrol de Rosenbaum*, la *Escala Breve de Autocontrol (BSCS)*, *Escala de Autocontrol (EAC)*, aunque queda poco claro si estos instrumentos retoman algún procedimiento desde el análisis experimental de la conducta o si es desde una visión del autocontrol como una característica de personalidad por los reactivos que contienen estos cuestionarios o escalas como se muestra en la tabla 2 (ver Apéndice B).

Es similar el caso de los instrumentos para medir la impulsividad, algunos parten de una postura donde es definida como un rasgo de personalidad, como una deficiencia o problema de adaptación de la persona o como una conducta de una persona que se manifiesta en circunstancias particulares, sin embargo, los reactivos de cada escala parecen poco claros acerca de qué es lo que se pueda estar midiendo (ver Apéndice C tabla 3). Por ejemplo, reactivos como “Respondo antes de que hayan terminado de formular una pregunta” de *Escala de Impulsividad Estado (EIE)*, “Me gustaría trabajar en algo que requiriera tomar decisiones rápidas” del *Inventario de Impulsividad de Dickman (DII)*, “¿se distrae con facilidad?” de la *Escala de Impulsividad de Plutchik*, “Me gustaría saltar en paracaídas” de la *Escala Breve de Impulsividad (UPPS-P)*, “Me gustan los rompecabezas” de la *Escala de impulsividad de Barrat (BIS-11)* ¿en realidad estarían midiendo la impulsividad? Desde el análisis experimental de la conducta es consistente la forma en que se evalúa la impulsividad: tareas de ejecución de descuento temporal. Sin embargo, una de las limitaciones de estas tareas es que son computarizadas y su aplicación es regularmente en escenarios muy controlados, lo que conlleva un costo de tiempo en su aplicación.

Con base en lo descrito en el presente apartado y en el anterior, se pueden rescatar las siguientes conclusiones: Los jóvenes presentan un riesgo de inicio temprano de consumo de sustancias y pueden llegar a presentar un abuso y una posible dependencia hacia éstas; los universitarios presentan un riesgo para el abuso de consumo de alcohol; las consecuencias del

abuso del alcohol en universitarios son diversas, van desde el área física, psicológica, social y académica, como el bajo rendimiento y la deserción escolar. Además de exponerse a situaciones de riesgo donde esté en riesgo su integridad; es necesario identificar las variables asociadas al consumo de alcohol en estudiantes universitarios para prevenir y atender el consumo nocivo de éste; variables como el autocontrol y la impulsividad se relacionan al consumo de sustancias y el consumo nocivo de alcohol; los estudios que han encontrado una relación entre las variables autocontrol, impulsividad y consumo de sustancias como el alcohol, utilizan diferentes instrumentos para medir estas variables; los instrumentos para medir el autocontrol e impulsividad varían de acuerdo con la conceptualización de estas variables, no evalúan lo mismo en los estudios previamente realizados, pero es necesario tener claridad en los constructos; algunas escalas o cuestionarios de autoreporte que miden autocontrol e impulsividad, parten de constructos estudiados desde el análisis experimental de la conducta: elección y demora de la gratificación. Se ha dejado de lado el estudio de otro procedimiento de autocontrol llamado “resistencia a la tentación”. Si bien existen tareas computarizadas para medir esta variable, conlleva un control riguroso para su aplicación e inversión de tiempo considerable para utilizarla en muestras grandes. Existen diferentes escalas para medir la variable impulsividad, pero la Escala de impulsividad de Barrat (BIS-11) es la más utilizada y reportada en la literatura en la medición de ésta; y desde el análisis experimental de la conducta se han propuesto a las tareas de descuento temporal como una forma en la que se ha medido la impulsividad. Sin embargo, algunas de estas conllevan un tiempo considerable para su aplicación y un control experimental. Por todo lo anterior, se elaboraron los siguientes estudios descritos en el siguiente apartado.

Relación entre el Autocontrol/impulsividad y consumo de alcohol en estudiantes universitarios

“La tentación es más fácil de reconocer que de definir”

Cass R. Sunstein & Richard H. Thaler (2017).

La presente tesis tuvo como propósito general averiguar la relación entre el riesgo de consumo de alcohol y la conducta autocontrolada desde diferentes constructos: elección, demora de la gratificación y “resistencia a la tentación” así como con la variable impulsividad, es decir, probar si el nivel de autocontrol e impulsividad es proporcional al consumo de alcohol en estudiantes universitarios. Para cumplir con este propósito se desarrolló en primer lugar, una escala de autoreporte culturalmente relevante para medir el constructo de “resistencia a la tentación” ya que hasta el momento de la elaboración de la presente tesis no había una escala o cuestionario que midiera este constructo. En segundo lugar, se probó la relación entre el autocontrol desde la perspectiva de “resistencia a la tentación” por medio de la escala diseñada y validada anteriormente, y el riesgo de consumo de alcohol. Y, en tercer lugar, se probó la relación entre el autocontrol desde diferentes procedimientos: elección, demora de la gratificación y “resistencia a la tentación”, así como la impulsividad medida a través de la Escala de Impulsividad de Barrat (BIS-11) con el riesgo de consumo de alcohol.

Los propósitos específicos de la presente tesis fueron:

1. Construir y validar una escala de resistencia a la tentación culturalmente relevante para población de estudiantes universitarios.
2. Probar la relación entre el autocontrol medido a través del procedimiento de “resistencia a la tentación” y el riesgo de consumo de alcohol medido a través del AUDIT en estudiantes universitarios.

3. Probar la relación entre el autocontrol medido a través de tres procedimientos: elección, demora de la gratificación y “resistencia a la tentación”, así como con la impulsividad con el riesgo de consumo de alcohol en estudiantes universitarios.

Debido a que la presente tesis fue conceptualizada para cubrir varios propósitos, se dividió en tres estudios los cuales se describen a continuación.

Estudio 1: Construcción y Validación de una Escala de “Resistencia a la Tentación” en Universitarios

En el presente estudio se elaboró un instrumento de medición de conductas específicas de autocontrol/impulsividad desde la perspectiva del constructo de “resistencia a la tentación” que describen a la conducta autocontrolada como abstenerse a consumir una recompensa presente hasta cumplir con un criterio de respuesta pre-establecido (Cole et al., 1982). Para la construcción del instrumento se retomaron los procedimientos y reporte de estudio (metodología y análisis de datos) propuesto por Reyes-Lagunes y García y Barragán (2008) en el paso 1 y el propuesto por Calleja-Bello (2018) en los pasos 2 y 3.

Objetivo General:

Construir y validar una escala del procedimiento de “resistencia a la tentación” en estudiantes universitarios.

Objetivos específicos:

- Identificar los factores que constituyen las conductas resistencia la tentación en hombres y mujeres estudiantes universitarios
- Construir una escala de autoreporte culturalmente relevante de “resistencia a la tentación”
- Obtener las propiedades psicométricas de la Escala de “resistencia a la tentación”.

Definición de la variable

Resistencia a la tentación: Se refiere a la restricción a la que se somete el sujeto, ante la libre disponibilidad del reforzador (E^R), para no recibir el reforzador hasta que se realice la respuesta prescrita (R) (Cole et al., 1982).

Paso 1. Construcción de la Escala culturalmente relevante de “resistencia a la tentación”

Participaron 46 estudiantes (23 hombres y 23 mujeres) universitarios que se encontraban cursando algún semestre de alguna licenciatura en alguna universidad pública (55%) o privada (45%). Se seleccionaron por medio de un muestreo no probabilístico por conveniencia.

Para elaborar la escala, se diseñó un cuestionario (ver Apéndice D) con siete preguntas abiertas relacionadas al procedimiento experimental de “resistencia a la tentación”, al inicio de éste se les presentaron las definiciones de “tentación y “resistencia a la tentación” y finalmente, las preguntas en las que los participantes describieron para ellos qué sería una tentación, así como situaciones cotidianas de cuando han resistido a una tentación y cuándo no pudieron resistirse a ésta.

La aplicación del cuestionario fue cara a cara, se realizó en lugares concurridos por los participantes (explanadas, salones, bibliotecas y espacios libres de las universidades). A los participantes se les proporcionó el cuestionario donde era necesario que colocaran sus datos generales (sexo, edad, licenciatura, semestre, universidad y tipo de escuela: pública o privada) cuidando su anonimato y confidencialidad, y su firma de consentimiento de participación. Enseguida se les pidió que leyeran las instrucciones las cuales eran: “El presente cuestionario es parte de una investigación llevada a cabo por la Facultad de Psicología, UNAM. Este cuestionario NO tiene la finalidad de evaluación, ni diagnóstico; sino simplemente conocer las

experiencias cotidianas de los estudiantes universitarios con respecto al control de sí mismos en distintas situaciones. A continuación, encontrarás una definición de dos conceptos llamados “tentación” y “resistencia a la tentación”, por favor lee éstas definiciones y cuando termines, notifícalo al aplicador de este cuestionario. Él te hará las preguntas que se encuentran más adelante, contéstalas con respecto a lo que tú pienses o hagas regularmente. Recuerda que No existen respuestas correctas NI incorrectas; son completamente anónimas y confidenciales”

En seguida de las instrucciones se le pidió que leyera las definiciones de *tentación* “Es un impulso de hacer o tomar algo atrayente o placentero que puede estar disponible, pero no debe ser tomada o realizarse”; así como la definición de “*resistencia a la tentación*”: Comportamiento de autocontrol que realiza un sujeto que se abstiene de consumir una recompensa o realizar una actividad placentera (tentación) hasta cumplir con un criterio (por ejemplo, cierto tiempo o hasta realizar otra actividad) preestablecido por el mismo sujeto, por la condición o por alguien más; comportamiento de autocontrol que consiste en que la persona se abstenga o posponga consumir o aceptar una recompensa altamente placentera antes de cumplir con un criterio establecido con anterioridad por el mismo sujeto o por una condición externa”

Las respuestas de los participantes se capturaron en el programa *ATLAS.ti* para su análisis cualitativo. Se realizó un análisis de contenido temático que consiste en determinar la frecuencia de los contenidos principales de cada respuesta para formar categorías que se sustenten en la revisión de las perspectivas teóricas las cuales deberán ser *pertinentes* (adecuadas al propósito de la investigación), *exhaustivas* (abarca todas las categorías posibles), *homogéneas* (estar compuestas por elementos de naturaleza igual o muy similar) y *mutuamente excluyentes* (impedir, la posibilidad de que una unidad de análisis pueda simultáneamente ser ubicada en más de una subcategoría) (Fernández, 2002). Con base en lo anterior, se extrajeron ocho categorías que

incluían los temas en esta fase que resultaron más relevantes por la frecuencia presentada tanto en hombres como en mujeres como se muestra en la tabla 4.

De acuerdo con los presentes resultados, para los estudiantes universitarios que participaron en este estudio, las principales tentaciones a las que están expuestos en su vida cotidiana, las cuales pueden resistir o bien, les es imposible resistirse son el *consumo de comida chatarra* (v.g. “comer dulces” “comer papas”, “tomar refresco”, “comer muchos chocolates”), *consumo de sustancias* (v.g. “tomar alcohol”, “fumar marihuana”, “combinar bebidas alcohólicas”, “me inviten a consumir drogas”), *evasión de obligaciones* (v.g. “dormir cuando tengo mucha tarea”, “faltar a clases”, “cambiar un compromiso por un descanso”), *compras innecesarias* (v.g. “tiendas de ropa”, “comprar bolsas”, “comprar artículos que ni siquiera necesito”), *uso excesivo de tecnología* (v.g. “ver programas de televisión”, “jugar videojuegos”, “mi celular”), *actividades recreativas con otros* (v.g. “ir a fiestas”, “jugar futbol”, “ir al cine con mis amigos”), *transgresión de reglas o normas* (v.g. “tomar dinero que no es mío”, “no llegar a mi casa”, “salirme sin permiso”), y *conductas de flirteo* (v.g. “aceptar una invitación de casa sola”, “salir con alguien más que no es mi pareja”, “tener relaciones sexuales con una persona con pareja”).

Para la Pregunta 1 de este estudio donde se les preguntó a los participantes qué cosas o eventos eran una tentación para ellos, los resultados se muestran en la tabla 5 donde se muestra que aparentemente existen diferentes tentaciones para los hombres con respecto a las mujeres. Para los hombres sus principales tentaciones son la evasión de obligaciones, el consumo de sustancias y la transgresión de reglas o normas. En contraste, para las mujeres sus principales tentaciones son el consumo de comida chatarra, transgresión de reglas o normas y compras innecesarias. Las principales tentaciones para ambos sexos de acuerdo con la frecuencia de

menciones en sus respuestas son comida chatarra, transgresión de normas o reglas y consumo de sustancias. Para la Pregunta 3 donde se les pidió que mencionaran cuándo les fue imposible resistirse a una tentación. Independientemente si caíste en ellas o no. Las respuestas se muestran en la tabla 6. Los resultados coinciden con la tabla 5, para las mujeres es difícil resistir a la tentación en el consumo de comida chatarra, en la transgresión de reglas o normas y en las compras innecesarias; mientras que, a los hombres, se les dificulta resistirse ante la evasión de obligaciones, la transgresión de reglas o normas, en el consumo de sustancias y en las conductas de flirteo. En cuanto a la pregunta 4 realizada a los participantes donde se les pidió que mencionaran algunos ejemplos de su vida cotidiana donde se les haya presentado una tentación, pero que sí pudieron resistirla. Las respuestas se muestran en la tabla 7.

De acuerdo con estos resultados, los hombres que participaron sí pueden resistir la tentación ante situaciones donde tienen la oportunidad de transgredir reglas o normas, a las conductas de flirteo, a la comida chatarra y al consumo de sustancias. Mientras que las mujeres sí pueden resistir a la tentación de la transgresión de reglas o normas, a las compras innecesarias y al consumo de sustancias.

Los resultados exploratorios obtenidos dan pauta para describir en qué ámbitos de su vida o en qué circunstancias está presente el procedimiento de “resistencia a la tentación” (RT) en la población estudiantil universitaria, lo que permite tener datos de cómo seguir estudiando este procedimiento experimental en esta población, las variables con las que pudiera estar relacionado o bien, las consecuencias de la impulsividad o autocontrol ante ciertas situaciones como el consumo de alcohol o drogas, las compras innecesarias, la evasión de obligaciones, el rompimiento de reglas, el consumo de comida chatarra o bien las conductas de flirteo.

Tabla 4

Descripción de las categorías propuestas que describen al procedimiento de “Resistencia a la tentación”

Categoría de tentaciones	Definición	Ejemplos de respuestas
<i>Comida chatarra</i>	Se refiere a Ingerir alimentos o bebidas ricas en carbohidratos y azúcares que resultan poco saludables; ya sea que se ingieran en exceso o bien, cuando no se deben consumir por alguna condición médica o cuando la misma persona se lo propone.	“comer dulces” “comer papas”, “tomar refresco”, “comer muchos chocolates”
<i>Consumo de sustancias</i>	Se refiere a ingerir sustancias psicotrópicas tanto legales como ilegales ya sea por ofrecimiento de terceras personas o por la disponibilidad de la sustancia.	“tomar alcohol”, “fumar marihuana”, “combinar bebidas alcohólicas”, “me inviten a consumir drogas”
<i>Evasión de obligaciones</i>	Se refiere a aquellas actividades de disfrute (como dormir, no entrar a clases, no hacer tarea) o lúdicas (ir de fiesta, salir con mis amigos, salir con mi novia) que se realizan con el objetivo de evadir, postergar, modificar o posponer otras actividades que son obligatorias.	“dormir cuando tengo mucha tarea”, “faltar a clases”, “cambiar un compromiso por un descanso” “ir a fiestas”, “jugar futbol”, “ir al cine con mis amigos”
<i>Compras innecesarias</i>	Se refiere a realizar compras que son difíciles de controlar, debido a que no se tenían planeadas, se encuentran atractivas y difíciles de resistir y que causan una sensación de malestar luego de realizar la compra.	“tiendas de ropa”, “comprar bolsas”, “comprar artículos que ni siquiera necesito”
<i>Uso excesivo de tecnología</i>	Incluye el uso de tecnología, de medios de comunicación masiva y redes sociales de forma recurrente y compulsiva, donde hay una hipervigilancia de notificaciones o interacción con el celular, computadoras, televisión, internet, plataformas digitales y redes sociales.	“ver programas de televisión”, “jugar videojuegos”, “mi celular”
<i>Transgresión de reglas o normas</i>	Se refiere a las conductas que emite una persona que van en contra de acuerdos establecidos en un grupo de referencia significativo como, familia o sociedad; se rompen reglas, criterios o normas impuestas por la misma persona, por alguien más.	“tomar dinero que no es mío”, “no llegar a mi casa”, “salirme sin permiso”
<i>Conductas de Flirteo</i>	Incluye todas aquellas conductas que tienen como fin la búsqueda de un coqueteo, relación sexual o sentimental con otra persona.	“aceptar una invitación de casa sola”, “salir con alguien más que no es mi pareja”, “tener relaciones sexuales con una persona con pareja”

Nota: Categorías resultantes del procedimiento de “resistencia a la tentación” de acuerdo con los resultados obtenidos en el análisis de contenido de las respuestas de los participantes.

Tabla 5

Cosas o eventos que son una tentación por sexo.

Categoría	Hombres	Mujeres	Total
Comida chatarra	10	17	27
Consumo de sustancias	13	9	22
Evasión de obligaciones	23	12	35
Compras innecesarias	8	10	18
Uso excesivo de la tecnología	5	5	10
Transgresión de reglas o normas	13	13	26
Conductas de flirteo	8	5	13

Nota: Principales tentaciones entre hombres y mujeres dadas por la frecuencia de las menciones en sus respuestas. En negritas se presentan las tentaciones más frecuentes en ambos sexos de acuerdo con las categorías encontradas y las más frecuentes en general.

Tabla 6

Situaciones donde fue imposible resistir a una tentación.

Categoría	Hombres	Mujeres	Total
Comida chatarra	3	11	14
Consumo de sustancias	5	6	11
Evasión de obligaciones	12	4	16
Compras innecesarias	1	8	9
Uso excesivo de la tecnología	1	1	2
Transgresión de reglas o normas	18	11	29
Conductas de flirteo	5	4	9

Nota: Principales tentaciones en las cuales les es difícil resistir la tentación de los participantes. En negritas se presentan las tentaciones más frecuentes en ambos sexos de acuerdo con las categorías encontradas y las más frecuentes en general.

Con base en los resultados del análisis de contenido y con base a las ocho categorías encontradas en esta fase, se procedió al diseño de los reactivos, los cuales se formularon con base a lo que propone Nunnally y Bernstein (1995) para definir un dominio de contenido apropiado o

un cuerpo material relevante que es esencial para la validación; y al mismo tiempo qué estos reactivos describan el procedimiento experimental de “resistencia a la tentación”. De acuerdo con Anastasi y Urbina (1998) al momento de redactar los reactivos se debe de cuidar 1) evitar frases que se refieran al pasado en vez del presente, 2) evitar frases que puedan ser interpretadas en más de un sentido, 3) evitar frases que no tengan relación con el concepto psicológico que se va a medir, 4) evitar frases en las que casi nadie o todos estén de acuerdo, 5) utilizar un lenguaje claro, simple y directo, 6) deben ser cortos, no más de 20 palabras, 7) cada reactivo debe contener sólo una idea, 8) evitar frases que contengan universalidad como todo/siempre, nunca/ninguno, 9) se deben evitar palabras como simplemente, 10) evitar el empleo de frases negativas complejas. Por lo que se tomaron en cuenta estas sugerencias para la construcción de los reactivos.

Tabla 7

Situaciones donde sí pudieron resistir a la tentación.

Categoría	Hombres	Mujeres	Total
Comida chatarra	6	4	10
Consumo de sustancias	4	5	9
Evasión de obligaciones	7	11	18
Compras innecesarias	3	10	13
Uso excesivo de la tecnología	0	1	1
Transgresión de reglas o normas	23	10	33
Conductas de flirteo	12	3	15

Nota: principales situaciones donde los universitarios participantes son capaces de abstenerse a situaciones específicas. En negritas se presentan las tentaciones más frecuentes en ambos sexos de acuerdo con las categorías encontradas y las más frecuentes en general.

Paso 2. Validez de Contenido de la Escala de “Resistencia a la Tentación”

a) *Jueceo de evaluación de los reactivos construidos:* Esta etapa se realizó para verificar el cumplimiento de los criterios de construcción por cada uno de los reactivos elaborados, con el

propósito de revisar, reelaborar, rephrasear o reformular aquellos reactivos que no obtengan el total de puntos y someterlos nuevamente a evaluación.

Participaron 8 expertos en la construcción de instrumentos psicométricos: 5 fueron estudiantes de Doctorado en Psicología Social y Psicología de la Salud de 2do, 4to y 6to semestre y 3 fueron Doctores en psicología social.

Se utilizó el formato propuesto por Calleja-Bello (2018) (ver Apéndice E) en el cual se evalúa si cada uno de los reactivos cubre los siguientes requisitos: lenguaje sencillo, frase corta, construcción gramatical sencilla, si contiene una sola idea, si contiene términos precisos y comunes, si hay ausencia de adverbios o adjetivos absolutos, ausencia de la palabra “no”, ausencia de dobles negativos, afirmaciones relativas a creencias u opiniones, si puede ser contestado de forma diferente por los participantes, fácil de responder o si no induce a respuestas o éstas están sesgadas por deseabilidad social. La calificación consistía en colocar 0 (no contiene el requisito) ó 1 (sí cuenta con el requisito) en cada rubro y por cada reactivo. Danto una calificación máxima de 13 puntos y una calificación mínima de 0 puntos. Así mismo, en la presentación se colocó la definición del constructo que se pretende medir con esos reactivos para que los jueces conocieran el objetivo de los reactivos construidos. En total los jueces evaluaron 58 reactivos, redactados en sentido positivo e inverso.

Se acudió a los salones de clases en un edificio de Posgrado donde se podía captar a posibles participantes, se les explicó el objetivo del estudio y se les presentó el instrumento, así como las instrucciones para calificar cada reactivo. Los participantes que aceptaron participar en esta fase se les proporcionó un instrumento impreso para que se lo llevaran y pudieran calificar cada uno de los reactivos, se les dio una fecha de entrega a la cual se comprometieron. Al cabo de ocho días se les buscó nuevamente para la entrega del instrumento con los reactivos calificados.

El análisis de esta etapa se realizó de forma cuantitativa y cualitativa. Cuantitativamente se sacaron las medias de las calificaciones de cada reactivo para eliminar los reactivos que tuvieran una media menor a 12.0 es decir, que no cumplieran con la mayoría de los rubros a considerar para que un reactivo construido tenga las propiedades necesarias para considerarlo “un buen reactivo”

Cualitativamente se consideraron las observaciones de los jueces para eliminar reactivos; aquellos que tenían una redacción inadecuada, no medían el constructo que se pretende o bien no cubrían la mayoría de los 13 indicadores calificados.

De acuerdo con las calificaciones de los jueces, 24 reactivos no alcanzaron el criterio de una media de 12 puntos o bien, no estaban midiendo el constructo de “resistencia a la tentación”, por lo que se eliminaron. Algunos reactivos por recomendación de los jueces se reelaboraron o se modificaron algunas palabras para que los reactivos cobraran sentido. Resultaron 34 reactivos en 7 dimensiones propuestas (consumo de comida chatarra, consumo de sustancias, evasión de obligaciones, compras innecesarias, uso excesivo de tecnología, transgresión de reglas o normas y conductas de flirteo) de 58 reactivos evaluados por los jueces que pasaron para la segunda etapa de la presente fase.

b) Validación de contenido: Consistió en solicitar a expertos en el tema (análisis experimental y en el procedimiento de “resistencia a la tentación”) que evaluaran la relevancia de los reactivos respecto de la definición teórica y las dimensiones propuestas, así como la cobertura de las dimensiones por los reactivos incluidos en cada una de ellas.

Participaron 5 expertos y especialistas en el procedimiento de “Resistencia a la tentación” y en el tema de autocontrol de la conducta (2 licenciados en psicología, 1 estudiante de doctorado

en psicología experimental y 2 estudiantes de licenciatura en psicología que pertenecen a un laboratorio de psicología experimental) para que fungieran como jueces para evaluar la relevancia de los reactivos formulados y de las dimensiones propuestas para abarcar la Escala de “resistencia a la tentación”. El muestreo fue propositivo y por conveniencia debido a que sólo se tomaron en cuenta a investigadores relacionados al tema de autocontrol.

Se trabajó con el formato de Jueceo para la validación de contenido propuesto por Calleja-Bello (2018) (Ver Apéndice F) donde se colocaron los 34 reactivos resultantes en la etapa anterior y en donde se le pide al experto evaluar la relevancia del reactivo (de 1=nada relevante a 5=totamente relevante), es decir, qué tan relevante es el reactivo para el constructo que se está evaluando, y el nivel de cobertura de la dimensión propuesta (1=nada cubierta a 5=totamente cubierta), es decir, qué tanto la dimensión propuesta está cubierta por los reactivos construidos y propuestos. Asimismo, contiene espacios para que los jueces pudieran colocar sus observaciones y/o sugerencias de cada reactivo y de cada dimensión.

El análisis de las calificaciones se realizó extrayendo el promedio de las puntuaciones de cada reactivo de acuerdo con la calificación que cada experto le haya asignado a cada reactivo. Todos aquellos reactivos que tuvieron una puntuación promedio igual o por encima de 4, se clasificaron como reactivos adecuados o “buenos reactivos” es decir, reactivos que, de acuerdo con los expertos, están midiendo el procedimiento de “resistencia a la tentación” y cubriendo las dimensiones propuestas. Los que no alcanzaron esta puntuación se eliminaron o bien, se modificaron con base en las observaciones realizadas por cada experto.

De acuerdo con las puntuaciones que los jueces expertos asignaron a cada reactivo, se obtuvieron los promedios de cada uno. Resultaron 14 reactivos adecuados que cubrieron los elementos del procedimiento de “Resistencia a la Tentación” ya que su promedio fue de $4 \geq$ como

se observa en la tabla 8. Es decir, los jueces evaluaron a estos reactivos como relevantes de este procedimiento experimental.

En cuanto al resto de reactivos, se analizaron cualitativamente los comentarios y observaciones de cada uno de los expertos, para poder rephrasear o modificar la estructura de los reactivos y que éstos, de acuerdo con los expertos, evaluaran y fueran relevantes para medir RT. Los reactivos con promedios muy bajos se eliminaron definitivamente y se descartaron para que formaran parte de la propuesta de Escala RT. Algunos reactivos señalados por los expertos se modificaron y/o rephrasearon ya que, de acuerdo con su expertiz, podrían incluirse en la Escala poniendo criterios básicos del procedimiento RT como: que la tentación esté disponible pero que se abstenga (en caso de ser positivo) o la tome/manipule (en caso de ser negativo) hasta que cubra o no el requisito de respuesta/tiempo. Con base en las modificaciones se repitió la presente fase quedando al final 42 reactivos que conformaron la propuesta final de la Escala de RT.

Paso 3. Obtener las propiedades psicométricas de la Escala de “Resistencia a la Tentación”

A partir de la revisión del concepto de “Resistencia a la tentación” y de las fases exploratorias descritas con anterioridad, se elaboraron 42 reactivos (en dirección positiva y negativa) para conformar la Escala de “Resistencia a la Tentación” (**ERT**) con siete dimensiones halladas en la primera fase exploratoria: *consumo de comida chatarra, consumo de sustancias, evasión de obligaciones, compras innecesarias, uso excesivo de tecnología, transgresión de normas o reglas y conductas de flirteo*. Las opciones de respuestas de la **ERT** fueron con base en el método de estimación de las magnitudes de la Psicofísica Social de Stevens (1975) (Ávila, 2010). Este formato consiste en colocar dos adjetivos extremos debajo de la afirmación, en el caso de la **ERT**, No se parece nada a mi—Es totalmente como yo, unidos por una línea punteada. Donde para responder a cada afirmación, se le pide al participante que trace una línea recta sólida

sobre la línea punteada de izquierda a derecha tan larga como considere que lo describa cada afirmación.

Participaron de forma voluntaria 437 estudiantes universitarios: 220 hombres (50.3%) y 217 mujeres (49.3%), de 24 carreras distintas, tanto de universidades públicas (65%) como universidades privadas (35%) de la Ciudad de México y del Estado de México; los rangos de edad oscilaron entre los 18 años y los 30 años ($M=20.95$, $DE=3.15$). Seleccionados por medio de un muestreo propositivo y por conveniencia. Los criterios de inclusión fueron que se encontraran estudiando algún semestre o cuatrimestre de licenciatura. Los participantes se encontraban estudiando desde el 1er hasta el 10mo semestre/cuatrimestre. Todos participaron de forma voluntaria y cuidando el anonimato y confidencialidad de cada participante.

En primera instancia, se procedió a solicitar a las autoridades de las universidades (coordinadores de carrera, profesores de grupos) públicas y privadas; posteriormente se acudió a los grupos de estudiantes y se solicitó su colaboración de forma voluntaria, anónima y confidencial como lo dicta el Código Ético del Psicólogo (Sociedad Mexicana de Psicología, 2007). Los estudiantes que accedieron a participar contestaron la Escala, tardaron alrededor de 15 minutos, al final se les agradeció su participación.

Los datos obtenidos fueron analizados en el programa SPSS versión 19. Se realizó un análisis factorial exploratorio con el método de mínimos cuadrados no ponderados y rotación Oblicua Promax. Los reactivos que cumplieron con dos o más criterios de eliminación no se les consideró para análisis subsecuentes: no discriminaran adecuadamente de acuerdo con la comunalidad obtenida en el análisis factorial y que el reactivo no cargara o apareciera más de un factor. En el análisis factorial exploratorio sólo se tomaron en cuenta los reactivos que tuvieron

un peso factorial $\geq .40$ en un solo factor para conformar el instrumento y se consideraron sólo los factores que incluyeron al menos tres reactivos.

Tabla 8.

Evaluación entre Jueces de los reactivos propuestos de la Escala de “Resistencia a la Tentación”.

Reactivo	Experto					Puntuación	
	1	2	3	4	5	Total	Promedio
1.	4	5	4	4	5	22	4.4
2.	3	1	1	2	2	9	1.8
3.	5	4	2	4	1	16	3.2
4.	4	1	3	4		12	2.4
5.	3	4	5	4	5	21	4.2
6.	5	5	4	3	5	22	4.4
7.	2	1	2	1	1	7	1.4
8.	3	5	5	4	4	21	4.2
9.	3	3	2	5	3	16	3.2
10.	4	4	2	4	1	15	3
11.	4	5	5	4	5	23	4.6
12.	4	4	5	3	5	21	4.2
13.	4	3	1	3	2	13	2.6
14.	4	4	2	3	1	14	2.8
15.	2	5	5	3	1	16	3.2
16.	4	5	3	4	5	21	4.2
17.	4	5	3	2	1	15	3
18.	4	4	5	3	3	19	3.8
19.	4	2	2	2	1	11	2.2
20.	4	4	3	3	5	19	3.8
21.	4	5	5	4	4	22	4.4
22.	1	3	5	2	1	12	2.4
23.	3	5	1	4	5	18	3.6
24.	3	2	1	1	1	8	1.6
25.	3	4	5	3	5	20	4
26.	3	5	5	3	5	21	4.2
27.	3	5	5	2	5	20	4
28.	3	4	5	3	5	20	4
29.	3	1	2	1	3	10	2
30.	4	4	5	4	3	20	4
31.	4	3	5	4	1	17	3.4
32.	5	4	5	4	5	23	4.6
33.	4	2	5	3	4	18	3.6
34.	4	2	5	3	1	15	3

Nota: Cada columna representa a un experto. En las filas aparece la calificación que cada experto le asignó a cada reactivo. El Promedio de cada reactivo propuesto aparece en la última columna, de acuerdo con la validez de contenido por jueces expertos en estudio de la conducta de autocontrol y del procedimiento de “Resistencia a la Tentación”.

Se obtuvieron los índices de Alfa de Cronbach de consistencia interna y de cada factor dentro de la escala. Se examinó el Alfa de Cronbach si se elimina elemento de la escala total y se tomó como criterio de eliminación de reactivos el hecho de que su descarte favorecía para incrementar el alfa de la escala total.

En el análisis factorial exploratorio mostró un valor de adecuación muestral KMO de .788 y el de Esfericidad de Bartlett resultó estadísticamente significativo ($\chi^2(171)=1960.503$, $p<.001$). Se obtuvo una varianza explicada total de 42.766%. Algunos de los factores obtenidos corresponden a las dimensiones propuestas, otros se reacomodaron, quedando así 6 dimensiones: *Control de compras innecesarias*, *control de conductas de flirteo*, *control de evasión de obligaciones*, *control de seguimiento de reglas*, *control de consumo de alcohol en situaciones sociales*, *control de consumo de alcohol para el cuidado de la salud*, como se muestra en la tabla 9 (Apéndice G).

Con base en los resultados de la tabla 9, las dimensiones extraídas por el análisis factorial exploratorio quedaron conformadas de la siguiente forma: *Control de compras innecesarias*: Se refiere al autocontrol que tiene la persona para realizar compras que son difíciles de controlar, que no se tenían planeadas, se encuentran atractivas o difíciles de resistir y que causan una sensación de malestar luego de realizar la compra. *Control de conductas de flirteo*: Se refiere al autocontrol para realizar conductas que tienen como fin la búsqueda de un coqueteo, relación sexual o sentimental con otra persona, aunque se tenga pareja en ese momento. *Control de evasión de obligaciones*: Se refiere al autocontrol para realizar actividades de disfrute (como dormir, no entrar a clases, no hacer tarea) o lúdicas (ir de fiesta, salir con mis amigos, salir con mi novia) que se realizan con el objetivo de evadir, postergar, modificar o posponer otras actividades que son obligatorias. *Control de seguimiento de reglas*: Se refiere al autocontrol de conductas

que van en contra de acuerdos establecidos en un grupo de referencia significativo como, familia o sociedad; se evita romper reglas, criterios o normas impuestas por la misma persona o por alguien más. *Control de consumo de alcohol en situaciones sociales*: Se refiere al autocontrol para ingerir alcohol ya sea por ofrecimiento de terceras personas o por la disponibilidad de la sustancia. *Control de consumo de alcohol para el cuidado de la salud*: Se refiere a conductas de autocuidado para reducir el daño del consumo de alcohol en la salud de la persona.

Una vez que se obtuvo una escala con las propiedades necesarias para medir el procedimiento de “resistencia a la tentación” surge la interrogante: existe una relación entre este procedimiento de autocontrol y el riesgo de consumo en estudiantes universitarios, por lo que se comprobará en el siguiente estudio esta hipótesis.

Estudio 2. Relación entre “Resistencia a la tentación” y Riesgo de consumo de alcohol en estudiantes universitarios

Dentro de la literatura se ha establecido una relación entre las variables autocontrol y consumo de sustancias, entre ellas, el consumo de alcohol. Para comprobar esta afirmación se pretendió conocer la relación entre estas dos variables, medido el autocontrol desde la perspectiva del constructo de Resistencia la Tentación propuesto por Cole et al. (1982), ya que la mayoría de la evidencia encontrada en la literatura se mide la variable autocontrol desde otros procedimientos: demora de la gratificación, elección, impulsividad o incluso, como un rasgo de personalidad. Para ello se retomó el instrumento construido y validado en el estudio anterior.

Objetivo General: Conocer la relación entre el autocontrol, medido por el procedimiento de “resistencia a la tentación” y el riesgo de consumo de alcohol en estudiantes universitarios.

Objetivos específicos:

- Identificar las drogas que suelen consumir los universitarios.
- Identificar la frecuencia, cantidad y consecuencias de consumo de alcohol que presentan los universitarios de acuerdo con las preguntas del AUDIT.
- Identificar el riesgo de consumo nocivo que presentan los estudiantes universitarios de acuerdo con el puntaje total del AUDIT.

Definición de las variables.

Resistencia a la tentación: Se refiere a la restricción a la que se somete el sujeto, ante la libre disponibilidad del reforzador (E^R) para no recibir el reforzador hasta que se realice la respuesta prescrita (R) (Cole et al., 1982). ***Nivel de riesgo de consumo de alcohol:*** Se refiere a la identificación del consumo peligroso de alcohol: de riesgo, nocivo o perjudicial, así como una posible dependencia (OMS, 2001).

Tipo de estudio: Correlacional y de campo (Dorantes, 2010; Kerlinger & Lee, 2002) debido a que se realizaron análisis estadísticos descriptivos y correlacionales; además de que se llevó a cabo en un medio natural (salones de clase, explanadas y bibliotecas) en el que suelen encontrarse a los estudiantes universitarios.

Diseño: No experimental, de tipo transversal (Kerlinger & Lee, 2002) porque no se realizó un control directo de las de variables ya que sus manifestaciones ya han ocurrido, y porque se llevó a cabo sólo una medición y en un solo momento.

Participantes: 451 estudiantes universitarios (234 hombres y 217 mujeres) cuyas edades oscilaron entre los 18 y los 28 años, que se encontraban estudiando algún semestre de alguna licenciatura tanto en universidades públicas (63%) como privadas (37%).

Muestreo: No probabilístico, por conveniencia y propositivo (Kerlinger & Lee, 2002), debido a que quienes participaron en el estudio, lo hicieron de forma voluntaria y se seleccionaron sólo a estudiantes universitarios tanto de universidades públicas y privadas que se encontraban cursando algún semestre de alguna licenciatura.

Instrumentos: *Hoja de datos generales:* Consta de una pequeña presentación acerca del estudio, un pequeño consentimiento de participación voluntaria, anónima y confidencial y datos sociodemográficos del participante (ver apéndice I). *Escala de “Resistencia a la Tentación” (ERT)* desarrollada en el estudio 1 (apéndice J): Es una escala que consta de 19 reactivos con redacción en positivo y en negativo; las opciones de respuesta son de tipo estimación de las magnitudes con líneas, basada en psicofísica social (Ávila, 2010). Debajo de cada afirmación hay dos adjetivos extremos (No se parece nada a mi/Es totalmente como yo) unidos por una línea punteada de 20.2 cm de longitud. El participante debe trazar una línea sólida sobre la línea puntuada tan larga como crea que la afirmación lo describe. La escala está conformada por seis factores: *control de compras innecesarias, control de conductas de flirteo, control de evasión de obligaciones, control de seguimiento de reglas, control de consumo de alcohol en situaciones sociales y control de consumo de alcohol para el cuidado de la salud.* En el estudio previo, esta escala obtuvo un índice de Alfa de Cronbach total de .763, lo que la califica como una escala confiable para la medición del autocontrol por medio del procedimiento de “resistencia a la tentación” de acuerdo con la conceptualización de Cole et al. (1982). *Cuestionario AUDIT (Alcohol Use Disorders Identifications Test)* en su versión para población mexicana (Díaz et al., 2008) (ver apéndice K). Es un cuestionario de tamizaje que consta de 10 reactivos para la identificación del nivel de riesgo de trastornos por consumo de alcohol. En sus primeras tres preguntas se refiere a la frecuencia del consumo de alcohol y el resto de las preguntas, se refiere a

las consecuencias causadas por el consumo de alcohol. Al identificar el nivel de riesgo de consumo de alcohol sugiere un tipo de tratamiento que va desde la educación sobre el alcohol y su consumo hasta la ayuda especializada. Los puntos de corte del AUDIT para población mexicana son los siguientes: de 1 a 6 puntos (promoción de la salud), de 7 a 15 puntos (psicoeducación), de 16 a 19 (puntos intervención breve), 20 o más puntos (ayuda especializada). El cuestionario ha reportado en población mexicana una confiabilidad con diversos grupos de edad (Alonso et al., 2009; Cremonte et al., 2010; Facundo et al., 2007; Gómez-Maqueo et al., 2009; López et al., 2013; Medina-Mora et al., 1998; Morales et al., 2002; Piug et al., 2011; Pérez & Lucio-Gómez, 2010; Sánchez et al., 2008; Saunders et al., 1993; Tamez et al., 2013) que varía desde .79 hasta .90. Para el presente estudio obtuvo un alfa de Cronbach de .86 lo cual resulta confiable para realizar los análisis estadísticos.

Procedimiento: Se acudió a universidades públicas y privadas para solicitar permisos para la aplicación de los cuestionarios explicando el propósito del estudio a realizar, una vez que se consiguió el permiso se acudió a los salones de clase para solicitar la cooperación de maestros y de los alumnos para contestar los cuestionarios. También se acudió a las explanadas de las escuelas universitarias y a las bibliotecas para acercarse a los estudiantes y solicitar su participación, además de explicar el motivo del estudio. Su colaboración fue de forma voluntaria, anónima y confidencial como lo dicta el Código Ético del Psicólogo (Sociedad Mexicana de Psicología, 2007).

Análisis de datos: Los datos obtenidos se capturaron y analizaron en el programa SPSS versión 19, se realizó un análisis de frecuencias para la descripción de la muestra e identificar el nivel de consumo de alcohol en los estudiantes; así como un análisis de correlación de Pearson para

conocer la relación entre la variable “resistencia a la tentación” y el nivel de riesgo de consumo de alcohol en los estudiantes universitarios.

Resultados: Los resultados que se presentan en esta sección se dividen en dos secciones. En la primera, se presentan análisis descriptivo de la muestra y de la variable nivel de riesgo de consumo de alcohol, además de las respuestas a la pregunta que se les realizó acerca de qué drogas suelen consumir. En la segunda parte, se presentan los análisis de correlación de Pearson entre la variable “resistencia a la tentación” y nivel de riesgo de consumo de alcohol.

Análisis descriptivo de la muestra:

Las licenciaturas que los participantes se encontraban cursando fueron variadas. En la siguiente tabla 10 (ver apéndice L) se ilustra esto. Los participantes cursaban desde el primer semestre/cuatrimestre, hasta el 10mo. 43 (9.5%) estudiantes cursaban el primero, 20 (4.4%) el segundo, 92 (20.4%) el tercero, 20 (4.4%) el cuarto, 50 (11.1%) el quinto, 96 (21.3%) el sexto, 17 (3.8%) el séptimo, 24 (5.3%) el octavo, 84 (18.6%) el noveno y 5 (1.1%) del décimo semestre.

Tabla 11

Sustancias que suelen consumir los universitarios participantes

Sustancia	Sí la consumen		No la consumen	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Alcohol	401	88.9%	50	11.1%
Tabaco	173	38.4%	278	61.6%
Mariguana	54	12%	397	88%
Cocaína	12	2.7%	439	97.3%
Solventes	2	0.4%	449	99.6%
Anfetaminas	6	1.3%	445	98.7%
Metanfetaminas	2	0.4%	449	99.6%
Barbitúricos	1	0.2%	450	99.8%
Benzodiazepinas	6	1.3%	445	98.7%
LSD	14	3.1%	437	96.9%
Otra	5	1.1%	446	98.9%

Nota: la N total fue de 451 estudiantes, 26 reportaron no consumir ninguna droga.

También se les realizó una pregunta respecto a qué sustancias o drogas suelen consumir, con base en sus respuestas se encontró lo ilustrado en la tabla 11. Cabe rescatar que 26 estudiantes (5.8%) reportaron no consumir ninguna sustancia o droga actualmente.

Análisis descriptivo de la variable nivel de riesgo de consumo de alcohol.

Para el nivel de riesgo de consumo de alcohol se utilizó el cuestionario AUDIT, el cual en este estudio obtuvo un Alfa de Cronbach de .85, lo cual resulta confiable para el análisis de datos que se presenta a continuación.

El cuestionario consta de 10 preguntas que ayudan a identificar el nivel de riesgo de consumo de alcohol, es decir, a personas que se encuentran en etapas tempranas que están bebiendo en exceso. Las preguntas 1, 2 y 3 evalúan el consumo de riesgo (frecuencia de consumo, cantidad de consumo y frecuencia de consumo elevado); las preguntas 4, 5 y 6 evalúan síntomas de dependencia (pérdida de control, importancia del consumo, consumo matutino); y las preguntas 7, 8, 9 y 10 evalúan el consumo perjudicial (culpa, lagunas mentales, accidentes, y preocupación de otros). Los resultados de cada pregunta se muestran a continuación en las figuras 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13 (ver apéndice M).

Tabla 12.

Nivel de riesgo de consumo de alcohol de estudiantes universitarios.

Nivel de riesgo de consumo de alcohol	Frecuencia	Porcentaje
No consume	46	10.2%
Consumo de bajo riesgo	261	57.9%
Consumo de riesgo alto	121	26.8%
Consumo nocivo	9	2.0%
Dependencia	14	3.1%

Nota: N=451 estudiantes universitarios.

Análisis Correlacional entre la variable “Resistencia a la Tentación” y Nivel de riesgo de consumo de alcohol.

Con el propósito de conocer si el autocontrol, a través del procedimiento de “resistencia a la tentación” y medido por la ERT está relacionado con el nivel de riesgo de consumo de alcohol en universitarios, se realizó un análisis de correlación de Pearson, los resultados de este análisis se presentan en las siguientes tablas 13, 14 y 15.

En la tabla 13 se ilustra el resultado de análisis de correlación entre el consumo de alcohol y “resistencia la tentación” en estudiantes universitarios, la cual resulta negativa y estadísticamente significativa, es decir, que a mayor consumo de alcohol que presentan los estudiantes universitarios, es menor su autocontrol/”resistencia a la tentación”.

Por otro lado, en la tabla 14 se ilustra el análisis de correlación entre los factores de la ERT, en donde se muestra una correlación negativa entre el consumo de alcohol y todos los factores, todas las correlaciones son estadísticamente significativas excepto con el factor 3 control de evasión de obligaciones. Finalmente, en la tabla 15 aparecen las correlaciones entre el nivel de riesgo de consumo de alcohol que presentan los universitarios y los factores de “resistencia a la tentación”

Tabla 13

Relación entre el consumo de alcohol en estudiantes universitarios y Autocontrol (ERT)

		Total de la puntuación de ERT
Total de la Puntuación del cuestionario	Correlación de Pearson	-.423
AUDIT	Sig. Bilateral	.000
	N	451

Nota: El total del puntaje del AUDIT refleja el nivel de riesgo de consumo de alcohol en los universitarios y el puntaje de la ERT refleja el nivel de autocontrol/ “resistencia a la tentación” que tienen los estudiantes universitarios.

Una vez probada la relación entre la “resistencia a la tentación” y el riesgo de consumo de alcohol en estudiantes universitarios surge otra pregunta, si los tres procedimientos de autocontrol (elección, demora de la gratificación y “resistencia a la tentación”) y la impulsividad se relacionan de forma proporcional al riesgo de consumo de alcohol en los estudiantes universitarios. Para probar lo anterior, se llevó a cabo el siguiente estudio 3.

Tabla 14

Relación entre el consumo de alcohol en estudiantes universitarios y los factores de las Escala de Resistencia a la Tentación

		Factor					
		1	2	3	4	5	6
Puntuación total del cuestionario AUDIT	Correlación de Pearson	-.168**	-.258**	-.091	-.275**	-.558**	-.201**
	Sig (bilateral)	.000	.000	.052	.000	.000	.000
	N	451	451	451	451	451	451

Nota: Factor 1= Control de compras innecesarias, Factor 2= control de conductas de flirteo, Factor 3= Control de evasión de obligaciones, Factor 4= Control de seguimiento de reglas, factor 5= Control de consumo de alcohol en situaciones sociales y factor 6= control de consumo de alcohol para el cuidado de la salud.

Tabla 15.

Análisis de correlación de la variable “resistencia a la tentación” con el nivel de riesgo de consumo de alcohol.

Nivel de riesgo de consumo AUDIT		Factor 1: Control de compras innecesarias	Factor 2: Control de conductas de flirteo	Factor 3: Control de evasión de obligaciones	Factor4: Control de seguimiento de reglas	Factor 5: Control de consumo de alcohol en situaciones sociales	Factor6: Control de consumo de alcohol para el cuidado de la salud
No consumo	Correlación de Pearson	. ^b	. ^b	. ^b	. ^b	. ^b	. ^b
	Sig. (bilateral)						
	N	46	46	46	46	46	46
Consumo de bajo riesgo	Correlación de Pearson	-.124*	-.186**	-.076	-.052	-.364**	-.054
	Sig. (bilateral)	.045	.003	.221	.405	.000	.387
	N	261	261	261	261	261	261
Consumo de alto riesgo	Correlación de Pearson	-.028	-.209*	-.025	-.058	-.282**	-.256**
	Sig. (bilateral)	.762	.021	.784	.528	.002	.005
	N	121	121	121	121	121	121
Consumo nocivo	Correlación de Pearson	.126	-.342	-.119	-.786*	.173	-.555
	Sig. (bilateral)	.746	.367	.761	.012	.656	.121
	N	9	9	9	9	9	9
Dependencia	Correlación de Pearson	.100	-.127	.236	-.114	-.475	.104
	Sig. (bilateral)	.734	.664	.417	.698	.086	.723
	N	14	14	14	14	14	14

Nota: *. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral). **. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral). B. No se puede calcular porque al menos una variable es constante. Las correlaciones significativas aparecen en negritas. Los grupos de *consumo nocivo* y *dependencia* a alcohol no tienen una *n* suficiente para poderse analizar con una correlación de Pearson. En el grupo de estudiantes que presentan consumo nocivo de alcohol resultó con una correlación estadísticamente significativa con el factor control de seguimiento de reglas, a pesar de que esta correlación es alta y estadísticamente significativa debe tomarse con reserva la interpretación de este resultado, ya que la *n* es muy pequeña, aunque resulta coherente, ya que a mayor consumo hay una relación con el rompimiento de reglas

Estudio 3. Relación entre el Riesgo de Consumo de Alcohol, Impulsividad y tres procedimientos de Autocontrol.

Parece consistente la relación entre el autocontrol y la impulsividad con el consumo de sustancias, entre ellas el consumo de alcohol, sin embargo, no se deja del todo claro desde qué postura se retoma el autocontrol o impulsividad, por ello se sometió a prueba la relación del autocontrol desde diferentes procedimientos experimentales: elección, demora de la gratificación y “resistencia a la tentación” medido a través de cuestionarios de autoinforme, así como la impulsividad desde la postura de la escala más utilizada en la investigación: el Barrat (BIS-11). De esta forma se pretende tener más claridad acerca de la relación autocontrol/impulsividad y el consumo de alcohol en sus diferentes niveles de consumo.

Objetivo General:

Conocer la relación entre el nivel de riesgo de consumo de alcohol y la variable autocontrol por medio de tres escalas: *Cuestionario de Autocontrol-Elección (CA-E)*, *Cuestionario de Autocontrol-Abstención/Demora de la Gratificación (CAA/DG)*, *Escala de “Resistencia a la Tentación” (ERT)*

Objetivos específicos:

- Identificar el riesgo de consumo nocivo que presentan los estudiantes universitarios de acuerdo con el puntaje total del AUDIT.
- Conocer la relación entre el riesgo de consumo de alcohol y los procedimientos de “resistencia a la tentación”, demora de la gratificación y elección en estudiantes universitarios.

- Conocer la relación entre el riesgo de consumo de alcohol y la variable impulsividad por medio de la *Escala de Impulsividad de Barrat (BIS-11)*

Definición de las variables:

Nivel de riesgo de consumo de alcohol: Se refiere a la identificación del consumo peligroso de alcohol: de riesgo, nocivo o perjudicial, así como una posible dependencia (OMS, 2001).

Demora de la gratificación: Consiste en exponer a un sujeto a elegir entre dos recompensas de diferente magnitud o calidad y demora de entrega. Si el sujeto elige la recompensa grande demorada, la recompensa más pequeña e inmediata permanece disponible durante el periodo de demora. El sujeto puede tomarla y de ser así, termina el periodo de demora sin la entrega de la recompensa grande. A este cambio se le conoce como reversión de preferencias. Conforme a este procedimiento, se dice que un organismo se comporta autocontrolado conforme más tiempo mantenga su elección por la recompensa grande demorada, es decir, sin emitir una reversión de preferencia (Mischel & Ebbesen, 1970 como se citó en Ávila et al., 2018).

Elección: Consiste en exponer a un sujeto a un programa de reforzamiento concurrente con dos opciones de respuesta; una que resulta en una recompensa pequeña y de entrega inmediata y la otra opción, en una recompensa grande y demorada. La elección consecutiva de la recompensa grande demorada se interpreta como un ejemplo de conducta autocontrolada (Ainslie, 1974; Rachlin & Green, 1972).

Resistencia a la tentación: Se refiere a la restricción a la que se somete el sujeto, ante la libre disponibilidad del reforzador (ER), para no recibir el reforzador hasta que se realice la respuesta prescrita (R) (Cole et al., 1982).

Impulsividad: Se refiere a la característica de personalidad de predisposición a actuar rápido ante estímulos tanto internos como externos, sin pensar en las consecuencias (Stanford et al., 2009 como se citó en Loyola, 2011).

Participantes: 250 estudiantes universitarios que se encontraban estudiando algún semestre de alguna licenciatura tanto en universidades públicas como privadas. De éstos, con base en el riesgo de consumo de alcohol (criterio de inclusión) dado por el AUDIT, se seleccionaron al azar a sólo 120 estudiantes que cumplieran con el nivel de riesgo de consumo de alcohol: 40 no consumo, 40 con consumo de bajo riesgo y 40 con riesgo alto de consumo. Fueron 71 (59.2%) mujeres y 41 (40.8%) hombres, sus edades oscilaron entre los 18 años y los 29 años; 76 (63.3%) de universidades públicas y 44 (36.7%) de universidades privadas; que cursaban el 1ero, 3ero, 5 y 9no semestre.

Muestreo: No probabilístico, por conveniencia y propositivo (Kerlinger & Lee, 2002), debido a que, de aquellos quienes decidieron participar de forma voluntaria en el estudio, se seleccionaron sólo a estudiantes universitarios tanto de universidades públicas y privadas que se encontraban cursando algún semestre de alguna licenciatura y que, de acuerdo con sus respuestas en el AUDIT, no consumían alcohol, presentaban bajo riesgo y riesgo alto de consumo de alcohol.

Instrumentos:

Hoja de datos generales: Consta de una pequeña presentación acerca del estudio, un pequeño consentimiento de participación voluntaria, anónima y confidencial y datos sociodemográficos del participante.

Cuestionario AUDIT (Alcohol Use Disorders Identifications Test) en su versión para población mexicana (Díaz et al., 2008): es un cuestionario de tamizaje que consta de 10 reactivos para la identificación del nivel de riesgo de trastornos por consumo de alcohol. En sus primeras tres preguntas se refiere a la frecuencia del consumo de alcohol y el resto de las preguntas, se refiere a las consecuencias causadas por el consumo de alcohol. Al identificar el nivel de riesgo de consumo de alcohol sugiere un tipo de tratamiento que va desde la educación sobre el alcohol y su consumo hasta la ayuda especializada. Los puntos de corte del AUDIT para población mexicana son los siguientes: de 1 a 6 puntos (promoción de la salud), de 7 a 15 puntos (psicoeducación), de 16 a 19 (puntos intervención breve), 20 o más puntos (ayuda especializada). Se añadió una pregunta donde se les solicitaba a los participantes que colocaran el número de copas estándar exactas que suelen consumir por ocasión.

Cuestionario de Autocontrol-Elección (CA-E) (Ver Apéndice N): Es una prueba de autoreporte que se basa en el procedimiento de elección. Se conforma de 20 afirmaciones, cuatro escritas de manera positiva y 16 con tendencia negativa, con un formato de respuesta tipo estimación de las magnitudes con líneas, con base en la psicofísica social. Debajo de cada afirmación hay dos adjetivos extremos (*nunca/siempre*), unidos por una línea horizontal punteada de 20.2cm de longitud. El participante debe trazar una línea sólida sobre la línea punteada tan larga como crea que la afirmación lo describe. Está conformado por cinco factores: *dedicación, falta de previsión, impetuoso, falta de premeditación y actuación espontánea*. Su Alfa de Cronbach reportada es de .80 (Campos 2016).

Cuestionario de Autocontrol-Abstención/Demora de la Gratificación (CAA/DG) (ver apéndice Ñ.). Consta de 15 afirmaciones, 9 con tendencia positiva y 6 de forma negativa. Con un formato de respuesta tipo estimación de las magnitudes con líneas, con base en la psicofísica social.

Debajo de cada afirmación hay dos adjetivos extremos (*nunca/siempre*), unidos por una línea horizontal punteada de 20.2cm de longitud. El participante debe trazar una línea sólida sobre la línea punteada tan larga como crea que la afirmación lo describe. La estructura de este cuestionario consta de tres factores: *conclusión de actividades de responsabilidad, conclusión de periodos de espera y conclusión de actividades aversivas*. Este cuestionario reportó un Alfa de Cronbach de .66 (Ortega, 2016).

Escala de “Resistencia a la Tentación” (ERT): Este cuestionario fue validado en el Estudio 1 del presente manuscrito. Es una escala que conta de 19 reactivos con redacción en positivo y en negativo; las opciones de respuesta son de tipo estimación de las magnitudes con líneas, basada en psicofísica social (Ávila, 2010). Debajo de cada afirmación hay dos adjetivos extremos (No se parece nada a mi/Es totalmente como yo) unidos por una línea punteada de 20.2 cm de longitud. El participante debe trazar una línea sólida sobre la línea puntuada tan larga como crea que la afirmación lo describe. La escala está conformada por seis factores: *control de compras innecesarias, control de conductas de flirteo, control de evasión de obligaciones, control de seguimiento de reglas, control de consumo de alcohol en situaciones sociales y control de consumo de alcohol para el cuidado de la salud*. En el estudio previo esta escala obtuvo un índice de alfa de Cronbach total de .763. *Escala de Impulsividad de Barrat (BIS-11)* (Ver Apéndice O). Evalúa el comportamiento impulsivo con base en la teoría de personalidad de Standford et al. (2009; como se citó en Ortega, 2016) y retoma la definición de impulsividad con base en ésta. Está compuesta por 30 afirmaciones con un formato de respuesta tipo Likert donde 1= nunca o raramente, 2= ocasionalmente, 3= frecuentemente y 4= casi siempre o siempre, redactados de forma positiva y de forma inversa. Respecto a sus propiedades psicométricas, cuenta con un Alfa de Cronbach de que varía de .79 a .82. Su estructura está conformada por tres

factores: impulsividad atencional/cognitiva, impulsividad motora e impulsividad no planeada (Patton et al., 1995).

Procedimiento: Se acudió a universidades públicas y privadas para solicitar permisos para la aplicación de los cuestionarios explicando el propósito del estudio, una vez que se consiguió el permiso se acudió a los salones de clase para solicitar la cooperación de maestros y de los alumnos para contestar los cuestionarios. También se acudió a las explanadas y a las bibliotecas de las universidades o facultades para acercarse a los estudiantes y solicitar su participación, además de explicar el motivo del estudio. Su colaboración fue de forma voluntaria, anónima y confidencial como lo dicta el Código Ético del Psicólogo (Sociedad Mexicana de Psicología, 2007). Los estudiantes que accedieron a participar contestaron los cuestionarios y tardaron alrededor de 15 a 20 minutos, al final se les agradeció su participación.

Una vez que se recolectaron 250 participantes, se procedió a calificar las puntuaciones de AUDIT para identificar el nivel de riesgo de consumo de alcohol que los participantes presentan. Así se obtuvo la muestra final de 120 estudiantes: 40 que reportaron no consumir alcohol, 40 que reportaron un consumo de bajo riesgo (se seleccionaron al azar) y 40 que reportaron riesgo alto de consumo de alcohol.

Análisis de datos: Los cuestionarios de los tres procedimientos de autocontrol: CA-E, CAA/DG, ERT se calificaron midiendo con una regla la longitud (cm) de cada una de las líneas sólidas trazadas por los participantes de cada reactivo. Mientras que para la calificación de la Escala de impulsividad de Barrat (BIS-11) se calificaron de forma positiva aquellos reactivos que miden impulsividad; mientras que para los reactivos que evalúan autocontrol se invirtieron las calificaciones en los reactivos. Los datos obtenidos se capturaron y analizaron en el programa SPSS versión 19, se realizó un análisis de frecuencias para la descripción de la muestra e

identificar el nivel de consumo de alcohol en los estudiantes; así como un análisis de correlación producto momento de Pearson para conocer la relación entre el nivel de consumo de alcohol y el autocontrol (medido a través de tres escalas) y la variable impulsividad en estudiantes universitarios.

Finalmente, se consideró el puntaje obtenido en cada cuestionario por cada grupo de estudiantes, transformado en porcentajes. En particular, para este análisis los reactivos de la Escala de Impulsividad de Barrat se calificaron de forma positiva aquellos que miden autocontrol; mientras que para los reactivos que evalúan impulsividad se invirtieron las calificaciones en los reactivos, para que calificara el nivel de autocontrol. Se realizó una gráfica de barras para ilustrar el porcentaje de autocontrol de cada escala: Escala de Impulsividad de Barrat (BIS-11), Cuestionario de Autocontrol-Elección (CA-E), Cuestionario de Autocontrol-Abstención/Demora de la Gratificación (CA-A/DG) y Escala de “Resistencia a la Tentación” (ERT).

Resultados: Los resultados que se presentan en esta sección se dividen en dos. En la primera parte, se presentan análisis descriptivo de la muestra que participó en este estudio y de la variable nivel de riesgo de consumo de alcohol. En la segunda parte, se presentan los análisis de correlación de las variables nivel de riesgo de consumo de alcohol y autocontrol en sus tres diferentes mediciones: “resistencia a la tentación”, demora de la gratificación y elección.

Las carreras que se encontraban estudiando los participantes se observan en la siguiente tabla 16.

Para el análisis de datos del presente estudio se realizó un análisis de fiabilidad tanto del AUDIT como de las tres escalas de autocontrol y la de impulsividad. Se calculó el Alfa de

Cronbach de los instrumentos utilizados y los resultados se muestran a continuación en la tabla 17.

Tabla 16

Carreras que cursan los participantes

	Frecuencia	Porcentaje
Ciencias Políticas	16	13.3%
Nutrición y Salud	8	6.7%
Ingeniería industrial	1	0.8%
Pedagogía	15	12.5%
Mercadotecnia	6	5.0%
Comercio exterior y aduanas	10	8.3%
Psicología	52	43.3%
Criminología	9	7.5%
Contabilidad y Finanzas	2	1.7%
Matemáticas	1	0.8%

Nota: N=120 estudiantes universitarios.

Tabla 17

Análisis de confiabilidad de los instrumentos utilizados

Escala	Alfa de Cronbach
Cuestionario AUDIT (<i>Alcohol Use Disorders Identifications Test</i>)	.797
Escala de Impulsividad de Barrat (BIS-11)	.696
Cuestionario de Autocontrol-Elección (CA-E)	.773
Cuestionario de Autocontrol-Abstención/Demora de la Gratificación (CA-A/DG)	.727
Escala de “Resistencia a la Tentación” (ERT)	.733

Nota: N=120 estudiantes universitarios.

Debido a que las escalas resultaron confiables, se procedió, en primer lugar, a realizar el análisis descriptivo del AUDIT para separar los grupos con base en las puntuaciones de este cuestionario y en sus puntos de corte para población mexicana: No consumidores de alcohol (0

puntos), Consumidores de alcohol de bajo riesgo (1 a 7 puntos) y consumidores de alcohol de riesgo alto (8 a 15 puntos). En la siguiente tabla 18 se describen los grupos:

Tabla 18

Grupos conformados de acuerdo con el nivel de Riesgo de consumo de alcohol por el AUDIT

Grupo	Hombres	Mujeres	Total
No consumidores	14	26	40
Consumidores de bajo riesgo	20	20	40
Consumidores de riesgo alto	15	25	40

Nota: N=120 estudiantes universitarios.

Se realizó un análisis descriptivo de las 10 preguntas que conforman el cuestionario AUDIT de acuerdo con las respuestas brindadas por los participantes y de acuerdo con el grupo que puntuaron. Estas respuestas se presentan en las figuras 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 y 23 (ver apéndice P).

Adicionalmente a las preguntas del AUDIT, se agregó una pregunta en la cual se les solicitó a los participantes que colocaran el número de copas exactas que consumen por ocasión. Las respuestas se pueden observar en la siguiente tabla 19.

En cuanto al objetivo general del presente estudio y los demás objetivos específicos, se realizó un análisis de correlación entre el riesgo de consumo de alcohol y el autocontrol medido a través de tres escalas de los procedimientos demora de la gratificación, elección y “resistencia a la tentación”, así como entre la variable impulsividad. Los resultados de la correlación de Pearson se ilustran en las siguientes tablas 20, 21, 22, 23 y 24. Finalmente se obtuvieron las puntuaciones totales de los tres cuestionarios de autocontrol y la escala de impulsividad por cada grupo de estudiantes. Cabe destacar que, para realizar el contraste de las puntuaciones, los puntajes de la escala de impulsividad se invirtieron con el propósito de que éstas brindaran el nivel de autocontrol de los participantes. Los resultados se pueden observar en la siguiente figura 24.

Tabla 19

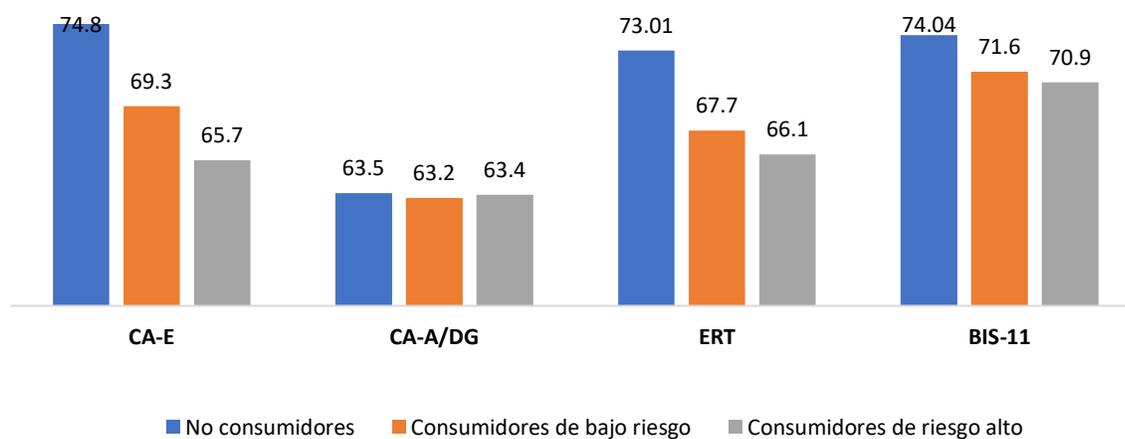
Cantidad de copas estándar que suelen consumir los estudiantes en cada ocasión

Número de copas estándar	Frecuencia	Porcentaje
0	40	33.3%
1	1	0.8%
2	10	8.3%
3	3	2.5%
4	20	16.7%
5	5	4.2%
6	22	18.3%
7	3	2.5%
8	3	2.5%
9	3	2.5%
10	7	5.8%
11	1	0.8%
13	1	0.8%
15	1	0.8%

Nota: N=120; \bar{X} =3.73; mediana=4.0; moda=0. Desviación Estándar=3.46 y Varianza=12.02.

Figura 24.

Comparativo de puntuaciones de las escalas de autocontrol de acuerdo con los tres grupos de participantes universitarios



Nota. Escala de Impulsividad de Barrat (BIS-11), Cuestionario de Autocontrol-Elección (CA-E), Cuestionario de Autocontrol-Abstención/Demora de la Gratificación (CA-A/DG) y Escala de “Resistencia a la Tentación” (ERT).

Tabla 20

Relación entre el riesgo de consumo de alcohol en estudiantes universitarios y Autocontrol/Impulsividad

Nivel de Riesgo de Consumo de alcohol (AUDIT)		Escala de Autocontrol/Impulsividad			
		ERT	CAE	CAA/DG	BIS-11
No Consumo de alcohol	Correlación de Pearson	. ^b	. ^b	. ^b	. ^b
	Sig. (Bilateral)				
	N	40	40	40	40
Consumo de Bajo riesgo	Correlación de Pearson	-.420**	-.413**	-.166	.175
	Sig. (Bilateral)	.008	.009	.312	.286
	N	40	40	40	40
Consumo de alto riesgo	Correlación de Pearson	-.500**	-.369*	-.317*	.349*
	Sig. (Bilateral)	.001	.017	.043	.025
	N	40	40	40	40

Nota: ERT= Escala de “Resistencia a la Tentación”, CAE= Cuestionario de Autocontrol de Elección, CAA/DG= Cuestionario de Autocontrol de Abstinencia/Demora a la Gratificación, BIS-11= Inventario de Impulsividad de Barrat.

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral). **. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral). B. No se puede calcular porque al menos una variable es constante. Las correlaciones significativas aparecen en negritas.

Tabla 21

Relación entre el riesgo de consumo de alcohol en estudiantes universitarios y el procedimiento de Demora de la gratificación

Nivel de Riesgo de Consumo de alcohol (AUDIT)		Escala de Demora de la Gratificación		
		Factor 1	Factor 2	Factor 3
No Consumo de alcohol	Correlación de Pearson	. ^b	. ^b	. ^b
	Sig. (Bilateral)			
	N	40	40	40
Consumo de Bajo riesgo	Correlación de Pearson	.038	-.354*	-.020
	Sig. (Bilateral)	.819	.027	.905
	N	40	40	40
Consumo de alto riesgo	Correlación de Pearson	-.203	-.194	-.207
	Sig. (Bilateral)	.202	.224	.194
	N	40	40	40

Nota: Factor 1= Conclusión de actividades de responsabilidad, Factor 2= Conclusión de periodos de espera, Factor 3= Conclusión de actividades aversivas

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral). B. No se puede calcular porque al menos una variable es constante. Las correlaciones significativas aparecen en negritas.

Tabla 22

Relación entre el riesgo de consumo de alcohol en estudiantes universitarios y el procedimiento de Elección

Nivel de Riesgo de Consumo de alcohol (AUDIT)		Escala de Elección				
		Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5
No Consumo de alcohol	Correlación de Pearson Sig. (Bilateral)	. ^b	. ^b	. ^b	. ^b	. ^b
	N	40	40	40	40	40
Consumo de Bajo riesgo	Correlación de Pearson Sig. (Bilateral)	-.076	-.350*	-.324*	-.290	-.354*
	N	40	40	40	40	40
Consumo de alto riesgo	Correlación de Pearson Sig. (Bilateral)	-.109	-.304	-.387*	-.383*	-.658**
	N	40	40	40	40	40

Nota: Factor 1= Dedicación, Factor 2= Falta de previsión, Factor 3= Impetuoso, Factor 4= Falta de premeditación, Factor 5= Actuación espontánea.

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral). **. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral). B. No se puede calcular porque al menos una variable es constante. Las correlaciones significativas aparecen en negritas.

Tabla 23

Relación entre el riesgo de consumo de alcohol en estudiantes universitarios y el procedimiento de “Resistencia a la Tentación”

Nivel de Riesgo de Consumo de Alcohol (AUDIT)		Escala de “Resistencia a la Tentación”					
		Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Factor 6
No Consumo de alcohol	Correlación de Pearson	. ^b	. ^b	. ^b	. ^b	. ^b	. ^b
	Sig. (Bilateral)						
	N	40	40	40	40	40	40
Consumo de Bajo riesgo	Correlación de Pearson	-.189	-.377*	-.363*	-.113	-.423**	-.110
	Sig. (Bilateral)	.249	.018	.023	.492	.007	.506
	N	40	40	40	40	40	40
Consumo de alto riesgo	Correlación de Pearson	-.109	-.304	-.387*	-.383*	-.658**	-.144
	Sig. (Bilateral)	.498	.053	.012	.013	.000	.368
	N	40	40	40	40	40	40

Nota: Factor 1= Control de compras innecesarias, Factor 2= control de conductas de flirteo, Factor 3= Control de evasión de obligaciones, Factor 4= Control de seguimiento de reglas, factor 5= Control de consumo de alcohol en situaciones sociales y factor 6= control de consumo de alcohol para el cuidado de la salud.

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral). **. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral). B. No se puede calcular porque al menos una variable es constante. Las correlaciones significativas aparecen en negritas.

Tabla 24

Relación entre el Riesgo de Consumo de Alcohol en estudiantes universitarios e Impulsividad

Nivel de Riesgo de Consumo de alcohol (AUDIT)		Escala de Impulsividad (BIS-11) de Barrat		
		Factor 1	Factor 2	Factor 3
No Consumo de alcohol	Correlación de Pearson	. ^b	. ^b	. ^b
	Sig. (Bilateral)			
	N	40	40	40
Consumo de Bajo riesgo	Correlación de Pearson	-.114	.107	.368*
	Sig. (Bilateral)	.491	.517	.021
	N	40	40	40
Consumo de alto riesgo	Correlación de Pearson	.131	.261	.335*
	Sig. (Bilateral)	.415	.099	.032
	N	40	40	40

Nota: Factor 1= Impulsividad atencional/cognitiva, Factor 2= Impulsividad Motora, Factor 3= Impulsividad No Planeada

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral). B. No se puede calcular porque al menos una variable es constante. Las correlaciones significativas aparecen en negritas.

Discusión

La presente tesis tuvo como propósitos: 1) construir y validar una escala de “resistencia a la tentación” culturalmente relevante para población de estudiantes universitarios, 2) averiguar la relación entre el autocontrol medido a través del procedimiento de “resistencia a la tentación” y el riesgo de consumo de alcohol medido a través del AUDIT en estudiantes universitarios y 3) averiguar la relación entre el autocontrol medido a través de tres procedimientos: elección, demora de la gratificación y “resistencia a la tentación”, y la impulsividad con el riesgo de consumo de alcohol en estudiantes universitarios.

Respecto al primero propósito, se siguieron los pasos propuestos por Reyes-Lagunes y Diaz y Barragán (2008) y Calleja-Bello (2018). En el primer paso, se identificaron las dimensiones o ámbitos donde podría estar operando el procedimiento de “resistencia a la tentación” en estudiantes universitarios. Las dimensiones encontradas en este paso fueron siete: *consumo de comida chatarra, consumo de sustancias, evasión de obligaciones, compras innecesarias, uso excesivo de tecnología, actividades recreativas con otros, transgresión de reglas o normas y conductas de flirteo*. Estos hallazgos son similares a lo reportado por Ortega (2016) en el primer intento de abstraer las situaciones cotidianas de autocontrol/impulsividad de acuerdo con los conceptos de “resistencia a la tentación” y demora de la gratificación para la construcción de una escala de medición, donde encontró tres dimensiones: conclusión de actividades de responsabilidad (trabajo, escuela, tarea), conclusión de periodos de espera (clases, escuela, música, uso de celular), conclusión de actividades aversivas (turnos, tráfico) sin embargo, éstas fueron más generales ya que en el estudio se seleccionó a población general y no sólo universitaria, por lo que tal vez para los estudios de autocontrol, es necesario identificar

tanto para situaciones experimentales como para el desarrollo de escalas, las tentaciones reales para cada población para una mejor medición del autocontrol/impulsividad.

En cuanto al segundo paso, se obtuvo la validez de contenido, el procedimiento se siguió con base en el propuesto por Calleja-Bello (2018) en el cual los expertos en el tema evaluaron la pertinencia de las dimensiones y redacción de los reactivos. Resultaron 42 reactivos que conformaron la propuesta final de la Escala de resistencia a la tentación (ERT). Algunos de los reactivos fueron descartados debido a que no cumplían con los criterios de redacción y construcción de escalas (Anastasi & Urbina, 1998; Nunnally & Bernstein, 1995) o bien, porque no cumplía con los criterios básicos del procedimiento de RT como: que la tentación esté disponible pero que se abstenga (en caso de ser autocontrolado) o la tome/manipule (en caso de no ser autocontrolado) hasta que cubra o no el requisito de respuesta/tiempo. De acuerdo con los expertos en el diseño de escalas psicométricas que participaron en el estudio, los reactivos finales cumplieron con los criterios para que conformen una escala y de acuerdo con los expertos en el procedimiento de autocontrol llamado “resistencia a la tentación”, los reactivos propuestos describieron los elementos de dicho procedimiento.

En el paso tres se obtuvieron las propiedades psicométricas de la ERT. De acuerdo con el análisis de factorial exploratorio, los reactivos se agruparon en seis dimensiones: *control de compras innecesarias, control de conductas de flirteo, control de evasión de obligaciones, control de seguimiento de reglas, control de consumo de alcohol en situaciones sociales, control de consumo de alcohol para el cuidado de la salud*. Cabe destacar que el número de dimensiones propuestas disminuyó, de 7 a 6; además de que desaparecieron las dimensiones de *uso excesivo de tecnología, consumo de comida chatarra y consumo de sustancias*. Esto podría deberse a que los reactivos presentaban deseabilidad social en su redacción, lo que no permite que los

participantes contesten de forma objetiva a éstos. En el análisis exploratorio también se encontró que algunos reactivos cargaron en una dimensión donde se describen conductas de “resistencia a la tentación” respecto al sueño (por ejemplo, “Duermo hasta terminar mis deberes, aunque tenga mucho sueño”, “Termino mis tareas que tengo que realizar, aunque tenga mucho sueño”) y que mostraban alta correlación, sin embargo, sólo había dos reactivos redactados al respecto. Por lo que se sugiere en investigaciones futuras tomar en cuenta que el sueño pudiese ser una tentación o un aspecto donde se presenta el autocontrol/impulsividad en la cotidianidad de los universitarios, ya sea para la construcción de escalas o bien en situaciones experimentales.

No se esperaba que la dimensión de consumo de sustancias desapareciera y que sólo resaltara el consumo de alcohol como una tentación, pero además de que se dividiera en dos: *control de consumo de alcohol en situaciones sociales, control de consumo de alcohol para el cuidado de la salud*. Sin embargo, resulta coherente con lo reportado por los universitarios desde el primer cuestionario que se aplicó. Cuidan el consumo de alcohol cuando están enfermos, es cuando hay más “resistencia a la tentación” para su consumo. Mientras que el consumo de alcohol en situaciones sociales suele ser una tentación fuerte donde, desde el primer cuestionario aplicado, se reportaba que es donde regularmente caían en la tentación a pesar de que se habían propuesto no tomar o no querían (fiestas, salida con amigos, festejo, etcétera).

De acuerdo con los estudios relacionados con el consumo de alcohol y drogas en estudiantes universitarios, existe un porcentaje que sí reporta el consumo de estas sustancias. En el caso del consumo de alcohol, se ha reportado una variabilidad de un 40% hasta de un 70% de consumo alguna vez en la vida y hasta de un 40% a 46% de consumo problemático (Díaz et al., 2008; Piug et al., 2011; Salazar et al., 2010). En el caso del consumo de drogas, por ejemplo, Montoya et al. (2009) reportaron que el 7% de los estudiantes universitarios habían consumido

alguna vez en la vida mariguana, el 2.3% cocaína y el 9.6% tabaco. Resultados similares a éstos son los de Cáceres et al. (2006) quienes reportaron que el 33.2% de estudiantes universitarios consumía tabaco, el 7.1% mariguana, 1.8% éxtasis, 1.5% opiáceos y el 0.9% cocaína. Es decir, los estudiantes universitarios sí consumen sustancias ilegales, pero en menor cantidad comparada con el consumo de alcohol. Sin embargo, en el presente estudio, los universitarios admitieron el consumo tanto de alcohol, tabaco y de drogas ilegales cuando se les pregunta directamente en forma de pregunta abierta; en el primer cuestionario así lo reportaron, pero ya en forma de reactivos respecto a su autocontrol de consumo de estas sustancias o en situaciones específicas de consumo, sus respuestas no presentaron variabilidad, por lo que es necesario modificar la forma en que se está investigando esta conducta o los reactivos que están diseñados para preguntar respecto al control/impulsividad de la conducta de consumo de sustancias.

Si bien existe una variedad de instrumentos que miden el autocontrol/Impulsividad como el Cuestionario de Rosenbaum (Rosenbaum, 1980; como se citó en Adan, 2012; Pedrero, 2009), Inventario de impulsividad (Dickman, 1990; como se citó en Adan, 2012; Pedrero, 2009), la Escala de impulsividad Estado (Ibarrén et al., 2011), Escala de Barrat de Impulsividad (Chachín, 2015), la Escala de impulsividad de Plutchik (Cano et al., 2011; Páez et al., 1996), Cuestionario de Sensibilidad al castigo y sensibilidad a la recompensa (Gray, 1987), y que son utilizados incluso en estudios donde se investiga la relación del autocontrol/impulsividad con el consumo alcohol y otras drogas; estas escalas no dejan clara la postura desde qué procedimiento de autocontrol (demora de la gratificación, elección, “resistencia a la tentación”, descuento temporal, etcétera) retoman para la elaboración de sus reactivos y la validez de constructo y contenido. Por lo que incluso, si se retoman los factores o dimensiones de las escalas se encontrará poca consistencia entre ellos, lo que estaría dejando poco claro el concepto de

autocontrol/impulsividad, así como poca confiabilidad en las escalas y en las relaciones encontradas en la literatura respecto a este constructo.

Finalmente, de acuerdo con los análisis de validez y confiabilidad obtenidos en el último paso de este estudio, sugieren que la ERT cuenta con un Índice de Alfa de Cronbach total de .763, lo cual refiere una confiabilidad aceptable de acuerdo algunos autores (Anastasi & Urbina, 1998; Nunnally & Bernstein, 1995) para los estándares de una escala psicométrica conductual. Sin embargo, por los resultados en la varianza explicada de los factores (*control de compras innecesarias*: 19%, *control de conductas de flirteo*: 8.3%, *control de evasión de obligaciones*: 6.2%, *control de seguimiento de reglas*: 3.6%, *control de consumo de alcohol en situaciones sociales*: 2.8% y *control de consumo de alcohol para el cuidado de la salud*: 2.5%) y del total de la escala: 42.7%, aun es sensible de mejoras para incrementar el porcentaje explicativo del concepto de “resistencia a la tentación” y que ésta sea una escala con mayor confiabilidad y validez en el estudio del autocontrol. Se sugiere explorar la utilización de otras opciones de respuesta de los participantes de cada reactivo para evaluar cómo se comporta la escala con diferentes tipos de opciones de respuesta y utilizar la más adecuada, sobre todo tomando en cuenta la adaptación de esta escala para realizar estudios a distancia, que se pueda auto aplicar vía internet. Además de realizar el Análisis Factorial Exploratorio y Confirmatorio por medio del Modelo de Ecuaciones Estructurales (Structural Equation Modeling, SEM) (Escobedo et al., 2016).

Por otro lado, el autocontrol/impulsividad se ha identificado una conducta constantemente vinculada como una explicación del inicio, mantenimiento, así como de las recaídas del consumo de sustancias en las personas (Moallem & Ray, 2012; Sheffer et al., 2012; Sheffer et al., 2014 como se citaron en Postigo, 2018). El autocontrol/impulsividad puede ser estudiado a través de

varios procedimientos demora de la gratificación, descuento por demora, descuento por esfuerzo, maximización/mejoramiento, “resistencia a la tentación”, pero capturan aspectos de la conducta autocontrolada diferentes entre sí; cada uno de estos procedimientos a su vez, se han estudiado con diferentes estrategias (inventarios, cuestionarios, escalas, situaciones hipotéticas, pruebas de ejecución) y regularmente en la literatura se asumen como autocontrol en general.

Por lo anterior, el segundo objetivo fue conocer la relación entre el autocontrol medido desde la postura del procedimiento de resistencia a la tentación por medio de la ERT diseñado y validado en el estudio 1, y el riesgo de consumo de alcohol en estudiantes universitarios medido a través del cuestionario AUDIT (*Alcohol Use Disorder Identifications Test*) en su versión mexicana (Díaz et al., 2008) para estudiantes universitarios. Los resultados arrojaron una correlación negativa y estadísticamente significativa entre el autocontrol (“resistencia a la tentación”) y el nivel de riesgo de consumo de alcohol ($r=-.423, p \leq .05$) es decir, entre mayor autocontrol menor riesgo de consumo de alcohol y viceversa, entre menor autocontrol o “resistencia a la tentación”, mayor riesgo de consumo de alcohol.

Estos resultados son coherentes con la literatura sobre la relación entre el autocontrol/impulsividad y el consumo de alcohol, así como de sustancias en general. Por ejemplo, Pedrero (2009) comprobó la relación entre el autocontrol, medido a través del *Cuestionario de Autocontrol de Rosenbaum*, junto con otras variables de personalidad (asertividad, estilo atribucional y autoeficacia), y el consumo de drogas (cantidad y cronicidad de alcohol, hachís, cocaína y heroína), medido por medio de la *Entrevista de Investigación acerca del Comportamiento Adictivo- Cuestionario de Investigación acerca del Comportamiento Adictivo (E.I.C.A)* en consumidores de drogas. Los resultados arrojaron una relación estadísticamente significativa inversa entre el autocontrol y la cantidad y cronicidad del consumo

de sustancias (alcohol, hachís, cocaína y heroína), es decir, a medida que los niveles de autocontrol disminuyen, aumentan la cantidad y cronicidad de consumo de drogas.

Pérez et al. (2015) analizaron la relación entre la impulsividad medida a través de la *Escala de Impulsividad Estado* (EIE) y la frecuencia de consumo de alcohol y tabaco en adolescentes por medio de un cuestionario *ad hoc*. Sus resultados obtenidos indican que el grupo de consumidores tanto de alcohol como de tabaco muestran puntuaciones más altas en impulsividad en general y en los factores de la EIE: gratificación, automatismo y atencional, en comparación al grupo de no consumidores. Cabe destacar que esta escala utilizada fue diseñada con base a tres modelos experimentales que explican la impulsividad/autocontrol: demora de la gratificación, automatismo de la conducta y el atencional. Es una de las pocas escalas que basan su construcción en procedimientos experimentales de autocontrol/impulsividad (Iribarren et al., 2011).

Los estudios anteriores encontraron una relación entre el autocontrol/impulsividad y el consumo de alcohol y otras drogas, incluso teniendo en cuenta que son diversas perspectivas de donde se retoma el autocontrol y diversas técnicas de medición. Sin embargo, éstas no retoman la perspectiva del procedimiento de “resistencia a la tentación”, elección y demora de la gratificación, los cuales han sido sugeridos como las tres estrategias principales para el estudio del autocontrol desde la teoría del análisis experimental de la conducta (Ávila & Ortega, 2019; Ávila et al., 2018).

En contraste con los estudios anteriores, el estudio más cercano al que se reporta, respecto a las variables utilizadas, es el de Ortega (2016) quien estudió la relación entre el autocontrol y el consumo de marihuana con tres grupos: *No consumidores*, *consumidores* y *ex consumidores*. Encontró que los ex consumidores de marihuana tuvieron puntajes más altos de autocontrol,

medido a través de un *Cuestionario de Autoreporte desde la perspectiva de Demora de la Gratificación* y “*resistencia a la tentación*” (CA-A/DG), en comparación con los otros dos grupos. Particularmente en el factor *conclusión de actividades aversivas*, es decir, en actividades de las cuales pueden escapar en cualquier momento, pero prefieren concluir las si a cambio obtienen una recompensa. Asimismo, utilizó otra herramienta para evaluar el autocontrol desde la perspectiva de demora a la gratificación por medio de una prueba a computadora llamada *Prueba de Demora de la Gratificación*, la cual consistía exponer a los participantes a una serie de ensayos frente a la computadora en las que podía elegir ver la presentación del video/videojuego que había elegido de manera inmediata, aunque por poco tiempo, o verlo por más tiempo, aunque después de un periodo de demora. Se calculó el grado de asociación de los factores del CA-A/DG, los resultados obtenidos no mostraron una significancia estadística en los grupos de abstinencia y consumidores de marihuana con los factores de la escala y el tipo de elección (demoradas e inmediatas) que realizan en la prueba de computadora. Lo contrario a lo que se esperaría, se encontró una relación positiva y significativa entre los tipos de elecciones en los participantes con consumo de marihuana y los factores de la escala CA-A/DG, entre ellos *la conclusión de actividades de responsabilidad* y la elección del videojuego grande-demorado, así como la conclusión de actividades aversivas y videojuego más grande-demorado, concluyendo que el grupo de consumidores muestra mayor autocontrol con respecto al grupo de abstemios y ex consumidores. Por lo que genera más preguntas de investigación respecto al tipo de consumo por medio de grupos (no consumidores, abstemios, consumidores, exconsumidores) y el autocontrol, y que es necesario tener clara la perspectiva de la cual se retoma la variable autocontrol/impulsividad.

Por otro lado, los factores de la ERT que se correlacionaron con el riesgo de consumo de alcohol fueron el *factor 1 control de compras innecesarias* ($r = -.168, p \leq .05$), con el *factor 2 control de conductas de flirteo* ($r = -.258, p \leq .05$), con el *factor 4 control de seguimiento de reglas* ($r = -.275, p \leq .05$), con el *factor 5 control de consumo de alcohol en situaciones sociales* ($r = -.558, p \leq .05$) y con el *factor 6 control de consumo de alcohol para el cuidado de la salud* ($r = -.201, p \leq .05$). Todas las correlaciones fueron negativas, lo cual era esperable ya que, a mayor control de compras innecesarias, de conductas de flirteo, de seguimiento de reglas, de consumo de alcohol en situaciones sociales y consumo de alcohol para el cuidado de la salud (en general, mayor autocontrol), menor riesgo de consumo de alcohol en los universitarios, lo que se refleja en menor puntuación en el AUDIT. Es decir, los universitarios que tienen mayor autocontrol tienen mayor funcionamiento en su vida en general y menos riesgo de consumo de alcohol; mientras que aquellos que presentan mayor riesgo de consumo de alcohol tienen más dificultades en su funcionamiento general, ya que van a presentar menor autocontrol en algunos aspectos de su vida como el control para comprar cosas que sean innecesarias, incluso en compras de alcohol; en el control de conductas de flirteo y con ello, el incremento de riesgo de relaciones sexuales sin protección, problemas de relaciones de pareja; también en el control de seguimiento de reglas como el ingreso de bebidas alcohólicas en lugares no permitidos, consumo de alcohol en lugares prohibidos; en el control de consumo de alcohol en situaciones sociales y ceder a la presión de pares para el consumo de alcohol o bien, que el ambiente o situación sea una tentación tan fuerte que sea imposible resistir al consumo; así como en el control de consumo de alcohol para el cuidado de la salud y haya consumo a pesar de alguna enfermedad o malestar físico en los estudiantes. Cabe destacar que estos ejemplos de conductas y consecuencias no se reflejan en la escala de “resistencia a la tentación”, por lo que sería importante retomar para desarrollar algún instrumento o extendiendo la escala diseñada en el estudio 1 o bien,

considerarlas para situaciones experimentales de autocontrol desde la perspectiva del constructo de “resistencia a la tentación”.

El único factor de la ERT que no obtuvo una relación significativa, pero sí negativa con el riesgo de consumo de alcohol fue el 3 *control de evasión de obligaciones* ($r = -.091, p \geq .05$), esto puede deberse a que la mayoría de los participantes (68%) presentaron un bajo riesgo de consumo de alcohol o bien, reportaron no consumir alcohol, por lo que los universitarios participantes presentan funcionalidad en su vida en general, entre ellas la académica; por lo que tal vez aún no evaden responsabilidades como no asistir a clases, no entregar tareas, no realizar deberes de casa. Aunque también es posible que algunos estudiantes sí presenten estas dificultades ya que, de acuerdo con sus respuestas, hay casos que presentan riesgo de consumo nocivo y dependencia al alcohol, aunque fueron pocos los casos.

Respecto al riesgo de consumo de alcohol y su relación con los factores de la ERT, se obtuvo una relación negativa y estadísticamente significativa entre el consumo de bajo riesgo y los factores *compras innecesarias* ($r = -.124, p \leq .05$), *control de conductas de flirteo* ($r = -.186, p \leq .01$) y *control de consumo de alcohol* ($r = -.364, p \leq .05$). Hubo correlación negativa pero no estadísticamente significativa con los factores *control de evasión de obligaciones*, *control de seguimiento de reglas* y el *control de consumo de alcohol para el cuidado de la salud*. Lo cual podría deberse a que la mayoría de los participantes presentan un consumo de bajo riesgo o no consumen alcohol, es decir, presentan un adecuado funcionamiento en el aspecto social, tienen claro cuáles son las normas y deberes que deben cumplir y que su consumo de alcohol no está afectando su salud porque no es de riesgo alto, nocivo o con dependencia.

Asimismo, se obtuvo una relación negativa y estadísticamente significativa entre el consumo de alto riesgo y los factores *conductas de flirteo* ($r = -.209, p \leq .05$), *consumo de alcohol*

en situaciones sociales ($r = -.282, p \leq .05$) y *consumo de alcohol para el cuidado de la salud* ($r = -.256, p \leq .05$); en contraste, se obtuvo una relación negativa pero no significativa con los factores de *control de compras innecesarias*, *control de evasión de obligaciones* y *control de seguimiento de reglas*. Es decir, los universitarios con consumo de alto riesgo de alcohol siguen sin presentar cambios en su autocontrol en el cumplimiento de reglas y deberes y en realizar compras innecesarias, porque aún no es un problema grave que los esté limitando en estos aspectos de su vida de forma significativa.

En cuanto al riesgo de consumo nocivo de alcohol y el riesgo a dependencia, no se pudieron obtener correlaciones significativas con los factores de la ERT debido a que, de acuerdo con la calificación del AUDIT, se obtuvo una muestra pequeña en estos dos niveles de riesgo. Lo cual resulta coherente, ya que no es común encontrar en población estudiantil ni en población general, altos porcentajes de consumo nocivo y dependencia al alcohol. Sin embargo, podría ser una muestra para su estudio y averiguar qué tipo de relación existe entre estos riesgos de consumo con los factores de la ERT.

Los estudiantes participantes en el estudio eran de universidades públicas y privadas; hubo variedad en los semestres que cursaban, así como de las carreras, aunque la mayoría (60%) se encontraba estudiando la carrera de psicología. Esto podría deberse a que los estudiantes de esta carrera mostraron mayor apertura a la participación en este estudio, ya que hubo participantes de esta licenciatura de seis universidades distintas. Es necesario que exista mayor acercamiento a otras licenciaturas para comprender mejor la relación entre el autocontrol y el riesgo de consumo de alcohol en universitarios.

Por otro lado, en cuanto a los datos descriptivos respecto a la pregunta ¿qué sustancias suelen consumir? El 5.8% de los estudiantes reportaron no consumir ninguna sustancias legal o

ilegal. Mientras que el 88.9% reportaron consumir alcohol, el 34.4% tabaco, el 12% mariguana, el 3.1% LSD, 2.7% cocaína, el 1.3% anfetaminas, el 1.3% benzodiazepina y el porcentaje restante, otras drogas. Esto concuerda con la literatura en estudios previos respecto al consumo de alcohol, tabaco y otras drogas donde los porcentajes son similares (Cáceres et al., 2006; Díaz et al., 2008; Montoya et al., 2009; Piug et al., 2011; Salazar et al., 2010; Guzmán et al., 2012; Sánchez-Hoil et al., 2017; Betancourt et al., 2018). Por lo que es necesario que se investigue más respecto a los factores asociados a esta conducta de consumo para su mayor comprensión y proponer líneas de acción para la intervención y así evitar que exista un progreso en la severidad del consumo de cualquier sustancia y con ello, que aparezcan las consecuencias en diversos ámbitos de la vida de los universitarios.

Respecto a la selección del cuestionario AUDIT para evaluar el riesgo de consumo de alcohol en universitarios, en este estudio obtuvo un *Alfa de Cronbach* de .85, por lo que resulta confiable para esta muestra y coincide con los estudios previos (Alonso et al., 2009; Cremonte et al., 2010; Facundo et al., 2007; Gómez-Maqueo et al., 2009; López et al., 2013; Medina-Mora et al., 1998; Morales et al., 2002; Piug et al., 2011; Pérez & Lucio-Gómez, 2010; Sánchez et al., 2008; Saunders et al., 1993; Tamez et al., 2013) respecto a la validez y confiabilidad de este instrumento para evaluar el riesgo de consumo en universitarios.

Las preguntas 4, 5 y 6 del AUDIT reflejan síntomas de dependencia del consumo de alcohol. De acuerdo con las respuestas dadas por los universitarios participantes, en el último año no pudieron parar de beber una vez que había empezado, el 12.2% les ha pasado una vez al mes, 6% mensualmente les ocurre y el 3% semanalmente, es decir, alrededor del 21% de los participantes muestran síntomas de dependencia al consumo de alcohol.

En el último año el 14.9% dejó de hacer algo que deberían de haber hecho por beber, el 3% mensualmente y casi el 2% semanalmente, es decir, el 20% de los estudiantes participantes han empezado a tener una interrupción en su funcionamiento por el consumo de alcohol. Asimismo, el 16.2% de los participantes ha bebido menos de una vez al mes a la mañana siguiente después de haber bebido en exceso el día anterior, el 3% mensualmente y el 1.2% semanalmente.

Respecto a las respuestas del AUDIT dadas por los universitarios a las preguntas 7, 8, 9 y 10 que engloban las consecuencias del consumo de alcohol (consumo perjudicial), el 21.1% han sentido culpa o remordimiento por haber bebido en el último año menos de una vez al mes, el 4.40% mensualmente y 2.2% semanalmente. Lo anterior refleja que aproximadamente el 35% de los participantes ya ha experimentado problemas sociales respecto a su consumo. Asimismo, el 27.9% ha olvidado algo de lo que había pasado cuando estuvo bebiendo menos de una vez al mes, el 4.9% mensualmente y el 1.3% semanalmente, es decir, alrededor del 34% de los participantes ha experimentado consecuencias en su salud respecto a olvidos después de beber. Respecto a los accidentes relacionados a su consumo de alcohol, el 10.6% se ha lesionado o ha lesionado a alguien como consecuencia del consumo de alcohol, pero no en el último año; mientras que el 5.1% sí le ha pasado en el último año, es decir, el 15% ha tenido accidentes o ha estado involucrado en ellos debido a su consumo de alcohol.

El impacto del consumo de alcohol en las relaciones sociales cercanas (amigos, familia, pareja) es notorio cuando empieza a ser un problema. En este aspecto, el 10.2% de los estudiantes reportó que algún amigo, familiar o doctor se ha preocupado por la forma en que bebe o bien, le ha sugerido bajarle al consumo, aunque no en el último año; mientras que el 5.1% también lo ha pasado, pero en el último año, es decir, nuevamente el 15% de los estudiantes participantes en el

estudio reportan que su consumo alcohol, para las personas significativas, lo consideran problemático.

En cuanto a las preguntas 1, 2 y 3 del AUDIT que reflejan el consumo de riesgo (frecuencia, cantidad e intensidad), el 11% reportó nunca haber consumido alcohol, el 42% una vez al mes o menos, el 37% dos o cuatro veces al mes, el 8% dos o tres veces por semana. El número de copas estándar que toman en un día típico de los que bebe, el 32% consume 1 a 2 copas, el 26% 3 a 4 copas, el 25% 5 a 6 copas, el 10% 7 a 9 copas y el 8% 10 o más copas. Respecto a la intensidad de consumo de alcohol, el 36% de los universitarios toma 6 o más copas en la misma ocasión, el 17% mensualmente, el 9% semanalmente.

En cuanto al riesgo de consumo del alcohol, es decir, el total de la puntuación del AUDIT, el 10% reportó no consumir alcohol, el 58% presentar un consumo de bajo riesgo (1 a 6 puntos), el 27% un consumo de riesgo alto (7-15 puntos), el 2% (16 a 19 puntos) un consumo nocivo y el 3% (20 o más puntos) presenta dependencia al consumo de alcohol. Estos datos obtenidos son similares a los datos epidemiológicos de la Encuesta Nacional de Adicciones (Instituto Nacional de Salud Pública, 2008) respecto al consumo de alcohol en México, el 70.2% (de 1 a 6 puntos) no bebe o limitan el consumo de alcohol, 17.8% (7-15 puntos) presentan alto consumo sin síntomas de dependencia, el 6.5% de 16 a 19 puntos) presenta altos consumos y consecuencias del consumo sin síntomas de dependencia; mientras que el 5.5% (20 puntos o más) presenta síntomas de dependencia.

Y finalmente, el tercer objetivo de este estudio fue conocer la relación entre el riesgo de consumo de alcohol y el autocontrol medido desde tres perspectivas distintas: “resistencia a la tentación”, elección y demora de la gratificación, así como con la variable impulsividad; los resultados obtenidos mostraron una correlación inversa entre el grupo de estudiantes identificados

con *consumo de bajo riesgo de alcohol* y la Escala de “Resistencia a la Tentación” (ERT) ($r = -.420, p \leq .05$) y con el Cuestionario de Autocontrol de Elección (CA-E) ($r = -.413, p \leq .05$); se obtuvo una relación inversa pero no significativa con el Cuestionario de Autocontrol de Abstención y Demora de la Gratificación (CA-A/DG) ($r = -.166, p = .312$) y se obtuvo una relación positiva, pero no significativa con el Inventario de impulsividad de Barrat (BIS-11) ($r = .175, p = .286$). Es decir, el consumo de bajo riesgo en estudiantes universitarios está asociado de forma inversa con el autocontrol: “resistencia a la tentación” y elección, pero no así con la demora de la gratificación y la impulsividad.

En cuanto a los universitarios con *consumo de alto riesgo*, se encontró una asociación inversa y estadísticamente significativa, con el autocontrol por medio de las tres escalas: ERT ($r = -.500, p \leq .05$), CA-E ($r = -.369, p \leq .01$); CA-A/DG ($r = -.317, p \leq .01$); así como una relación positiva y estadísticamente significativa con el BIS-11 ($r = .349, p \leq .01$); lo que significa que entre mayor consumo de riesgo de alcohol, menor “resistencia a la tentación”, elección y demora de la gratificación (autocontrol); así como mayor impulsividad. Es decir, los estudiantes con alto riesgo de consumo de alcohol presentan menor “resistencia a la tentación” a tomar una recompensa presente hasta que termina un criterio de respuesta preestablecido; menor elección consecutiva de la recompensa grande demorada (elección); menor mantenimiento de su elección por la recompensa grande demorada (demora de la gratificación) así como mayor predisposición a actuar rápido ante estímulos tanto internos como externos, sin pensar en las consecuencias (impulsividad).

Se realizó un análisis de correlación entre el riesgo de consumo de alcohol y los factores de cada escala de autocontrol e impulsividad. De acuerdo con los resultados obtenidos, se encontró una relación inversa y estadísticamente significativa entre el consumo de bajo riesgo de

alcohol y los factores del CA-A/DG *Conclusión de periodos de espera* ($r = -.354, p \leq .01$), no hubo correlaciones significativas entre *el consumo de alto riesgo* y los demás factores del CA-A/DG.

En cuanto al procedimiento de demora de la gratificación y en contraste con los resultados del presente estudio, Ortega et al. (2018) expusieron a 35 jóvenes (15 no consumidores, 10 consumidores y 10 ex consumidores de marihuana) a una tarea por computadora de demora de la gratificación y respondieron tres cuestionarios de autocontrol entre ellos el CA-A/DG, con el propósito averiguar la relación entre el consumo de marihuana y los niveles de autocontrol en situaciones de elección entre pares de recompensas que difieren en magnitud y demora de entrega (demora de la gratificación), la preferencia por la recompensa grande a largo plazo se consideró el índice de autocontrol. Los ex consumidores y consumidores mantuvieron por más tiempo su preferencia por las recompensas grandes demoradas que los no consumidores. Respecto a los cuestionarios, el puntaje de autocontrol varió entre e intra participantes como se esperaba por los diferentes aspectos del autocontrol. En contraste con el hallazgo común de que los consumidores de drogas muestran poco autocontrol en situaciones de elección, en este estudio los investigadores obtuvieron resultados contradictorios con una tarea de demora de la gratificación.

Por lo anterior, los resultados no son consistentes, es necesario que se realicen más investigaciones respecto a la relación entre las variables demora de la gratificación (autocontrol) y el consumo de sustancias (cocaína, tabaco, alcohol, marihuana), ya que con los resultados obtenidos y retomando la literatura previa a este estudio, dejan más preguntas de investigación. Por ejemplo, qué otras mediciones (autoreporte o de ejecución) se pueden utilizar para evaluar la relación entre el procedimiento de demora de la gratificación con el consumo de drogas y alcohol; el cuestionario CA-A/DG para medir el procedimiento de demora de la gratificación

podría ser sensible de mejoras; ya que se encontró una relación inversa y estadísticamente significativa con el riesgo alto de consumo de alcohol, pero no así, entre los factores del CA-A/DG con el grupo de alto riesgo de consumo de alcohol y sí con el de bajo riesgo; o también, surge la pregunta ¿pasará algo con los elementos del procedimiento de demora de la gratificación mientras se va aumentando el consumo de alcohol?

También se realizó un análisis de correlación entre el riesgo de consumo de alcohol y los factores del CA-E. Los resultados obtenidos fueron una asociación inversa y estadísticamente significativa entre el *consumo de bajo riesgo* y el factor *Falta de previsión* ($r = -.350, p \leq .05$), *Impetuoso* ($r = -.324, p \leq .05$), y *Actuación espontánea* ($r = -.354, p \leq .05$). No se obtuvieron relaciones significativas con los factores *Dedicación* y *Falta de premeditación*. En cuanto al *consumo de alto riesgo de alcohol* y los factores del CA-E, se obtuvo una relación inversa y estadísticamente significativa con los factores *Impetuoso* ($r = -.387, p \leq .05$), *Falta de premeditación* ($r = -.383, p \leq .05$), y *Actuación espontánea* ($r = -.658, p \leq .05$); pero no así con los factores *Dedicación* y *Falta de previsión*.

El procedimiento de elección (Ainslie, 1974; Rachlin & Green, 1972) ha sido una propuesta para la explicación del consumo y dependencia del alcohol y de otras drogas; estudios realizados principalmente en ratas de laboratorio (García et al., 2017; Kirby et al., 1999) ayudan a dar una descripción, explicación y predicción a este comportamiento en humanos (Cano & Cándido, 2002; Obando & Peña, 2013), ya que por razones éticas no es posible exponer a personas a situaciones de elección de consumo de alcohol u otras drogas.

Mientras que para el estudio de la relación entre elección y el consumo de alcohol se han realizado diversos experimentos con ratas de laboratorio encontrando una relación entre el proceso de elección y el consumo de alcohol. Por ejemplo, Stein et al. (2013) encontraron que la

exposición temprana y prolongada al retraso de la recompensa disminuye la elección impulsiva en ratas del consumo de alcohol autoadministrado; es decir, una mayor elección impulsiva en ratas parece estar fuertemente relacionada con mayor consumo de alcohol.

También se ha estudiado esta relación en humanos, tanto en poblaciones clínicas y no clínicas con consumo de alcohol, tabaco, estimulantes y otras drogas, y con grupo control; por medio de cuestionarios de elección monetaria, pruebas a computadora, encuestas grandes y pequeñas donde utilizan uno, dos o tres medidas o ítems para categorizar de manera más general a un individuo en términos de descuento; donde usualmente utilizan el dólar estadounidense como la moneda de las recompensas y los montos en otras monedas dependiendo del país donde se realice el estudio. En estas investigaciones han encontrado una relación consistente entre impulsividad, visto desde el procedimiento de elección, y el consumo de alcohol y de otras sustancias (MacKillop et al., 2011), por lo que los resultados en el presente estudio son consistentes con la literatura y son coherentes las relaciones entre los factores del CA-E y el consumo de alcohol.

Por otro lado, en el presente estudio se realizó un análisis de correlación entre el riesgo de consumo de alcohol y los factores de la ERT. Los resultados obtenidos fueron una asociación inversa y estadísticamente significativa entre el consumo de bajo riesgo de alcohol y los factores *Control de conductas de flirteo* ($r = -.377, p \leq .05$), *Control de evasión de obligaciones* ($r = -.363, p \leq .05$) y *Control de consumo de alcohol en situaciones sociales* ($r = -.423, p \leq .01$), pero no así con los demás factores de la ERT. Por otro lado, se encontró una asociación inversa y estadísticamente significativa entre el consumo de alto riesgo de alcohol y los factores *Control de evasión de obligaciones* ($r = -.387, p \leq .05$), *Control de seguimiento de reglas* ($r = -.383, p \leq .05$) y *Control de consumo de alcohol en situaciones sociales* ($r = -.658, p \leq .01$).

Para algunos autores (Ávila et al., 2017; Ávila et al., 2018) el constructo de “resistencia a la tentación” ha sido propuesto como un comportamiento de autocontrol en humanos; el presente estudio lo retoma para poder estudiar la relación del autocontrol con el consumo de alcohol. Los resultados son coherentes con lo encontrado en la literatura, a menor autocontrol, mayor consumo de alcohol. Aunque no se ha abordado esta relación desde la perspectiva de “resistencia a la tentación”, el presente estudio apunta a evidencia de que es una variable de autocontrol y su relación con el consumo de alcohol. Habrá que considerar mejoras a la escala diseñada en el estudio 1 de este texto para tener mejores mediciones de la variable autocontrol.

Se realizó también un análisis de correlación entre el riesgo de consumo de alcohol y los factores del *Inventario de Impulsividad de Barrat (BIS-11)*. Se encontró una asociación positiva y estadísticamente significativa entre el *consumo de bajo riesgo* de alcohol y el factor *Impulsividad no planeada* ($r = .368, p \leq .05$), así como el *consumo de alto riesgo* de alcohol y el factor *Impulsividad no planeada* ($r = .335, p \leq .05$). No se encontró relación entre otros factores de la escala BIS-11. Estos resultados coinciden con lo ya reportado en otros estudios respecto al consumo de sustancias y la impulsividad medida a través del BIS-11. Por ejemplo, Cortés et al. (2014) evaluaron la relación entre el *Consumo Intensivo de Alcohol (CIA)* por medio de un registro de consumo y la impulsividad por medio del *BIS-11* en estudiantes universitarios. Los resultados obtenidos fueron que los hombres muestran más *impulsividad no planeada* en comparación con las mujeres y una relación positiva y estadísticamente significativa entre el consumo intensivo de alcohol y el total de impulsividad, es decir, entre mayor consumo de alcohol, mayor impulsividad, además de que la impulsividad puede ser un factor predictor del consumo, aportando un 3.1% de la varianza explicada de la cantidad de consumo de alcohol y 2.3% de la varianza explicada de la frecuencia del CIA.

Resultados similares son los de Forcada et al. (2006) quienes estudiaron una muestra de consumidores y ex consumidores de cocaína (vía de administración: inhalada, fumada en cigarrillo o en crack), donde el 51% presentó abuso de consumo de alcohol, pero sin cubrir criterios de dependencia. Se les pidió a 85 usuarios de una clínica de tratamiento ambulatorio para el tratamiento de conductas adictivas, que contestaran el BIS-11 en tres momentos distintos: al inicio del estudio (línea base), a las dos y a las cuatro semanas, con el objetivo de estudiar la influencia del consumo de cocaína sobre la impulsividad. En cuanto a la medición del consumo o abstinencia de cocaína, se utilizaron determinaciones seriadas con periodicidad semanal de benzoilecgonina en orina mediante ensayo de inmunoenzimas. Se compararon los resultados obtenidos por los pacientes que se mantenían abstinentes o habían reducido significativamente su consumo con los de aquellos que persistieron en el mismo. Los resultados obtenidos muestran que la impulsividad resultaba superior en el grupo de los *consumidores*, esto únicamente fue estadísticamente significativo en el caso de la subescala de *impulsividad no planeada*.

En una revisión sistemática realizada por Cuevas y Hernández-Pozo (2008) respecto a la relación de la impulsividad y el consumo de tabaco, en donde utilizan principalmente el Barrat-11, encontraron diversos estudios que concluyen una relación entre el inicio y/o mantenimiento de la conducta de fumar y los niveles de impulsividad. También, se encontró una relación directa entre el nivel de impulsividad y el consumo de cigarrillos y el tiempo que transcurre antes de la recaída, es decir, a mayor nivel de impulsividad mayor consumo y menor tiempo de abstinencia inicio y/o mantenimiento de la conducta de fumar y los niveles de impulsividad.

Lo anterior es evidencia de una relación positiva y estadísticamente significativa entre la impulsividad y el consumo de alcohol. La impulsividad medida a través del BIS-11 y en particular con el factor de *impulsividad no planeada*. Esto es coherente, ya que este factor del

BIS-11 conlleva conductas que se realizan o no, sin pensar en las consecuencias (compro cosas impulsivamente, planifico mis tareas cuidadosamente, planeo viajes con suficiente anticipación, etcétera); la falta de planeación es una situación de riesgo de consumo que suele retomarse y entrenarse en programas para la moderación del consumo de alcohol (Ayala et al., 1997; Echeverría, 2012) o bien, para la abstinencia en el consumo de alcohol y otras drogas (Barragán et al., 2008; Barragán, 2005).

Tomando en cuenta todas las mediciones de autocontrol que se utilizaron y la medición de la impulsividad en cada uno de los grupos participantes, se pudo observar en la figura 24 que sí hay una diferencia en las puntuaciones de cada medida entre grupos. Por ejemplo, en el cuestionario de elección (CA-E) el grupo de no consumidores de alcohol muestra una mayor puntuación (74.8) en contraste con la puntuación de los consumidores de bajo riesgo (69.3) y con la de los consumidores de riesgo alto (65.7). Las puntuaciones se comportan de forma similar con la escala de resistencia a la tentación (ERT) donde el grupo de no consumidores presenta mayor puntuación de autocontrol (73.01) que el grupo de consumidores de bajo riesgo (67.7) y los consumidores de riesgo alto (66.1). En cuanto a la escala de impulsividad del Barrat (BIS-11), también resultó una diferencia entre los grupos, pero es menor que en las mediciones anteriores. Como ya se mencionó, para este contraste se invirtieron las puntuaciones para obtener el nivel de autocontrol de los participantes, donde el grupo de no consumidores mostró mayor nivel de autocontrol (74.04) a diferencia del grupo de consumidores de bajo riesgo (71.06) y el grupo de consumidores de riesgo alto (70.9). Mientras que en el cuestionario de demora de la gratificación (CA-A/DG) las puntuaciones de los tres grupos fueron muy similares, no hubo variación entre los grupos de no consumidores (63.5), consumidores de bajo riesgo (63.2) y los consumidores de riesgo alto. Lo anterior nos deja como interrogantes: ¿qué ocurre en el procedimiento de demora

de la gratificación o bien? ¿es una medida que es sensible a mejoras del instrumento utilizado?; ¿pasará lo mismo con una medición de este procedimiento de autocontrol a través de una prueba de ejecución?

Dentro de las limitaciones que tiene el presente estudio es que es necesario realizar una medición homogénea de los procedimientos de autocontrol, como se realizó por medio de cuestionario y escalas de autoinforme, pero también de la variable impulsividad, desde la perspectiva del análisis experimental de la conducta como el descuento temporal, ya que permitiría que se estén retomando los procedimientos desde la misma visión.

Otra de las limitaciones es la muestra de participantes, la mayoría fue de estudiantes universitarios cursaban la carrera de Psicología tanto de universidades privadas como de universidades públicas. Debido a que estos estudiantes son los que mostraban mayor colaboración e interés en participar en contestar los cuestionarios. Un reto también es que la batería de instrumentos que se utilice implique poco tiempo de aplicación para que sea sencilla y práctica.

Dentro de las sugerencias es que se pueda revisar las propiedades psicométricas de los instrumentos de medición utilizados y en caso de ser necesario, mejorarlos. Si bien existen algunas propuestas de pruebas de ejecución para evaluar estos procedimientos de autocontrol, e impulsividad, estas deben aplicarse en entornos cuidadosamente controlados lo que dificulta hacer estudios en muestras grandes por el costo de tiempo y del material a emplearse. Por ello la necesidad de tener un instrumento culturalmente relevante, válido, confiable, práctico para aplicarse a muestras grandes y fácil de adaptarse a aplicaciones a distancia ya que, como recientemente ha ocurrido en el mundo la emergencia sanitaria del virus SARS-Cov-2 de la COVID-19 no permitió entre otras cosas, hacer investigaciones cara a cara.

Una pregunta que surge también es si se obtendrían los mismos resultados con pruebas de ejecución y con pruebas de auto reporte; con muestras clínicas y no clínicas; con estudiantes con consumo de diferentes sustancias y no sólo alcohol.

De acuerdo con los resultados de la presente tesis, sugieren que el autocontrol se relaciona negativamente con el consumo excesivo de alcohol, por lo que es una conducta que se puede trabajar y moldear con la población general y clínica para evitar el consumo excesivo de alcohol y con ello las consecuencias que trae consigo el abuso de esta sustancia. El concepto de *reducción de daños* se define como el conjunto de políticas, programas e intervenciones destinados a minimizar las consecuencias adversas que el consumo de sustancias psicoactivas legales o ilegales ocasiona sobre la salud del individuo o a la sociedad. Se opone a los prejuicios infligidos a las personas consumidoras de drogas en nombre del control y prevención del consumo de drogas, y promueve intervenciones que respetan y protegen los derechos humanos fundamentales (Bosque & Brugal, 2016). Por lo que se sugiere que dentro de los programas de prevención y tratamiento se trabaje el autocontrol en cualquiera de las perspectivas retomadas en el presente trabajo: elección, resistencia a la tentación o demora de la gratificación, incluso el descuento temporal.

Referencias

- Adan, A. (2012). Impulsividad funcional y disfuncional en jóvenes con consumo intensivo de alcohol (*binge drinking*). *Adicciones*, 24(1), 17-22.
<https://www.redalyc.org/pdf/2891/289122901003.pdf>
- Aguilar, J., Aguilar, A. & Valencia, A. (2011). Un modelo explicativo del consumo de alcohol entre estudiantes de licenciatura. *Acta de Investigación Psicológica*, 1(3), 491-502.
- Ainslie, G.W. (1974). Impulse control in pigeons. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 21(3), 485-489. doi: 10.1901/jeab.1974.21-485.
- Alonso, M., del Bosque, J., Gómez, M., Rodríguez, L. Esparza, S. & Alonso, B. (2009). Percepción de normas sociales y consumo de alcohol en jóvenes universitarios. *Anuario de Investigación en Adicciones*, 10(1), 41-50.
https://www.cucs.udg.mx/avisos/anuario_investigacion_adicciones/Anuarios_PDFs/Anuario10.pdf#page=41
- American Psychiatric Association (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. American Psychiatric Association.
- Anastasi A. & Urbina, S. (1998). *Test Psicológicos*. Pearson Educación.
- Arrieta, K., Díaz, S. & González, F. (2011). Consumo de alcohol y problemas asociados en estudiantes de una universidad pública de Cartagena. *Rev. Colomb. Psiquiat.*, 40(2), 215-228. <https://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v4n2/original2.pdf>
- Ávila, R. (2010). Medición psicofísica de la conducta social: Dos ejemplos. *Boletín Electrónico de Investigación de la Asociación Oaxaqueña de Psicología A.C.* 6(2), 261-274.
https://www.researchgate.net/profile/Raul-Avila/publication/278967567_MEDICION_PSICOFISICA_DE_LA_CONDUCTA_SOCIAL_DOS_EJEMPLOS/links/5588b48608aeb2994444a549/MEDICION-PSICOFISICA-DE-LA-CONDUCTA-SOCIAL-DOS-EJEMPLOS.pdf
- Ávila, R., Alba, R., Ortega, B. & Campos, K. (2017). Autocontrol en la teoría de la conducta. En C. Santoyo (Coord). *Mecanismos básicos de toma de decisiones: Perspectivas desde las ciencias del comportamiento y del desarrollo*. UNAM.
- Ávila, R., Corona, C.A. & Ortega B.E. (2019). Obesidad y consumo de marihuana: Dos “trastornos” de elección. En C.A. Mirón, T.I. Sotelo, D. Mejía & J. Tánori (Coord.). *Aproximación a los problemas sociales de actualidad desde la psicología*. Fontamara.
- Ávila, R. & Ortega, B.E. (2019). Análisis experimental de la conducta autocontrolada: Implicaciones sociales y clínicas. En R. Bernal-Gamboa y G. Bachá (Ed). *Investigación en aprendizaje, conducta y cognición: Una perspectiva desde la Facultad de Psicología de la UNAM*. UNAM.
- Ávila, R., Ortega, B. E., & Jardines, D. K. (2018). Parámetros de la demora de la gratificación en humanos. *Acta Comportamental*, 26, 15-27.
<https://www.redalyc.org/jatsRepo/2745/274555484002/274555484002.pdf>

- Ávila, R., Ortega, B. & Miranda M. (2018). Efecto de orden de exposición a tres procedimientos de autocontrol en humanos. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 44(2), 130-141. DOI: <http://dx.doi.org/10.5514/rmac.v44.i2.68538>
- Ayala, H. (2001). Intervenciones motivacionales con bebedores problema en México: Resultados iniciales. En *Tratamiento de conductas adictivas* H. Ayala, L. Echeverría (Comp). UNAM.
- Ayala, H., Echeverría, I., Sobell, M., & Sobell, L., (1997). Autocontrol dirigido: Intervención Breve para bebedores excesivos de alcohol en México. *Revista Mexicana de Psicología*, 14(2), 113-127. https://www.researchgate.net/profile/Linda-Sobell/publication/289068823_Directed_self_control_Brief_interventions_for_problem_drinkers_in_Mexico/links/56ac012108aeaa696f2a022f/Directed-self-control-Brief-interventions-for-problem-drinkers-in-Mexico.pdf
- Barragán, L. (2005). *Modelo de intervención cognitivo conductual para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas*. [Tesis doctoral inédita]. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Barragán, L., Flores, M., Ramírez, A. & Ramírez, C. (2008). *Manual del programa de prevención de recaídas*. Secretaría de la Salud.
- Betancourt, D., González, A., Cota, D., Hernández, K. & Salazar, M. (2018). Prácticas parentales y consumo de marihuana en universitarios. *Psicología Iberoamericana*, 26(1), 1-18. <https://www.redalyc.org/jatsRepo/1339/133959553005/133959553005.pdf>
- Bickel, W.K., Odum, A.L. & Madden, G.J. (1999). Impulsivity and cigarette smoking: delay discounting in current, never, and ex-smokers. *Psychopharmacology* 146, 447–454. DOI: <https://doi.org/10.1007/PL00005490>
- Bosque, M. & Brugal, M.T. (2016). Intervenciones de reducción de daños en usuarios de drogas: situación actual y recomendaciones. *Gaceta Sanitaria*, 30 (S1), 99-105. DOI: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0213911116300838?token=9E625E00C76256000F214ED4A05BA88C5BBF542055C90E1942FDE29D8E1B251371325657D95641E36EBE81D6FA14496E&originRegion=us-east-1&originCreation=20220201062140>
- Caamaño, F., Moure, L., Corral, M. & Cadaveira, F. (2017). Traffic accidents and heavy episodic drinking among university students. *Traffic Injury Prevention*, 18(1) 1-2. DOI: 10.1080/15389588.2016.1192284
- Caamaño, F., Moure, L., Doallo, S., Corral, M., Rodríguez, S. & Cadaveira, F. (2017). Heavy episodic drinking and alcohol-related injuries: An open cohort study among college students. *Accident Analysis and Prevention*, 100, 23–29. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aap.2016.12.012>
- Cáceres, D., Salazar, I., Varela, M. & Tovar, J. (2006). Consumo de drogas en jóvenes universitarios y su relación de riesgo y protección de los factores psicosociales. *Universitas Psychologica*, 5(3), 521-534. <https://www.redalyc.org/pdf/647/64750308.pdf>

- Callicó, G. & Celma, J. (2020). *Tomar decisiones autocontroladas frente a situaciones financieras*. En H. E. Reyes, M. L. González & K. I. Martínez (Eds.), *La ciencia del autocontrol: cómo aplicarla a la solución de problemas*. El Manual Moderno.
- Cámara de Diputados (2017). Presupuesto de egresos de la Federación para el ejercicio fiscal 2018. Diario Oficial de la Federación.
- Cámara de Diputados (2019). Presupuesto de egresos de la Federación para el ejercicio fiscal 2020. Diario Oficial de la Federación.
- Campos, K. (2016). *Correlación entre un procedimiento de elección y el auto-reporte de la conducta autocontrolada*. [Tesis de Licenciatura]. UNAM.
- Cano, G. & Cándido, A. (2002). Análisis psicológico conductual de las estrategias de autocontrol implicadas en el consumo de alcohol. *ADICCIONES*, 14(4), 443-454. DOI: <https://doi.org/10.20882/adicciones.475>
- Carranza, R., Pedroza, F. & Reyes, H. (2020). *Impulsividad en la era tecnológica: abuso de redes sociales, videojuegos y entretenimiento digital*. En H. E. Reyes, M. L. González & K. I. Martínez (Eds.), *La ciencia del autocontrol: cómo aplicarla a la solución de problemas*. El Manual Moderno.
- Cole, B. K., Coll, G., & Schoenfeld, W. N. (1982). Análisis experimental del autocontrol (Trad. López, F.) En Ribes, E., & Harzem, P. (Eds.), *Lenguaje y conducta* (pp. 169-192). Ed., 1990. Trillas.
- Comisión Nacional Contra las Adicciones (CONADIC). (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco*. Instituto Nacional de Psiquiatría, Secretaría de Salud. https://encuestas.insp.mx/ena/encodat2017/reporte_encodat_alcohol_2016_2017.pdf
- Comisión Nacional Contra las Adicciones (CONADIC). (2021). *Informe sobre la situación de la salud mental y el consumo de sustancias psicoactivas*. CONADIC. <https://www.gob.mx/salud/conadic/documentos/informe-sobre-la-situacion-de-la-salud-mental-y-el-consumo-de-sustancias-psicoactivas-en-mexico-2021>
- Conde, K., Lichtenberger, A., Peltzer, R. & Cremonte, M. (2017). Consumo excesivo de alcohol: Cambio natural en estudiantes universitarios. *Revista de Salud Pública*, 21(2), 77-85. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/80803>
- Cortés, M., Giménez, J., Motos, P. & Cadaveira, F. (2014). The importance of expectations in the relationship between impulsivity and binge drinking among university students. *Adicciones*, 26(2), 134-145. https://www.researchgate.net/profile/Maria-Cortes-5/publication/265692395_The_importance_of_expectations_in_the_relationship_between_impulsivity_and_binge_drinking_among_university_students/links/5435559e0cf2bf1f1f2914f1/The-importance-of-expectations-in-the-relationship-between-impulsivity-and-binge-drinking-among-university-students.pdf
- Cremonte, M., Ledesma, R., Cherpitel, C., & Borges, G. (2010). Psychometric properties of alcohol screening test in the emergency department in Argentina, Mexico and the United States. *Addict Behav*, 35(9), 818-825. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2010.03.021>
- Cruz, S. (2007). *Los efectos de las drogas: De sueño y pesadillas*. Trillas.

- Cuevas, E. & Hernández-Pozo, M. (2008). Evaluación de la impulsividad en fumadores: Una revisión sistemática. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 34(2), 291-309. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-45342008000200010&script=sci_abstract&tlng=pt
- De Wit, H. (2009). Impulsivity as a determinant and consequence of drug use: a review of underlying processes. *Addict Biol* 14(1), 22–31. DOI: 10.1111/j.1369-1600.2008.00129.x
- Delgado, E. (2014). *Similitudes y diferencias entre cuatro procedimientos de autocontrol: Un estudio exploratorio*. Tesis de Maestría. Universidad de Guadalajara. <http://studylib.es/doc/5333080/ver-abrir---biblioteca-cucba-udeg>
- Del Valle, M., Galli, j., Urquijo, S. & Canet, L. (2019). Adaptación al español de la Escala de Autocontrol y de la Escala de Autocontrol-Abreviada y evidencias de la población universitaria. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 11(2), 52-64. DOI: <http://dx.doi.org/10.32348/1852.4206.v11.n2.23413>
- Díaz, A., Díaz, L.R., Rodríguez, A., Díaz, A., Fernández, H. & Hernández, C. (2011). Eficacia de un programa de intervenciones terapéuticas en estudiantes universitarios diagnosticados con dependencia al alcohol. *Salud Mental*, 34(3), 185-194. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252011000300001
- Díaz, A., Díaz, L.R., Hernández-Ávila, C.; Narro, J., Fernández, H. & Solís, C. (2008). Prevalencia del consumo de riesgoso y dañino de alcohol y factores de riesgo en estudiantes universitarios de primer ingreso. *Salud Mental*, 31(4), 271-282. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252008000400004&script=sci_abstract&tlng=pt
- Domjan, M. (2010). *Principios de aprendizaje y conducta*. Wadsworth Cengage Learning.
- Echeverría, L. Ruiz, G., Salazar, M., Tiburcio, M. & Ayala, H. (2012). *Manual de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema*. Secretaría de Salud.
- Escalante, E. (2014). *Autocontrol en adicciones: Comparación entre una muestra de jóvenes consumidores y no consumidores*. [Tesis de Licenciatura]. Universidad de Sonora.
- Escobedo, M.T., Hernández, J. A., Estebané, V. & Martínez, G. (2016). Modelos de ecuaciones estructurales: Características, fases, construcción, aplicación y resultados. *Ciencia y Trabajo*, 18(55), 16-22. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-24492016000100004>
- Facundo, F., Pedrao, L., Aguilar, I., García, K. & Almanza, S. (2007). Trastornos por consumo de alcohol (AUDIT) en adolescentes y jóvenes marginales de bandas juveniles de México. *Escalona Anna Nery Revista de Enfermagem*, 11(4), 611-618. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452007000400009>
- Fernandes, F., Marín, F. & Urquijo, S. (2010). Relación entre los constructos autocontrol y autoconcepto en niños y jóvenes. *LIBERABIT*, 16(2), 217-226. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272010000200011
- Fernández, F. (2002). El análisis de contenido como ayuda metodológica para la investigación. *Revista de Ciencias Sociales*, 2(96), 35-53. <https://www.redalyc.org/pdf/153/15309604.pdf>

- Fernández, R., Anaya, N., Méndez, J. & Valdez, M. (2013). *Guía para urgencias médicas en la atención de intoxicaciones por abuso de sustancias psicoactivas. Para médicos(as), enfermeros(as) y personal paramédico*. Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México.
- Field, M., Christiansen, P., Cole, J. & Goudie, A. (2007). Delay discounting and the alcohol Stroop in heavy drinking adolescents. *Adicction*, 102(4), 579-586. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2007.01743.x>
- Forcada, R., Pardo, N. & Bondía, B. (2006). Impulsividad en dependientes de cocaína que abandonan el consumo. *Adicciones*, 18(2), 111-117. <https://www.redalyc.org/pdf/2891/289122153003.pdf>
- García, C. (2013). Evaluación de los efectos de un programa de intervención en mujeres con problemas de abuso o dependencia alcohólica. Estudio cuasi-experimental. *Nure Investigación*, 63(1), 14-23. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7666079>
- García, M., Roger, C., De la Rubia, J. & Aguilar, M. (2017). Animal models of drug addiction. *Adicciones*, 29(4), 278-292. https://www.redalyc.org/pdf/2891/289153037007_2.pdf
- Garrido, J. S., Morán, V., Azpilicueta, A. E., Cortez, F., Arbach, K. & Cupani, M. (2019). Análisis de Modelos Rivales Unidimensionales y Bidimensionales de la Escala Breve de Autocontrol en Estudiantes Universitarios Argentinos. *Psicodebate*, 18(2), 26-37. DOI: <http://dx.doi.org/10.18682/pd.v18i2.745>
- Gómez-Maqueo, E. L., Gómez, H.L., Morales, B., Pérez, M. (2009). Uso del AUDIT y del DAST-10 para la identificación de abuso de sustancias psicoactivas y alcohol en adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología*, 18(1), 9-17. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/view/1760>
- González, A. & Matute, E. (2013). *Cerebro y drogas*. El Manual Moderno.
- González, J. C., Ávila, R. y Morales-Chainé, S. (2015). Descuento temporal y probabilístico de dinero y alcohol de usuarios en tratamiento. *Revista de Psicología*, 24(1), 1-14. DOI: 10.5354/0719-0581.2015.36869
- Green, L. & Myerson, J. (2004). A Discounting Framework for Choice With Delayed and Probabilistic Rewards. *Psychol Bull*, 130(5), 769–792. DOI: <https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.5.769>
- Guzmán, F., Llamas, M., Rodríguez, L. & Alonso, M. (2012). Norma subjetiva, intención y consumo de marihuana en jóvenes universitarios de México. *Ciencia y Enfermería*, 18(1), 57-66. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532012000100006>
- Hernández, R., Harzem, P. & Rossi, M. (1990). Ejecución de adultos bajo el paradigma de autocontrol en un videojuego computarizado. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 16, 71-85. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2389389>
- Instituto Nacional de Salud Pública (2008). *Encuesta Nacional de Adicciones*. Secretaría de Salud.

- Iribarren, M., Jiménez, M., García, J. & Rubio, G. (2011). Validación y propiedades psicométricas de la Escala de Impulsividad Estado (EIE). *Actas Esp Psiquiatr*, 39(1), 49-60. <http://3datos.es/content/uploads/2011/02/201101-01.pdf>
- Jiménez, A., Beamonte, A., Marqueta, A., Gargallo, P. & Nerín, I. (2009). Consumo de drogas en estudiantes universitarios de primer curso. *Adicciones*, 21(1), 21-28. DOI: <https://doi.org/10.20882/adicciones.248>
- Juárez, J. (2019). *La huella del placer. De la regulación a la adicción*. El Manual Moderno.
- Kahler, C., Epstein, E. & McCrady, B. (1995). Loos of control and inability to abstain: The measurement of and the relationship between two constructs in male alcoholism. *Addiction*, 90, 1025-1036. DOI: <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.1995.90810252.x>
- Kirby, K. & Petry, N. (2004). Heroin and cocaine abusers have higher discount rates for delayed rewards than alcoholics or non-drug-using controls. *Addiction*, 99(4), 461-471. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2003.00669.x>
- Kirby, K., Petry, N. & Bickel W. (1999). Heroin addicts have higher discount rates for delayed rewards than non-drug-using controls. *Journal of Experimental Psychology: General*, 128(1), 78-87. <https://psycnet.apa.org/buy/1999-00903-004>
- Lira, J., Rosales, M. & Cruz, S. (2020). *Estrategias de autocontrol eficaces en el tratamiento para dejar de fumar*. En H. E. Reyes, M. L. González & K. I. Martínez (Eds.), *La ciencia del autocontrol: cómo aplicarla a la solución de problemas*. El Manual Moderno.
- López, C., López, J. R. & Freixinos, Ma. A. (2003). Retardo de la gratificación y autocontrol en jóvenes antisociales: Características asociadas al género. *Psicología Clínica Legal y Forense*, 3(3), 5-21. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=980992>
- López, F., Martín, I. De la Fuente, I. & Godoy, J. (2000). Estilo atribucional, autocontrol y asertividad como predictores de la severidad del consumo de drogas. *Psicothema*, 12(2), 331-334. <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/7702>
- López, F., Peralta, I., Muñoz, M. & Godoy, J. (2003). Autocontrol y consumo de drogas. *Adicciones*, 15(2), 127-136. DOI: <https://doi.org/10.20882/adicciones.436>
- López, M., Villar, M., Alonso, M., Alonso, M., & Rodríguez, L. (2013). Actitud ante el consumo y no consumo de alcohol en estudiantes de preparatoria-México. *Revista da Escola de Enfermagem*, 47(4), 815-821. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420130000400007>
- Loyola, N. (2011). *Validez y confiabilidad de la Escala de Impulsividad de Barratt versión 11 (BIS-11) en mujeres encarceladas*. [Tesis de Licenciatura]. Pontificia Universidad Católica del Perú.
- MacKillop, J., Amlung, T., Few, L., Ray, L., Sweet, L. & Manufó, M. (2011). Delayed reward discounting and addictive behavior: A metaanalysis. *Psychopharmacology*, 216(3), 305-321. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00213-011-2229-0>
- Martínez, K.I., Contreras, M. & Sánchez, B. (2020). *Estrategias de autocontrol: la base para manejar el consumo de alcohol*. En H. E. Reyes, M. L. González & K. I. Martínez (Eds.),

La ciencia del autocontrol: cómo aplicarla a la solución de problemas. El Manual Moderno.

- Mazur, J. E. (1987). An adjusting procedure for studying delayed reinforcement. In M. L. Commons, J. E. Mazur, J. A. Nevin, & H. Rachlin (Eds.), *The effect of delay and of intervening events on reinforcement value* (pp. 55–73). Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Mazur, J. E. (2014). *Learning and behavior*. Pearson New International Edition.
- McGhee, R., Ehrler, D. & Buckhalt, J. (2018). *Inventario Cinco Factores de Personalidad para Niños*. El Manual Moderno.
- Medina-Mora, M.E., Carreno, S., & De la Fuente, J.R. (1998). Experience with the alcohol use disorders identification test (AUDIT) in Mexico. *Recent Developments in Alcoholism*, 24, 383-396. DOI: https://doi.org/10.1007/0-306-47148-5_19
- Medina-Mora, M.E. Villatoro-Velázquez, J., Fleiz-Bautista, C., Téllez-Rojo, M., Mendoza-Alvarado, L., Romero-Martínez, M., Gutiérrez-Reyes, J., Castro-Tinoco, M., Hernández-Ávila, M, Tena-Tamayo, C., Alvear-Sevilla, C. & Guisa-Cruz., V. (2012). *Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Alcohol*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública y Secretaría de Salud.
- Mejía, D., Morales-Chainé, S. & Nieto, J. (2015). Descuento temporal asociado al uso de cocaína. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 41(1), 86-101. <https://www.redalyc.org/pdf/593/59338802005.pdf>
- Mischel, W. (2015). *El test de la golosina. Cómo entender y manejar el autocontrol*. Barcelona: Penguin Random House Grupo Editorial.
- Mischel, W., Shoda, Y. & Rodríguez, M. (1989). Delay of gratification in children. *Science*, 244 (4907), 933–938. DOI: 10.1126/science.2658056
- Monteiro, M. (2007). *Alcohol y salud pública en las Américas: Un caso para la acción*. Washington, D.C: OPS.
- Monteiro, M. (2013). Alcohol y salud pública en América Latina: ¿Cómo impedir un desastre sanitario? *Adicciones*, 25(2), 99-105. DOI: <https://doi.org/10.20882/adicciones.56>
- Montgomery, W. (2018). Teoría, investigación y aplicaciones clínicas del autocontrol. *Revista de Investigación en Psicología*, 11(2), 215-225. <http://hdl.handle.net/123456789/1610>
- Montoya, E., Cunningham, J., Brands, B., Strike, C. & Miotto, M. (2009). Consumo percibido y uso de drogas lícitas e ilícitas en estudiantes universitarios en la ciudad de Medellín, Colombia. *Rev Latinoamericana Enfermagem*, 17(Esp), 886-892. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692009000700020>
- Mora-Ríos, J. & Natera, G. (2001). Expectativas, consumo de alcohol y problemas asociados en estudiantes universitarios de la Ciudad de México. *Salud Pública*, 43(2), 89-96. <https://www.scielosp.org/article/spm/2001.v43n2/89-96/es/>
- Morales, J.I., Fernández, I., Tudón, H., Escobedo, J., Zarate, A., & Madrazo, M. (2002). Prevalencia del consumo riesgoso y dañino de alcohol en derechohabientes del Instituto

- Mexicano del Seguro Social. *Salud Pública de México*, 44(2), 113-121.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342002000200005&script=sci_arttext
- Moure, L., Doallo, S., Juan, P., Corral, M., Cadaveira, F. & Caamaño, F. (2016). Consumo intensivo de alcohol, cannabis, y prácticas sexuales de riesgo en estudiantes universitarios. *Gaceta Sanitaria*, 30(6), 438-443. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.03.007>
- Nunnally, J. & Bernstein, I. (1995). *Teoría Psicométrica*. McGraw-Hill.
- Nolla, E., Paredes, J. & Rojas, A. (2015). *El trago estándar en México: Una herramienta para la prevención del uso nocivo de alcohol*. FISAC.
- Obando, D. & Peña, T. (2013). Restructuración de la conducta y activación social como estrategias de autocontrol frente al consumo de alcohol en adultos. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 13(1), 13-25. DOI: <https://doi.org/10.18270/chps.v13i1.1354>
- Odum, A.L. (2011). Delay discounting: Trait variable? *Behav Processes*, 87(1): 1–9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.beproc.2011.02.007>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2001). *AUDIT Cuestionario de Identificación de los Trastornos debido al consumo de alcohol. Pautas para su utilización en atención primaria*. OMS.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2008). *Alcohol y atención primaria de la salud. Informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas*. OPS/OMS.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2013). *Prevención de Traumatismos relacionados con el alcohol en las Américas: de la evidencia a la acción política*. OPS/OMS.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2015). *Informe de situación regional sobre el alcohol y la salud en las Américas*. OPS/OMS.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2019). *Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud 2018 (Resumen)*. OPS/OMS.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2021). *Informe de situación regional sobre el alcohol y la salud en las Américas 2020*. OPS/OMS.
- Ortega, B. (2016). *Relación entre la conducta autocontrolada y la conducta adictiva en procedimientos de “abstención” y demora de la gratificación*. [Tesis de Maestría]. UNAM.
- Ortega, B., Ávila, R. & Miranda, M. (2019). Demora de la gratificación en consumidores, ex consumidores y no consumidores de marihuana. *Conductual*, 7(1), 26-43.
https://www.researchgate.net/profile/Brenda-E-Ortega/publication/333787624_Demora_de_la_gratificacion_en_consumidores_de_marijuana/links/5d043ad892851c90043c85ac/Demora-de-la-gratificacion-en-consumidores-de-marijuana.pdf

- Páez, F., Jiménez, A., López, A., Raull, J., Ortega, H. & Nicolini, H. (1996). Estudio de validez de la traducción al castellano de la Escala de Impulsividad de Plutchik. *Salud Mental*, 19(Suplemento), 10-12.
http://www.revistasaludmental.com.mx/index.php/salud_mental/article/view/628
- Padilla, M. & dos Santos, C. V. (2020). *Estrategias para disminuir la procrastinación y sus efectos dañinos sobre la salud*. En H. E. Reyes, M. L. González & K. I. Martínez (Eds.), *La ciencia del autocontrol: cómo aplicarla a la solución de problemas*. El Manual Moderno.
- Palacios, H. (2010). *Parámetros temporales de la conducta de autocontrol en humanos*. [Tesis de Licenciatura]. UNAM.
- Palacios, H., Ávila, R., Juárez, A. & Miranda, P. (2011). Parámetros temporales de la conducta de autocontrol en humanos. *International Journal of Psychological Research*, 4(1), 16-23.
<https://www.redalyc.org/pdf/2990/299022819003.pdf>
- Parada, M. (2009). *Consecuencias neuropsicológicas del consumo intensivo de alcohol (binge drinking) en jóvenes universitarios*. [Tesis de Doctorado] Universidad de Santiago de Compostela.
- Pedrero, E. (2009). Evaluación de la impulsividad funcional y disfuncional en adictos a sustancias mediante el Inventario de Dickman. *Psicothema*, 21(4), 585-591.
<https://www.redalyc.org/pdf/727/72711895014.pdf>
- Pedrosa, F.J. (2020). Introducción: sobre la psicología científica y el autocontrol. En H. E. Reyes, M. L. González & K. I. Martínez (Eds.), *La ciencia del autocontrol: cómo aplicarla a la solución de problemas*. El Manual Moderno.
- Pérez, M., Gázquez, J., Molero, M., Cardila, F., Martos, Á., Barragán, A., Carrión, J. & Mercader, I. (2015). Impulsividad y consumo de alcohol y tabaco en adolescentes. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 5(3), 371-382. DOI: <https://doi.org/10.30552/ejihpe.v5i3.139>
- Pérez, M. & Lucio-Gómez, E. (2010). Construcción de un modelo de riesgo en el consumo de alcohol y otras sustancias ilícitas en adolescentes estudiantes de bachillerato. *Salud y Drogas*, 10(1), 79-96. <https://www.redalyc.org/pdf/839/83915075004.pdf>
- Perkins, H. W. (2002). Surveying the damage: A review of research on consequences of alcohol misuse in college populations. *Journal of Studies on Alcohol*, 14 (Suplement), 91-139. DOI: <https://doi.org/10.15288/jsas.2002.s14.91>
- Perry, J.L. & Carroll, M.E. (2008). The rol of impulsive behavior in drug abuse. *Psychopharmacology*, 200(1), 1-26. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00213-008-1173-0>
- Petry, N. M. (2001). Delay discounting of money and alcohol in actively using alcoholics, currently abstinent alcoholics, and controls. *Psychopharmacology*, 154, 243-250. DOI: <https://doi.org/10.1007/s002130000638>
- Pimentel, C., Gomes, T., Vera, J. & Barroca, G. (2014). Actitud, intención y uso de bebidas alcohólicas. *Actas de investigación Psicológica*, 4(1), 1356-1369. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2007-4719\(14\)70380-1](https://doi.org/10.1016/S2007-4719(14)70380-1)

- Piug, A., Cortaza, L. & Pillon, S. (2011). Consumo de alcohol entre estudiantes mexicanos de medicina. *Rev. Latino-Am. Enfermagen*, 19(Especial), 714-721. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000700008>
- Postigo, A. (2018). *Descuento por demora en fumadores con y sin historia de trastorno por consumo de alcohol*. [Tesis de Máster]. Universidad de Oviedo
- Quiroga, H. & Cabrera, A. (Trads.) (2003). Detección e intervención breve de alcohol para estudiantes universitarios con consumo excesivo, abuso o dependencia leve (DIBAEU). Un enfoque en reducción de daños. UNAM/Programa de Conductas Adictivas
- Quiroga, H., Sánchez-Sosa, J., Medina-Mora, M. & Aparicio, T. (2007). Desarrollo de un modelo cognitivo-conductual motivacional de atención escalonada para estudiantes universitarios con problemas de alcohol. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39(3), 563-577. <https://core.ac.uk/download/pdf/229323094.pdf>
- Rachlin, H. (2000). *The science of self-control*. Harvard University Press.
- Rachlin, H. & Green, L. (1972). Commitment, choice and self-control. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 17, 15-22. DOI: <https://doi.org/10.1901/jeab.1972.17-15>
- Rehm, J. & Monteiro, M. (2005). Alcohol consumption and burden of disease in the Americas: implications for alcohol policy. *Pan American Journal of Public Health*, 18(4/5), 241-248. https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpsp/v18n4-5/28085.pdf
- Reyes, H.E. (2020). *Autocontrol: una conceptualización desde el análisis de la conducta*. En H. E. Reyes, M. L. González & K. I. Martínez (Eds.), *La ciencia del autocontrol: cómo aplicarla a la solución de problemas*. El Manual Moderno.
- Riaño, D., Guillén, A. & Buela-Casal, G. (2015). Conceptualización y evaluación de la impulsividad en adolescentes: una revisión sistemática. *Universitas Psychologica*, 14(3), 1077-1090. <https://psycnet.apa.org/record/2016-44614-024>
- Rueda, F., Pinto, L. & Ávila, A. (2016). Impulsividad y facetas de la personalidad: Relación entre instrumentos de medida. *Ciencias Psicológicas*, 10(1), 7-16. http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-42212016000100002&script=sci_arttext
- Salazar, M., Ávila, O., Pérez, J. & Martínez, K. (2010). Detección temprana de jóvenes universitarios en riesgo por consumo de alcohol. *Investigación y Ciencia*, 18(50), 40-46. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6088893>
- Sánchez, I., Roa, V., Gómez, C. & Rodríguez, A. (2008). Prevalencia de consumo riesgoso y dañino de alcohol en adolescentes de una escuela preuniversitaria urbana de Morelia. *Revista Cubana de Pediatría*, 80(4).
- Sánchez-Hoil, A., Andueza M., Santana, A., Hoil, J. & CuFarfán, J. (2017). Características sociodemográficas y perfil de consumo de tabaco y drogas en estudiantes de dos universidades de México. *Revista Biomédica*, 1(28), 11-27. DOI: <https://doi.org/10.32776/revbiomed.v28i1.552>

- Saunders, J., Aasland, O., Babor, T., De la Fuente, J. & Grant, M. (1993). Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT): WHO Collaborative 138royecto n early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction*, 88, 791-804. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1993.tb02093.x>
- Secretaría de Salud (1988). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de Actividades, Establecimientos, Productos y Servicios. Diario Oficial de la Federación.
- Secretaría de Salud (1992). Ley General de Salud. Diario Oficial de la Federación.
- Secretaría de Salud (2014). Norma Oficial Mexicana NOM-142-SSA1/SCFI-2014. Bebidas alcohólicas. Especificaciones sanitarias. Etiquetado sanitario y comercial. Diario Oficial de la Federación.
- Skinner, B.F. (1953). *Science and human behavior*. Simon & Schuster.
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2007). *Código ético del psicólogo*. Trillas.
- Squillace, M., Picón, J. & Schmidt, v. (2011). El concepto de impulsividad y su ubicación en las teorías psicobiológicas de la personalidad. *Revista Neuropsicología Latinoamericana*, 3(1), 8-18. <https://www.redalyc.org/pdf/4395/439542494002.pdf>
- Stanford, M.S., Mathias, C.W. Dougherty, D.M., Lake, S.L., Anderson, N.E. & Patton J.H. (2009). Fifty years of the Barratt Impulsiveness Scale: An update and review. *Personality and Individual Differences* 47, 385-395. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.04.008>
- Stein, J., Johnson, P., Renda, R., Smits, R., Liston, K., Shahan, T. & Madden, G. (2013). Early and prolonged exposure to reward delay: effects on impulsive choice and alcohol self-administration in male rats. *Exp Clin Psychopharmacol*, 21(2), 172–180. DOI: <https://doi.org/10.1037/a0031245>
- Tamez, V., Cerda, R., Marín, E., Machado, M., Dávila, R., Rodríguez, L. & Martínez, R. (2013). Evaluación del consumo de alcohol y sus motivaciones en estudiantes del noreste de México. *Revista Medicina Universitaria*, 15(58), 3-9. https://www.researchgate.net/profile/Ricardo-Cerda-Flores/publication/236162027_Evaluation_of_alcohol_consumption_and_its_motivations_in_students_of_Northeastern_Mexico/links/00b7d51bf08047459e000000/Evaluation-of-alcohol-consumption-and-its-motivations-in-students-of-Northeastern-Mexico.pdf
- Tapia A. & Buenrostro M. (2020). *Control de los impulsos sexuales*. En H. E. Reyes, M. L. González & K. I. Martínez (Eds.), *La ciencia del autocontrol: cómo aplicarla a la solución de problemas*. El Manual Moderno.
- Toledo, A. & Ávila, R. (2016). ¿El método modula la relación entre descuentos temporal, probabilístico y social? *Acta de Investigación Psicológica*, 6(2), 2477-2488. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aippr.2016.06.011>
- Tovar, E. & Reyes, H. (2020). *Autocontrol: el verdadero tratamiento para las enfermedades crónicas y el cuidado de la salud*. En H. E. Reyes, M. L. González & K. I. Martínez (Eds.), *La ciencia del autocontrol: cómo aplicarla a la solución de problemas*. El Manual Moderno.

- Villatoro, J., Medina–Mora, M., Rojano, C., Fleiz, C., Bermúdez, P., Castro, P. & Juárez, F. (2002). ¿Ha cambiado el consumo de alcohol y drogas en estudiantes? Resultados de la Encuesta de estudiantes. *Salud Mental*, 25(1), 43-54. DOI: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=17608>
- Villatoro, J., Medina–Mora, M., Fleiz, C., Moreno, M., Oliva, N., Bustos M., Fregoso D., Gutiérrez, M. & Amador, N. (2012). El consumo de drogas en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones, 2011. *Salud Mental*, 35(6), 447-457. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252012000600001&script=sci_abstract&tlng=pt
- Villatoro, J., Medina-Mora, M., del Campo, R., Fregoso, D., Bustos, M., Resendiz, E., Mujica, R., Betrón, M., Soto, I. & Cañas., V. (2016). El consumo de drogas en estudiantes en México: Tendencias y magnitud del problema. *Salud Mental*, 39(4), 193-203. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=67799>
- Washio, Y., Higgins, S.T., Heil, S.H. McKerchar, T. L., Badger, G.J., Skelly, J.M. & Dantona, R.L. (2011). Delay discounting is associated with treatment response among cocaine-dependent outpatients. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 19(3), 243-248. DOI: <https://doi.org/10.1037/a0023617>
- Weidberg, S., González, A. & Secades, R. (2017). Descuento por demora en usuarios de cigarrillos electrónicos: fumadores y exfumadores. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 17(1), 1-8. <https://www.redalyc.org/pdf/337/33749097003.pdf>
- Yi, R., Mitchell, S. H. & Bickel, W. K. (2010). Delay discounting and substance abuse dependence. In G. J. Madden y W. K. Bickel (Eds.), *Impulsivity: The behavioral and neurological science of discounting* (pp. 191-211). American Psychological Association. DOI: <https://doi.org/10.1037/12069-007>

Apéndice

Apéndice A

Tabla 1

Instrumentos/Escalas/pruebas de ejecución utilizadas para medir Autocontrol/Impulsividad para averiguar la relación con el alcohol y el consumo de sustancias

Instrumentos de Evaluación	Autor(es)	Concepto que mide	Definición del concepto	Dimensiones y Confiabilidad
Cuestionario de Autocontrol- Abstención/Demora de la Gratificación (CA-A/DG)	Ortega (2016)	Autocontrol	Una situación de demora de la gratificación desde la perspectiva de Mischel	15 reactivos. Las dimensiones que lo conforman son: <i>conclusión de actividades de responsabilidad, conclusión de periodos de espera, conclusión de actividades aversivas</i> . Su confiabilidad total es de 0.66.
Cuestionario de Autocontrol- Elección (CA-E)	Campos (2016)	Autocontrol	Una situación de elección entre recompensas de diferente magnitud y demora de entrega desde la perspectiva de Ainslie	20 reactivos. Está conformado por cinco factores: <i>dedicación, falta de previsión, impetuoso, falta de premeditación y actuación espontánea</i> . Su alfa de Cronbach reportada es de .80
Cuestionario de Autocontrol de Rosenbaum	Rosenbaum (1980; como se citó en García, 2013; López, Peral, Muñoz & Godoy, 2003; Escalante, 2014)	Autocontrol	Competencia aprendida o habilidades para controlar los efectos interferentes de los eventos internos (tales como emociones y dolor o pensamientos no deseados) que afectan a la ejecución de la conducta.	36 ítems. Las dimensiones que lo conforman son: <i>autocontrol correctivo, autocontrol formativo y autoeficacia percibida</i> . Su confiabilidad de 0.86 por el método test-retest,

Escala Breve de Autocontrol (BSCS)	Tangney et al. (2004; como se citó en Garrido, Morán, Azpilicueta, Cortez, Arbach & Cupani, 2019).	Autocontrol	Se refiere a la regulación de los impulsos para el logro de objetivos a largo plazo. Es la habilidad de una persona para invalidar, inhibir y regular impulsos socialmente inaceptables e indeseables, que de ser expresados llevarían a una gratificación inmediata, pero que al ser inhibidos permiten el logro de resultados favorables en el futuro.	13 ítems con cinco factores: Autodisciplina, Hábitos Deliberados/ No Impulsivos, Hábitos Saludables, Ética de Trabajo y Confiabilidad. La fiabilidad reportada es de un alfa de Cronbach de .85.
<i>Continuación Tabla 1</i>				
Escala de Autocontrol (EAC)	Tangney et al. (2004; como se citó en Del Valle, Galli, Urquijo & Canet, 2019)	Autocontrol	Es la capacidad de las personas para anular o modificar las respuestas prepotentes y para interrumpir tendencias comportamentales indeseadas, absteniéndose de actuar en función de las mismas.	36 reactivos, con los factores: Control no reflexivo de los impulsos, Autodisciplina y Control reflexivo de los impulsos. Confiabilidad de .82
Escala de Autocontrol Abreviada (EAC-A)	Tangney et al. (2004; como se citó en Del Valle, Galli, Urquijo & Canet, 2019)	Autocontrol	Es la capacidad de las personas para anular o modificar las respuestas prepotentes y para interrumpir tendencias comportamentales indeseadas, absteniéndose de actuar en función de las mismas.	13 reactivos con los factores: Autodisciplina y Control de los impulsos. Confiabilidad de .75
Videojuego computarizado	Hernández, Harzem & Rossi (1990).	Autocontrol	Una situación de elección entre recompensas de diferente magnitud y demora de entrega desde la perspectiva de Ainslie	Se empleó un juego computarizado de elección. Donde se habilitaron una serie de cinco condiciones concurrentes encadenadas con un programa encadenado del tipo intervalo variable y tiempo fijo (IV-TF) para una opción y otro encadenado IV-TF para la otra. No se reporta confiabilidad.

Tarea computarizada de “resistencia a la tentación”	Palacios (2010); Palacios, Ávila, Juárez & Miranda (2011).	Autocontrol	Restricción a la que se somete el sujeto, ante la libre disponibilidad del reforzador para no recibir el reforzador hasta que se realice la respuesta prescrita como lo proponen Cole, Coll & Schoenfeld (1982).	La computadora se usó para presentar videos de programas de televisión usando lenguaje Visual Basic 6.0, y el ratón se usó como operando No se reporta confiabilidad
Escala de impulsividad de Barrat (BIS-11).	Patton, Barrat & Standford (1995).	Impulsividad	Característica de personalidad de predisposición a actuar rápido ante estímulos tanto internos como externos, sin pensar en las consecuencias	30 reactivos. Su estructura está conformada por tres factores: <i>impulsividad atencional/cognitiva</i> , <i>impulsividad motora</i> e <i>impulsividad no planeada</i> . Su confiabilidad varía con un alfa de Cronbach de .79 a .82
<i>Continuación Tabla 1</i>				
El Inventario de Impulsividad de Dickman (DII)	Dickman, 1990 (como se citó en Adan, 2012).	Impulsividad	Tendencia a actuar con falta de previsión, sin evaluar las consecuencias que puedan derivarse.	23 reactivos. Sus dimensiones son: <i>impulsividad funcional</i> e <i>impulsividad disfuncional</i> . Con un alfa de Cronbach de .87
Escala de Impulsividad de Plutchik (EI)	Plutchik & Van Praag (1989; como se citó en Páez, Jiménez, López, Raull, Ortega & Nicolini, 1996)	Impulsividad	Tiene en cuenta la tendencia de involucrarse en conductas compulsivas que reflejan pérdidas de control. Aborda temas como: planeación, comportamientos impulsivos, alimentación, control emocional y control conductual.	15 reactivos. Sus dimensiones son: <i>autocontrol</i> , <i>planeación</i> y <i>acción a futuro</i> , <i>conductas fisiológicas</i> y <i>actuación espontánea</i> . Con un alfa de Cronbach de .66
Escala de Impulsividad Estado (EIE)	Iribarren, Jiménez, García & Rubio (2011).	Impulsividad	Tendencia a responder de forma rápida, no planificada y sin tener en cuenta las consecuencias de esa conducta	20 reactivos. Su estructura está conformada por tres dimensiones: <i>gratificación</i> , <i>automatismo</i> y <i>atencional</i> . Su confiabilidad reportada es de .88.

<p>Escala Breve de Impulsividad (UPPS-P)</p>	<p>Cándido, Orduña, Perales, Verdejo-García y Billieux, 2012; citados en Navas, Torres, Cándido & Perales, 2014)</p>	<p>Impulsividad</p>	<p>También llamada urgencia positiva: Tendencia a responder a estado de ánimo positivo con comportamiento de riesgo (acción precipitada).</p>	<p>20 ítems. Conformada por cinco dimensiones: urgencia positiva y negativa, falta de premeditación, falta de perseverancia y búsqueda de sensaciones. Su confiabilidad reportada es de entre .61 y .81</p>
<p>Tarea de descuento por demora empleando un ordenador portátil.</p>	<p>Holt, Green y Myerson (2012; como se citó en Weidberg, González & Secades 2017).</p>	<p>Impulsividad</p>	<p>Describe la devaluación de un reforzador en función del incremento del tiempo para recibirlo</p>	<p>Varias elecciones, que iban desde recibir 1.000€ hipotéticos tras una demora fija, o varias cantidades inmediatas de dinero empleando un procedimiento de ajuste de cantidades. Las demoras usadas fueron un día, una semana, un mes, seis meses, un año, cinco y 25 años. El valor de la opción inmediata variaba de 5€ a 1.000€ en incrementos de 5€ y se adaptaba mediante un procedimiento de ajuste de los puntos de indiferencia basado en las respuestas de los participantes.</p> <p>No se reporta confiabilidad</p>
<p>Tarea que consistió en la presentación de una serie de elecciones entre recompensas que variaban en magnitud y demora de entrega</p>	<p>González, Ávila, Morales-Chainé (2015).</p>	<p>Impulsividad</p>	<p>La disminución del valor psicológico o subjetivo de una recompensa específica en función del tiempo que transcurre entre la elección y la entrega de esta</p>	<p>Elección entre una cantidad de dinero disponible de inmediato y \$1000 MXP (aproximadamente \$650 USD o €600) disponibles después de cierta demora. El valor de la recompensa inmediata o segura podía variar entre \$50 y \$1000 en intervalos de \$50. Se determinaron los puntos de indiferencia para seis demoras (1, 2, 7, 30, 180 y 365 días).</p> <p>No se reporta confiabilidad.</p>

Nota: Compilación del autor acerca de las escalas, inventarios, cuestionarios o pruebas de ejecución reportadas en la literatura que miden autocontrol e impulsividad.

Apéndice B

Tabla 2

Ejemplo de reactivos de Cuestionarios/Escalas de Autocontrol

Escala	Reactivos
Escala de Autocontrol (EAC)	<p>Digo cosas inapropiadas. Cambio de opinión bastante a menudo. Digo todo lo que se me viene a la cabeza. Me resulta difícil levantarme en la mañana. Me gustaría tener más auto-disciplina. Soy confiable El placer y la diversión a veces evitan que haga mi trabajo A veces no puedo dejar de hacer ciertas cosas, incluso si sé que están mal. A veces bebo o consumo drogas en exceso.</p>
Escala de Autocontrol Abreviada (EAC-A)	<p>Soy bueno/a resistiendo tentaciones. Soy haragán/a, vago/a. Me gustaría tener más auto-disciplina. La gente diría que tengo una auto-disciplina de hierro Tengo problemas para concentrarme.</p>
Cuestionario de Autocontrol de Rosenbaum	<p>Cuando realizo una tarea tediosa, trato de pensar en sus partes menos aburridas y en las consecuencias que obtendré al finalizarlas. Me es difícil manejar mis sentimientos de nerviosismo y tensión sin recibir ayuda externa. Trabajo y cumplo mis obligaciones más rápidamente cuando alguien me presiona. Cuando estoy de mal humor, intento hacer cosas para mejorar mi estado de ánimo. Mi autoestima se incrementa cuando me veo capaz de superar un mal hábito.</p>

Nota: compilación de algunos reactivos de las escalas que miden autocontrol.

Apéndice C

Tabla 3

Ejemplo de reactivos de Cuestionarios/Escalas de Impulsividad

Escala	Reactivos
Escala de Impulsividad Estado (EIE)	<p>Busco actividades en las que obtengo un placer rápido, aunque sean perjudiciales. Suelo caer en tentaciones que me dificultan cumplir con un compromiso. Cuando algo se me antoja voy a por ello de forma inmediata, sin poder esperar. Me cuesta parar de hacer algo aunque vea que me estoy equivocando. Tengo reacciones automáticas que no puedo evitar. No pongo freno a mis reacciones por más que alguien me diga que pare. Ante un imprevisto actúo sin pensar en las consecuencias. Respondo antes de que hayan terminado de formular una pregunta. En algunas situaciones no espero lo suficiente y actúo antes de tiempo</p>
El Inventario de Impulsividad de Dickman (DII)	<p>Trato de evitar las actividades en las que debes actuar sin tomar mucho tiempo para pensar. Me gustaría trabajar en algo que requiriera tomar decisiones rápidas. Frecuentemente concierdo citas sin estar seguro de poder asistir. No me gusta hacer las cosas rápidamente, incluso cuando estoy haciendo algo que no es difícil. Se me da bien razonar cuidadosamente. Me gustan los deportes y juegos en los que debes elegir rápidamente tu próximo movimiento. Con frecuencia me busco problemas porque no pienso antes de actuar. La gente me admira porque soy capaz de pensar con rapidez.</p>
Escala de Impulsividad de Plutchik	<p>¿le resulta difícil esperar en una fila? ¿gasta dinero impulsivamente? ¿es usted impulsivo? ¿le resulta fácil concentrarse? ¿le resulta difícil controlar sus impulsos sexuales? ¿hace cosas sin pensarlas? ¿se distrae con facilidad?</p>

Escala Breve de Impulsividad (UPPS-P)

Cuando estoy molesto, muchas veces hago cosas sin pensar.
Cuando me siento mal, muchas veces hago cosas para sentirme mejor que después lamento.
Cuando estoy de muy buen humor, hago cosas que podrían meterme en problemas.
Hago las cosas a tiempo.
Me molesto cuando no termino las cosas.
Soy muy cuidadoso/a.
Digo las cosas sin pensar.
Me gustaría saltar en paracaídas
Me gusta correr riesgos

Escala de impulsividad de Barrat (BIS-11).

Planifico mis tareas cuidadosamente.
Soy despreocupado.
Ahorro con regularidad.
Pienso cuidadosamente.
Cambio de trabajo constantemente.
Sólo puedo pensar una cosa a la vez
Estoy más interesado en el presente que en el futuro.
Me gustan los rompecabezas.

Nota: compilación de algunos reactivos de las escalas que miden impulsividad.

Apéndice D

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Psicología

Programa de Maestría y Doctorado

Sexo: H M **Edad:** _____ **Licenciatura:** _____ **Semestre:** _____
Universidad: _____ **Tipo:** Pública () Privada ()

¡Hola! El presente cuestionario es parte de una investigación llevada a cabo por la Facultad de Psicología, UNAM. Este cuestionario NO tiene la finalidad de evaluación, ni diagnóstico; sino simplemente conocer los pensamientos y experiencias cotidianas de los estudiantes universitarios con respecto al control de sí mismos en distintas situaciones.

Instrucciones:

A continuación, encontrarás una definición de dos conceptos llamados “tentación” y “Resistencia a la tentación”, por favor lee estas definiciones y cuando termines, notifícalo al aplicador de este cuestionario. Él te hará las preguntas que se encuentran más adelante, contéstalas con respecto a lo que tú pienses o hagas regularmente. Recuerda que No existen respuestas correctas NI incorrectas; son completamente anónimas y confidenciales.

Acepto participar de forma Voluntaria en el presente estudio

 Firma de consentimiento

Definiciones**Tentación:**

“Es un impulso de hacer o tomar algo atrayente o placentero que puede estar disponible, pero no debe ser tomada o realizarse”

Resistencia a la tentación:

“Comportamiento de autocontrol que realiza un sujeto que se abstiene de consumir una recompensa o realizar una actividad placentera (tentación) hasta cumplir con un criterio (por ejemplo, cierto tiempo o hasta realizar otra actividad) preestablecido por el mismo sujeto, por la condición o por alguien más”

“comportamiento de autocontrol que consiste en que la persona se abstenga o posponga consumir o aceptar una recompensa altamente placentera antes de cumplir con un criterio establecido con anterioridad por el mismo sujeto o por una condición externa.

Preguntas

1. Menciona algunas cosas o eventos que **son una tentación** para ti.

2. Menciona al menos cinco ejemplos de situaciones de tu vida cotidiana en las que se te hayan **presentado algunas tentaciones**. Independientemente si caíste en ella o no.

3. Describe cuándo te fue **imposible resistirte** a una tentación.

4. Menciona algunos ejemplos de tu vida cotidiana donde se te haya presentado una tentación, pero que **pudiste resistir a ésta**.

5. Describe situaciones en tu vida donde generalmente **no puedas esperar** para recibir una gratificación (producto, premio recompensa, dinero, etc.) que te gusta, quieres, deseas, necesitas, etc.

6. Menciona en algunas situaciones de tu vida cotidiana en las **cuales te cuesta trabajo terminar de realizar una actividad que es necesaria para obtener una recompensa** (producto, premio recompensa, dinero, etc.) que te gusta, quieres, deseas, necesitas, etc.

7. Menciona cuándo **sí logras esperar** para obtener una gratificación, antes de terminar una tarea o actividad de tu vida cotidiana.

Apéndice E

Fecha: _____ Juez: _____ Institución: _____

Grado académico: _____ Área de trabajo: _____ Folio: _____

Escala de Resistencia a la Tentación (ERT)

La Escala de Resistencia a la Tentación (ERT) es parte de una investigación de la Facultad de Psicología, UNAM. Esta escala se basa en la teoría que sustenta un procedimiento experimental propuesto por Cole, Coll & Schoenfeld (1982) para el estudio de la conducta de autocontrol. Tal procedimiento consiste en exponer a un sujeto a la presencia de una recompensa/reforzador que permanece disponible (ER1), pero el cual el sujeto debe tomar hasta cumplir con un criterio de respuesta preestablecida (ER2).

Conforme a lo anterior, la ERT pretende ser un instrumento que permita medir el nivel de autocontrol de una persona en una situación que implique resistir a una “tentación” En una primera fase se buscó conocer qué era una tentación para los jóvenes universitarios y qué situaciones les resulta fácil o difícil resistir tentaciones de su vida cotidiana. Con base en la información obtenida en esta primera fase, se procedió a la elaboración de los reactivos que conformarán la ERT.

Considerando su expertiz en la elaboración de instrumentos psicológicos, se solicita su colaboración para verificar y calificar el cumplimiento de los criterios necesarios de construcción de reactivos que se elaboraron para esta escala.

La revisión que realizará consiste en señalar qué criterios cumple cada reactivo, para ello calificará cada reactivo en todos los rubros que aparecen en las columnas numerada del 1-13. La calificación otorgada es 0=No lo cumple ó 1=Sí lo cumple. Observe el siguiente ejemplo:

<i>Formato de Evaluación de los reactivos</i>															
<i>Reactivos</i>	<i>Criterios de construcción</i>													<i>Total</i>	<i>Observaciones</i>
	<i>0=No lo cumple; 1=Lo cumple</i>														
	<i>1. Lenguaje sencillo (vs. complejo o rebuscado)</i>	<i>2. Frase corta (vs. larga)</i>	<i>3. Construcción gramatical sencilla (vs. compleja)</i>	<i>4. Una sola idea (vs. dos o más ideas)</i>	<i>5. Términos precisos (vs. ambiguos o de múltiples significados)</i>	<i>6. Términos comunes (vs. de expertos o de profesionales)</i>	<i>7. Ausencia de adverbios o adjetivos absolutos</i>	<i>8. Ausencia de la palabra “no”</i>	<i>9. Ausencia de dobles negativos</i>	<i>10. Afirmación relativa a creencias u opiniones (vs. a hechos)</i>	<i>11. Contestado de la diferente manera por los participantes</i>	<i>12. Fácil de responder, no amenazante o avergonzante</i>	<i>13. No inductor de la respuesta o sesgado</i>		
Reviso el celular de mi pareja si tengo la oportunidad, aunque sé que le puede molestar.	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0		Mejorar la redacción del reactivo para que no tenga una carga de deseabilidad social

Apéndice F

Fecha: _____ **Juez:** _____ **Institución:** _____ **Folio:** _____

Grado académico: _____ **Área de trabajo:** _____

La Escala de Resistencia a la Tentación (ERT) es parte de una investigación de la Facultad de Psicología, UNAM. Esta escala se basa en la teoría que sustenta un procedimiento experimental propuesto por Cole, Coll & Schoenfeld (1982) para el estudio de la conducta de autocontrol. **Tal procedimiento consiste en exponer a un sujeto a la presencia de una recompensa/reforzador que permanece disponible (ER1), pero el cual el sujeto debe tomar hasta cumplir con un criterio de respuesta preestablecida (ER2).**

Conforme a lo anterior, la ERT pretende ser un instrumento que permita medir el autocontrol de una persona en una situación que implique resistir a una “tentación” En una primera fase se buscó conocer qué era una tentación para los jóvenes universitarios y qué situaciones les resulta fácil o difícil resistir tentaciones de su vida cotidiana, como resultado se definieron siete categorías. Con base en la información obtenida en esta primera fase, se procedió a la elaboración de los reactivos que conformarán la ERT. En una segunda fase, se les solicitó a expertos en la elaboración de instrumentos psicológicos; verificar y calificar el cumplimiento de los criterios necesarios de construcción de reactivos que se elaboraron para esta escala. El resultado de esta fase son los reactivos que encontrará a continuación.

Para una tercera fase, se le solicita de su apoyo para que, con base en su expertiz en procedimientos experimentales de autocontrol, entre ellos, el de Resistencia a la Tentación, evalúe la relevancia de los reactivos (1=nada relevante a 5=totalmente relevante) respecto a la definición teórica de este procedimiento y a las dimensiones propuestas. Así como la cobertura (1=Nada cubierta a 5=Totalmente cubierta) de las dimensiones por los reactivos incluidos en cada dimensión. En caso de que tenga alguna observación de los reactivos o de la dimensión propuesta, por favor coloque en la columna observaciones lo que usted considere pertinente.

A continuación se le presenta un ejemplo de cómo evaluar y calificar los reactivos:

Validación de contenido. Evaluaciones de expertos					
<i>Dimensiones y definición</i>	<i>Reactivos</i>	Criterios de validez de contenido			
		Relevancia de los reactivos <i>¿Qué tanto el reactivo es relevante para el constructo (qué tanto se relaciona con la dimensión)?</i>		Cobertura de la dimensión <i>¿Qué tanto la dimensión está cubierta por los reactivos (qué tanto los reactivos cubren cada uno de los aspectos de la dimensión)?</i>	
		<i>1: Nada relevante</i> <i>5: Totalmente relevante</i>	<i>Observaciones</i>	<i>1: Nada cubierta</i> <i>5: Totalmente cubierta</i>	<i>Observaciones</i>
Dimensión 1 Amor lúdico: Estilo que considera al amor como un juego temporal para compartirse con varias personas a la vez, y que carece	<i>1.1. Disfruto tener varias parejas.</i>	5		5	<i>De acuerdo con la definición de la categoría, los reactivos cubren la dimensión.</i>
	<i>1.2. Considero que hay que tener varias parejas, pues solo se vive una vez.</i>	4	<i>Reactivo muy largo</i>		
	<i>1.3. Me gusta tener muchas parejas.</i>	5			

de compromiso, intimidad y estabilidad.	1.4. Pienso que debería tener muchas parejas.	4			
---	---	---	--	--	--

Este ejemplo es parte de una escala para medir **estilos de amor**, se presenta la definición de la dimensión *Amor lúdico* y los reactivos que la componen. El juez evaluó cada reactivo de acuerdo a la relevancia de cada uno (de 1 a 5 puntos) y también qué tanto los reactivos cubren la dimensión (de 1 a 5 puntos) definida previamente.

Validación de contenido. Evaluaciones de expertos					
Dimensiones y definición	Reactivos	Criterios de validez de contenido			
		Relevancia de los reactivos ¿Qué tanto el reactivo es relevante para el constructo (qué tanto se relaciona con la dimensión)?		Cobertura de la dimensión ¿Qué tanto la dimensión está cubierta por los reactivos (qué tanto los reactivos cubren cada uno de los aspectos de la dimensión)?	
		1: Nada relevante 5: Totalmente relevante	Observaciones	1: Nada cubierta 5: Totalmente cubierta	Observaciones
Dimensión 1 Consumo de Comida chatarra: Se refiere a ingerir alimentos o bebidas ricas en carbohidratos y azúcares que resultan poco saludables; ya sea que se ingieran en exceso o bien, cuando no se deben consumir por alguna condición médica o cuando la misma persona se lo propone.	1.1. Como postres aunque esté a dieta.				
	1.2. Evito comer antojitos cuando traigo dinero.				
	1.3. Como comida chatarra o chucherías antes de la hora de la comida.				
	1.4. Primero me sano para comer las cosas que me gustan.				
Dimensión 2 Consumo de sustancias: Se refiere a ingerir sustancias psicotrópicas tanto legales como ilegales ya sea por ofrecimiento de terceras personas o por la disponibilidad de la sustancia.	2.1. Tomo alcohol cuando me ofrecen aunque me haya propuesto evitarlo.				
	2.2. Tomo alcohol aunque esté tomando medicamentos.				
	2.3. Tomo medicamentos hasta que un doctor me los recete.				
	2.4. Si decido evitar consumir alcohol en una fiesta puedo cumplirlo.				
	2.5. Consumo alcohol sólo en ocasiones especiales (festividades o festejos).				

Dimensión 3 Evasión de obligaciones: Se refiere a aquellas actividades de disfrute (como dormir, no entrar a clases, no hacer tarea) que se realizan con el objetivo de evadir, postergar, modificar o posponer otras actividades que son obligatorias.	3.1. Salgo a divertirme aunque tenga tareas que entregar al día siguiente.				
	3.3. Duermo hasta terminar mis deberes.				
	3.4. Duermo a pesar de que tengo pendientes que terminar.				
	3.5. Aunque tenga tareas que realizar, prefiero descansar.				
	3.6. Hago las cosas que disfruto antes de terminar mis deberes.				

Validación de contenido. Evaluaciones de expertos					
Dimensiones y definición	Reactivos	Criterios de validez de contenido			
		Relevancia de los reactivos ¿Qué tanto el reactivo es relevante para el constructo (qué tanto se relaciona con la dimensión)?		Cobertura de la dimensión ¿Qué tanto la dimensión está cubierta por los reactivos (qué tanto los reactivos cubren cada uno de los aspectos de la dimensión)?	
		1: Nada relevante 5: Totalmente relevante	Observaciones	1: Nada cubierta 5: Totalmente cubierta	Observaciones
Dimensión 4 Compras innecesarias: Se refiere a realizar compras que son difíciles de controlar, debido a que no se tenían planeadas, se encuentran atractivas, difíciles de resistir y que causan una sensación de malestar luego de realizar la compra.	4.1. Compró cosas que me gustan sin sobre pasar mi presupuesto.				
	4.2. Aunque esté ahorrando gasto mi dinero en otras cosas.				
	4.3. Gasto dinero en otras cosas aunque tenga poco presupuesto.				
	4.4. Mi dinero lo utilizo para comprar sólo lo que necesito.				
Dimensión 5 Uso excesivo de tecnología Incluye el uso de tecnología, de medios de comunicación masiva y redes sociales de forma recurrente	5.1. Sólo interrumpo mis actividades cuando recibo mensajes en mi teléfono.				
	5.2. Reviso mis redes sociales cuando estoy en clase.				

y compulsiva, donde hay una hipervigilancia de notificaciones o interacción con el celular, computadoras, televisión, internet, plataformas digitales y redes sociales.	5.3. Veo películas o series incluso sin terminar mis deberes.				
	5.4. Uso el internet por más tiempo del que me propongo.				

Validación de contenido. Evaluaciones de expertos					
Dimensiones y definición	Reactivos	Criterios de validez de contenido			
		Relevancia de los reactivos ¿Qué tanto el reactivo es relevante para el constructo (qué tanto se relaciona con la dimensión)?		Cobertura de la dimensión ¿Qué tanto la dimensión está cubierta por los reactivos (qué tanto los reactivos cubren cada uno de los aspectos de la dimensión)?	
		1: Nada relevante 5: Totalmente relevante	Observaciones	1: Nada cubierta 5: Totalmente cubierta	Observaciones
<p><u>Dimensión 6</u></p> <p>Transgresión de reglas o normas: Se refiere a las conductas que emite una persona que van en contra de acuerdos establecidos en un grupo de referencia significativo como, familia o sociedad; se rompen reglas, criterios o normas impuestas por la misma persona, por alguien más.</p>	7.1. Espero mi turno para dar mi punto de vista.				
	7.2. Suspendo mi medicamento antes de terminar mi tratamiento.				
	7.3. Interrumpo las conversaciones si quiero expresar algo.				
	7.4. Me meto en las filas si tengo la oportunidad de hacerlo.				
	7.5. Tomo cosas ajenas sin pedir las prestadas.				
	7.6. Hablo con mis compañero(a)s aunque interrumpa la clase.				
	7.7. Me quedo en casa ajena aunque mis padres estén en desacuerdo.				
	7.8. He tenido relaciones sexuales en lugares públicos o prohibidos.				
<p><u>Dimensión 7</u></p> <p>Conductas de Flirteo: Incluye todas aquellas conductas que tienen como fin la búsqueda de un coqueteo, relación sexual o sentimental con otra persona.</p>	8.1. Rechazo las propuestas de salir cuando tengo pareja.				
	8.2. Salgo con personas que me atraen hasta que esté libre de compromisos.				
	8.3. Me relaciono emocionalmente con otras personas aunque tenga pareja.				
	8.4. Tengo sexo casual aunque tenga pareja.				

Apéndice G

Tabla 9

Estructura Factorial de la Escala de “Resistencia a la Tentación”

Reactivo	Factor						
	Control de compras innecesarias	Control de conductas de flirteo	Control de evasión de obligaciones	Control de seguimiento de reglas	Control de consumo de alcohol en situaciones sociales	Control de consumo de alcohol para el cuidado de la salud	Total
18. Hago gastos innecesarios aunque me haya propuesto ahorrar.	.880		.450				
4. Compró cosas que me gustan aunque me haya propuesto no hacerlo.	.570						
11. Gasto mi dinero en otras cosas innecesarias aunque estaba ahorrando para comprar algo específico.	.820						
25. Me limito a comprar lo necesario cuando estoy ahorrando.	.542						
36. Coqueteo con otras personas que me atraen antes de finalizar una relación de pareja.		.785					
29. Tengo sexo casual aunque tenga una relación de pareja formal.		.708		.429			
21. Me relaciono emocionalmente con otra persona que me interese aunque tenga pareja.		.592		.413			
33. Hago cosas que disfruto antes de terminar mis deberes.			.758				
17. Me distraigo en otras actividades en lugar de terminar lo que estaba haciendo.			.611				
19. Veo películas o series antes de terminar mis deberes.			.518				
28. Tomo cosas ajenas sin pedir las prestadas.				.673			
27. Me meto en las filas si tengo la oportunidad de hacerlo.				.592			
20. Interrumpo las conversaciones si quiero expresar algo.				.450			
2. Tomo alcohol cuando me lo ofrecen, aunque me haya propuesto evitar hacerlo.					.736		
9. Si decido evitar consumir alcohol en una fiesta donde están tomando, puedo cumplirlo.					.486		

31. Salgo con mis amigos a tomar antes de terminar mis deberes.

.474

Continuación de la Tabla 9.

23. Me permito tomar alcohol hasta que haya comido algo.

.620

16. Consumo alcohol sólo en ocasiones especiales (festividades o festejos) aunque haya oportunidad de hacerlo en otro momento.

.507

32. Si estoy enfermo evito tomar alcohol hasta mejorar mi salud.

.473

Total de reactivos	4	3	3	3	3	3	19
Varianza explicada (%)	19.047	8.387	6.241	3.681	2.865	2.545	42.766
Media	.478	.477	.386	.316	.281	.280	8.508
Alfa de Cronbach	.787	.725	.651	.532	.534	.536	.763

Nota: Estructura factorial final de la Escala de “Resistencia a la Tentación” (ERT) en estudiantes universitarios. Los números en negritas indican las cargas factoriales más altas

Apéndice H**Folio:** _____

La Facultad de Psicología de la UNAM está realizando un estudio sobre algunas conductas o actividades que suelen realizar estudiantes de tu edad. Éste no es un examen, por lo que no hay respuestas correctas o incorrectas por lo que te pedimos que contestes TODAS LAS PREGUNTAS con sinceridad. Sólo nos interesa conocer qué es lo que usualmente haces en las siguientes situaciones, tus respuestas serán absolutamente confidenciales y únicamente serán utilizadas para fines de investigación. Gracias por tu participación.

¿Estás de acuerdo en participar en este estudio? Sí () No ()

Sexo: Mujer () Hombre () **Edad:** _____ **Universidad:** _____

Carrera: _____ **Semestre:** _____ **último Promedio:** _____

No se parece nada a mi	1. Tomo alcohol cuando me lo ofrecen, aunque me haya propuesto evitar hacerlo.	Es totalmente como yo
No se parece nada a mi	2. Compró cosas que me gustan aunque me haya propuesto no hacerlo.	Es totalmente como yo
No se parece nada a mi	3. Si decido evitar consumir alcohol en una fiesta donde están tomando, puedo cumplirlo.	Es totalmente como yo
No se parece nada a mi	4. Gasto mi dinero en otras cosas innecesarias aunque estaba ahorrando para comprar algo específico.	Es totalmente como yo
No se parece nada a mi	5. Consumo alcohol sólo en ocasiones especiales (festividades o festejos) aunque haya oportunidad de hacerlo en otro momento.	Es totalmente como yo
No se parece nada a mi	6. Me distraigo en otras actividades en lugar de terminar lo que estaba haciendo.	Es totalmente como yo
No se parece nada a mi	7. Hago gastos innecesarios aunque me haya propuesto ahorrar.	Es totalmente como yo
No se parece nada a mi	8. Veo películas o series antes de terminar mis deberes.	Es totalmente como yo
No se parece nada a mi	9. Interrumpo las conversaciones si quiero expresar algo.	Es totalmente como yo
No se parece nada a mi	10. Me relaciono emocionalmente con otra persona que me interese aunque tenga pareja.	Es totalmente como yo
No se parece nada a mi	11. Me permito tomar alcohol hasta que haya comido algo.	Es totalmente como yo

No se parece nada a mi	12. Me limito a comprar lo necesario cuando estoy ahorrando.	Es totalmente como yo
No se parece nada a mi	13. Me meto en las filas si tengo la oportunidad de hacerlo.	Es totalmente como yo
No se parece nada a mi	14. Tomo cosas ajenas sin pedir las prestadas.	Es totalmente como yo
No se parece nada a mi	15. Tengo sexo casual aunque tenga una relación de pareja formal.	Es totalmente como yo
No se parece nada a mi	16. Salgo con mis amigos a tomar antes de terminar mis deberes.	Es totalmente como yo
No se parece nada a mi	17. Si estoy enfermo evito tomar alcohol hasta mejorar mi salud.	Es totalmente como yo
No se parece nada a mi	18. Hago cosas que disfruto antes de terminar mis deberes.	Es totalmente como yo
No se parece nada a mi	19. Coqueteo con otras personas que me atraen antes de finalizar una relación de pareja.	Es totalmente como yo

Apéndice J

AUDIT (Díaz-Martínez et al., 2006)

Instrucciones: Lee atentamente las preguntas que se presentan a continuación y contesta con sinceridad y honestidad. Recuerda que no hay respuestas correctas o incorrectas y que son confidenciales. Encierra en un círculo el número de la afirmación que describa más el consumo de alcohol que haya tenido durante el último año.

1. ¿Qué tan frecuente toma bebidas alcohólicas?
 - 0 Nunca
 - 1 Una vez al mes o menos
 - 2 Dos o cuatro veces al mes
 - 3 Dos o tres veces por semana
 - 4 Cuatro o más veces por semana

2. ¿Cuántas copas se toma en un día típico o común de los que bebe? (cubas o equivalentes como cervezas, vasos de pulque, cocteles o coolers, o cualquier otra bebida que contenga alcohol).
 - 0 1 ó 2 copas
 - 1 3 ó 4 copas **Copas exactas que tomo:**
 - _____
 - 2 5 ó 6 copas
 - 3 7 ó 9 copas
 - 4 10 ó más copas

3. ¿Qué tan frecuentemente toma 6 ó más copas en la misma ocasión? (*en un mismo día, evento o reunión*).
 - 0 Nunca
 - 1 Menos de una vez al mes
 - 2 Mensualmente
 - 3 Semanalmente
 - 4 Diario o casi diario

4. ¿Durante el último año, ¿le ocurrió que no pudo parar de beber una vez que había empezado?
 - 0 Nunca
 - 1 Menos de una vez al mes
 - 2 Mensualmente
 - 3 Semanalmente
 - 4 Diario o casi diario

5. ¿Durante el último año, qué tan frecuente dejó de hacer algo que debería haber hecho por beber? (como no ir a trabajar o a la escuela).
 - 0 Nunca
 - 1 Menos de una vez al mes
 - 2 Mensualmente
 - 3 Semanalmente
 - 4 Diario o casi diario

6. ¿Durante el último año, ¿qué tan frecuente bebió en la mañana siguiente después de haber bebido en exceso el día anterior?
 - 0 Nunca
 - 1 Menos de una vez al mes
 - 2 Mensualmente
 - 3 Semanalmente
 - 4 Diario o casi diario

7. ¿Durante el último año, ¿qué tan frecuente se sintió culpable o tuvo remordimiento por haber bebido?
 - 0 Nunca
 - 1 Menos de una vez al mes
 - 2 Mensualmente
 - 3 Semanalmente
 - 4 Diario o casi diario

8. ¿Durante el último año, ¿qué tan frecuentemente olvidó algo de lo que había pasado cuando estuvo bebiendo?
 - 0 Nunca
 - 1 Menos de una vez al mes
 - 2 Mensualmente
 - 3 Semanalmente
 - 4 Diario o casi diario

9. ¿Se ha lesionado o alguien ha resultado lesionado como consecuencia de su ingestión de alcohol?
 - 0 No
 - 1 Sí, pero no en el último año
 - 2 Sí, en el último año

10. ¿Algún amigo, familiar o doctor se ha preocupado por la forma en que bebe o le ha sugerido que le baje el consumo?
 - 0 No
 - 1 Sí, pero no en el último año
 - 2 Sí, en el último año

Apéndice K

Tabla 10

Licenciaturas que estudian los participantes.

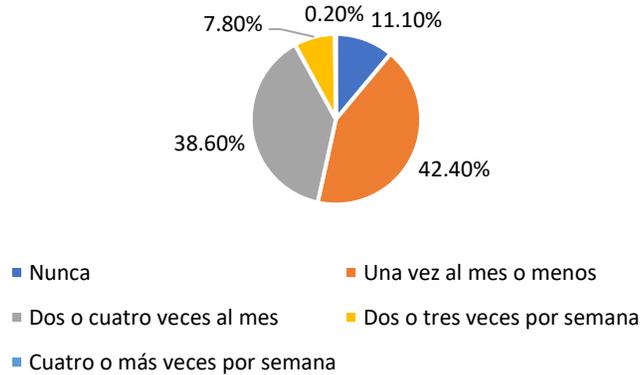
Carrera	Frecuencia	Porcentaje
Psicología	272	60.3%
Pedagogía	88	19.5%
Derecho	12	2.7%
Ingeniería	8	1.8%
Arquitectura	1	0.2%
Mercadotecnia	2	0.5%
Biología	2	0.5%
Odontología	1	0.2%
Comunicación	1	0.2%
Actuaría	1	0.2%
Matemáticas	1	0.2%
Historia	2	0.5%
Economía	1	0.2%
Criminología	5	1.1%
Administración	3	0.7%
Contabilidad	1	0.2%
Enfermería	17	3.8%
Ciencias políticas y administración urbana	17	3.8%
Ingeniería en sistemas y telecomunicaciones	8	1.8%
Nutrición y promoción de la salud	4	0.9%
Economía	1	0.2%
Contaduría	1	0.2%
Química de alimentos	1	0.2%
Ingeniería química petrolera	1	0.2%

Nota: N= 451 que equivale al 100%

Apéndice L

Figura 4

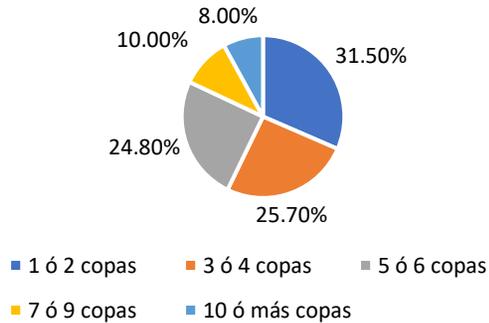
Frecuencia en que suelen tomar bebidas alcohólicas los participantes



Nota: Se muestran las respuestas a la pregunta 1 del AUDIT de los universitarios participantes.

Figura 5

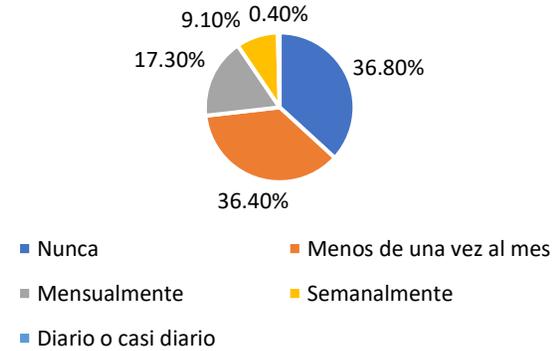
Cuántas copas estándar de alcohol (cubas, cervezas, vasos de pulque, cocteles o coolers) toman los participantes por ocasión



Nota: Se muestran las respuestas a la pregunta 2 del AUDIT de los universitarios participantes.

Figura 6

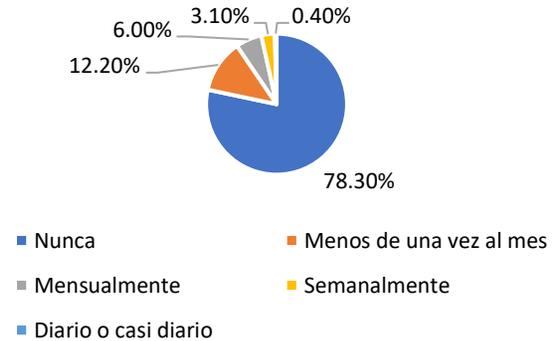
Frecuencia en que toman más de 6 copas estándar de los participantes, donde se empieza a considerar como abuso en el consumo



Nota: Se muestran las respuestas a la pregunta 3 del AUDIT de los universitarios participantes.

Figura 7

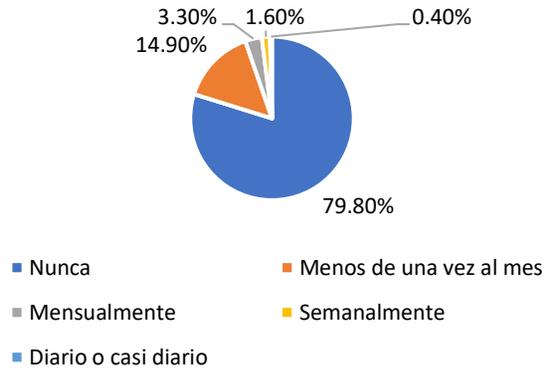
Control que presentan una vez que inician el consumo los participantes



Nota: Se muestran las respuestas a la pregunta 4 del AUDIT de los universitarios participantes.

Figura 8

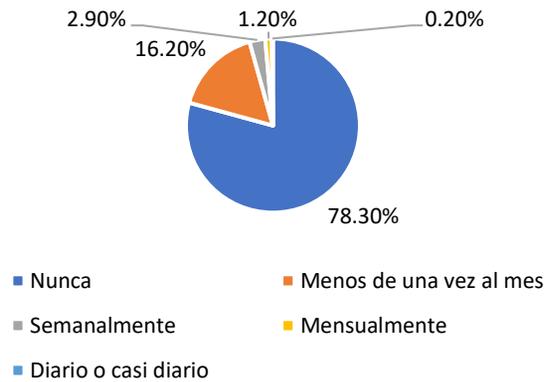
Frecuencia en que los universitarios suelen dejar de lado responsabilidades como acudir a la escuela o al trabajo por el consumo



Nota: Se muestran las respuestas a la pregunta 5 del AUDIT de los universitarios participantes.

Figura 9

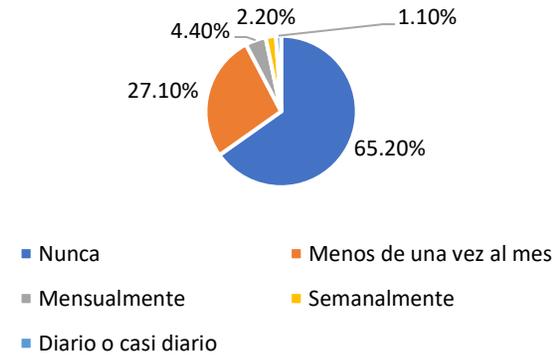
Frecuencia en que experimentan síntomas de dependencia física de los universitarios



Nota: Se muestran las respuestas a la pregunta 6 del AUDIT de los universitarios participantes.

Figura 10

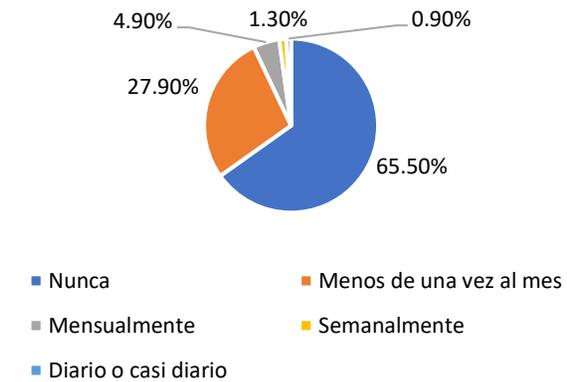
Frecuencia en que sienten culpa por beber en el último año



Nota: Se muestran las respuestas a la pregunta 7 del AUDIT de los universitarios participantes.

Figura 11

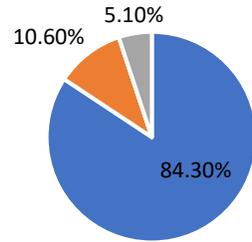
Frecuencia que experimentan lagunas mentales por el consumo de alcohol los universitarios



Nota: Se muestran las respuestas a la pregunta 8 del AUDIT de los universitarios participantes.

Figura 12

Consecuencias sociales de violencia de los universitarios debido a su consumo de alcohol

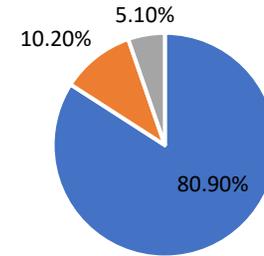


■ No ■ Sí, pero no en el último año ■ Sí, en el último año

Nota: Se muestran las respuestas a la pregunta 9 del AUDIT de los universitarios participantes.

Figura 13

Respuestas de la pregunta 10 del AUDIT acerca de la preocupación de la familia o de personas cercanas por su forma de beber



■ No ■ Sí, pero no en el último año ■ Sí, en el último año

Nota: Se muestran las respuestas a la pregunta 10 del AUDIT de los universitarios participantes.

Apéndice M

CA/E (Campos, 2016)

Instrucciones:

A continuación se te presentan una serie de afirmaciones que describen la manera de actuar o pensar de las personas en distintas situaciones. Tu tarea es juzgar el grado en que estas afirmaciones te describen. Por favor lee cada afirmación y traza sobre la línea punteada una línea sólida (de izquierda a derecha) **tan larga como creas que te describe**. Recuerda que no hay respuestas correctas ni incorrectas.

- | | | |
|--|-------|---------------------------|
| 1.- Cuando suena mi despertador lo apago y me quedo unos “minutos” más en la cama aunque vaya a llegar tarde a la escuela/trabajo. | | |
| NUNCA | ----- | SIEMPRE |
| 2.- Estoy haciendo una actividad que me gusta mucho (ej. leer, jugar, chatear, etc.), con tal de seguir haciéndola sacrifico mis horas de sueño. | | |
| NUNCA | ----- | SIEMPRE |
| 3.- Termino mis obligaciones antes de hacer las cosas que me gustan. | | |
| NUNCA | ----- | SIEMPRE |
| 4.- Realizo con anticipación mis deberes para no tener que preocuparme por ellos después. | | |
| NUNCA | ----- | SIEMPRE |
| 5.- Invierto tiempo en el trabajo/escuela para tener mejores ingresos/calificaciones. | | |
| NADA DE
TIEMPO | ----- | TODO EL
TIEMPO |
| 6.- Me desespera ahorrar para comprar las cosas que me gustan. | | |
| NUNCA | ----- | SIEMPRE |
| 7.- Soy impaciente cuando tengo que esperar por algo que quiero. | | |
| NUNCA | ----- | SIEMPRE |
| 8.- Salgo de viaje aunque no me dé tiempo de dejar en orden mis actividades en el trabajo/escuela. | | |
| EN
DESACUERDO | ----- | DE
ACUERDO |
| 9.- Cuando veo algo que me gusta lo compro aunque ese dinero sea para adquirir otra cosa. | | |
| NUNCA | ----- | SIEMPRE |
| 10.- Como golosinas cuando estoy a dieta o enfermo. | | |
| NUNCA | ----- | SIEMPRE |

11.- Organizo mis actividades para poder dedicarle más tiempo a mi familia.

NUNCA -----

SIEMPRE

12.- Cuando acabo de recibir algún pago lo gasto casi inmediatamente aunque no necesite lo que compro.

NUNCA -----

SIEMPRE

13.- Voy a fiestas aunque esté cansado.

NUNCA -----

SIEMPRE

14.- Fumo.

NUNCA -----

SIEMPRE

15.- Cuando dejo algo inconcluso me da flojera retomarlo.

NUNCA -----

SIEMPRE

16.- Cuando tengo hambre compro comida que tengo al alcance aunque no me guste su sabor.

NUNCA -----

SIEMPRE

17.- Consumo comida con mucha azúcar aunque aumente de peso.

NUNCA -----

SIEMPRE

18.- Tengo trabajo/tarea que entregar en la noche pero mi pareja/un amigo me pide que nos veamos en la tarde. ¿Qué tan dispuesto estoy a verlo/verla aunque no me dé tiempo de terminar mi trabajo/tarea?

NUNCA -----

SIEMPRE

19.- Prefiero las cosas que son más fáciles de obtener.

NUNCA -----

SIEMPRE

20.- Dejo que se acumulen los problemas con mi pareja por no hablar con él/ella.

NUNCA -----

SIEMPRE

Apéndice N

CA-A/DG (Ortega, 2016)

Instrucciones: A continuación se te presentarán una serie de afirmaciones que describen la manera de actuar de las personas en diversas situaciones. Por favor lee cada afirmación y como en la sección anterior, traza sobre la línea punteada una línea sólida (de izquierda a derecha) tan larga como creas que te describe. Tus respuestas son totalmente confidenciales.

- | | | |
|--|-------|---------|
| 1. Termino de hacer las actividades de la escuela/trabajo aunque me aburran. | | |
| NUNCA | ----- | SIEMPRE |
| 2. Estoy de acuerdo con la frase “ya quiero que sea fin de semana, aunque hoy sea lunes” | | |
| EN | ----- | DE |
| DESACUERDO | | ACUERDO |
| 3. Cuando estoy formado en una fila (para comprar entradas al cine, pagar un servicio, etc) espero pacientemente mi turno | | |
| NUNCA | ----- | SIEMPRE |
| 4. Si me piden que haga una actividad en la que no hay forma de darse cuenta si la terminé o no ¿la termino de hacer? | | |
| NUNCA | ----- | SIEMPRE |
| 5. Cuando estoy en una clase que no me gusta me pongo hacer otra cosa. | | |
| NUNCA | ----- | SIEMPRE |
| 6. Me estresa que haya tráfico (tránsito vehicular congestionado). | | |
| NUNCA | ----- | SIEMPRE |
| 7. Puedo realizar tranquilamente una actividad que no me gusta en la escuela o trabajo | | |
| NUNCA | ----- | SIEMPRE |
| 8. Cuando estoy esperando a alguien, inmediatamente me pongo a jugar con el celular, con la computadora o con lo que esté al alcance | | |
| NUNCA | ----- | SIEMPRE |
| 9. Cuando quiero dejar de hacer una actividad que tengo que terminar, pienso en las consecuencias que tendré si no la hago. | | |
| NUNCA | ----- | SIEMPRE |
| 10. Cuando voy a pedir un servicio (voy por un café, de compras al súper, etc.) y no me atienden rápido, espero pacientemente a que me atiendan. | | |
| NUNCA | ----- | SIEMPRE |
| 11. Cuando estoy esperando, necesito escuchar música para que el tiempo pase más rápido. | | |
| NUNCA | ----- | SIEMPRE |
| 12. Termino de leer las lecturas que me dejan en la escuela/trabajo, aunque no me gusten. | | |

- | | | |
|--------------|---|----------------|
| NUNCA | ----- | SIEMPRE |
| 13. | Cuando necesito terminar una actividad que ya no quiero hacer, pienso en los beneficios que recibiré si la concluyo. | |
| NUNCA | ----- | SIEMPRE |
| 14. | Me cuesta trabajo terminar de estudiar para un examen, hacer un trabajo de la escuela/trabajo, etc. | |
| NUNCA | ----- | SIEMPRE |
| 15. | Cuando empiezo una actividad que no me gusta, pero la tengo que hacer porque es parte de mis actividades en la escuela/trabajo siempre la termino | |
| NUNCA | ----- | SIEMPRE |

Apéndice Ñ

Escala BIS-II (Barratt y Stanford, 1995)

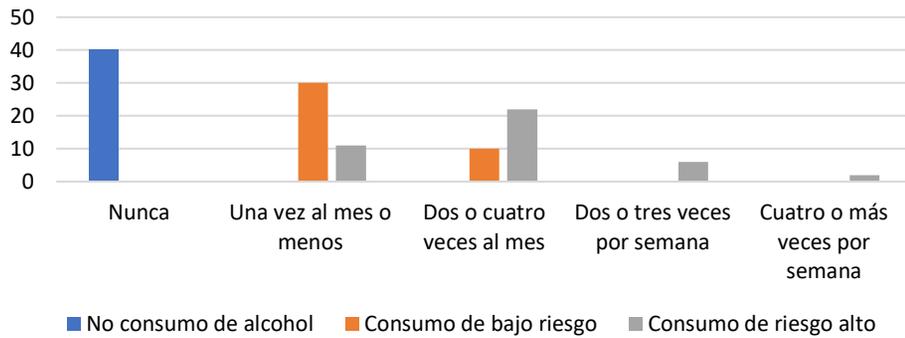
Instrucciones: Las personas son diferentes en su forma de actuar y de pensar ante distintas situaciones. Aquí se te presentan algunas situaciones de tu vida cotidiana, lee cada oración y pon una **X** en la opción que corresponda a tu respuesta del lado derecho de acuerdo con qué tan frecuente haces o te pasa cada situación.

	Raramente o Nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente	Casi siempre o siempre
1. Planifico mis tareas cuidadosamente				
2. Actúo sin pensar				
3. Tengo en mi mente pensamientos de gran velocidad				
4. Soy despreocupado				
5. Yo “no pongo atención”				
6. Tengo pensamientos “acelerados”				
7. Planeo viajes con suficiente anticipación				
8. Soy autocontrolado				
9. Me concentro fácilmente				
10. Ahorro con regularidad				
11. No “me estoy quieto” mientras estoy viendo una obra o conferencia (Me cuesta trabajo permanecer sentado mucho tiempo)				
12. Pienso cuidadosamente				
13. Realizo planes para tener seguridad laboral				
14. Digo cosas sin pensarlas previamente				
15. Me gusta pensar sobre problemas complejos				
16. Cambio de trabajo constantemente				
17. Yo actúo “según mis impulsos”				
18. Me aburren fácilmente los problemas mentales (acertijos)				
19. Yo actúo según lo que siento en el momento				
20. Mis pensamientos son estables				
21. Cambio de vivienda constantemente				
22. Compró cosas impulsivamente				
23. Sólo puedo pensar en una cosa a la vez				
24. Cambio de pasatiempos constantemente				
25. Gasto o me cobran más dinero de lo que en realidad tengo				
26. Tengo pensamientos extraños cuando estoy pensando				
27. Estoy más interesado en el presente que en el futuro				
28. Me siento inquieto cuando estoy presenciando una obra de teatro o conferencia				
29. Me gustan los rompecabezas				
30. Estoy orientado hacia el futuro				

Apéndice O

Figura 14

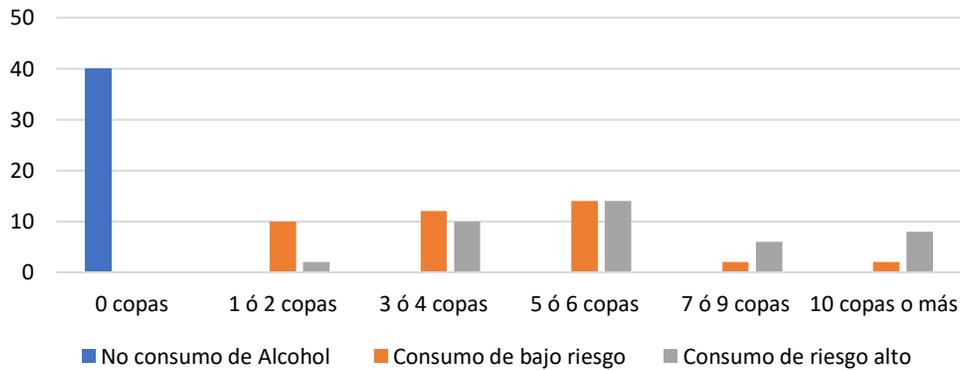
Frecuencia en que los universitarios toman bebidas alcohólicas



Nota: Se muestran las frecuencias de las respuestas a la pregunta 1 del AUDIT de los tres grupos de universitarios participantes.

Figura 15

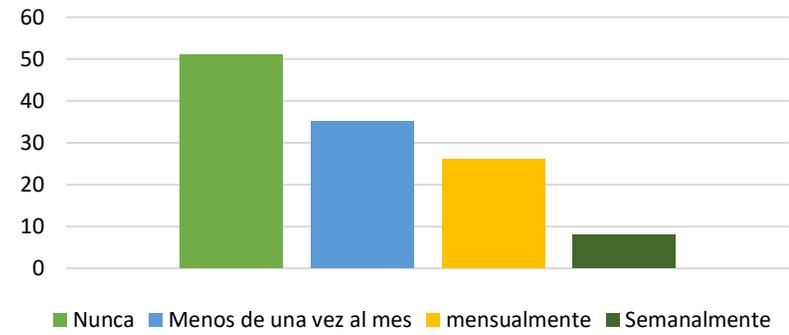
Promedio de copas que suelen beber en un día típico de consumo los universitarios participantes



Nota: Se muestran las frecuencias de las respuestas a la pregunta 2 del AUDIT de los tres grupos de universitarios participantes.

Figura 16

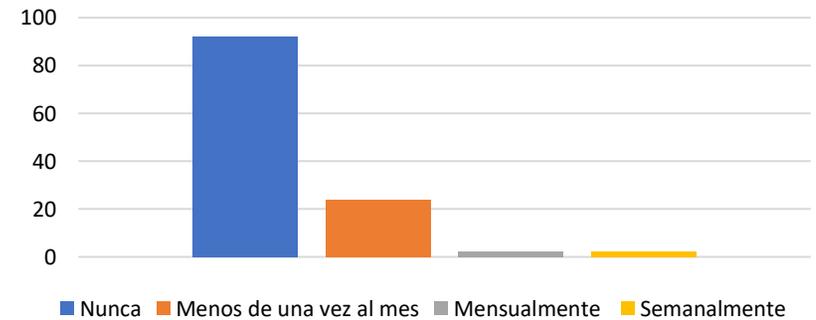
Frecuencia en que toman más de 6 copas por ocasión



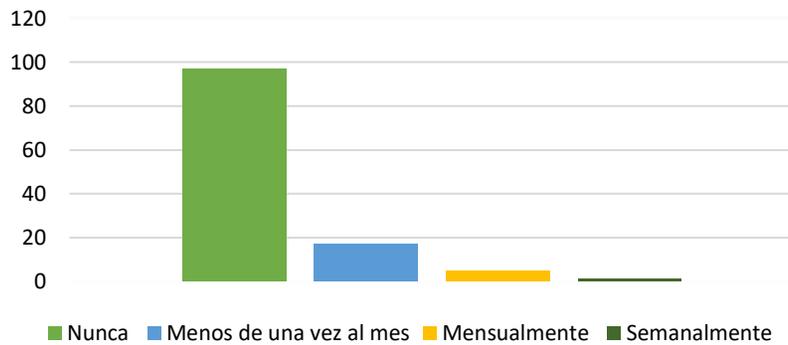
Nota: Se muestran las frecuencias de las respuestas a la pregunta 3 del AUDIT de los tres grupos de universitarios participantes.

Figura 17

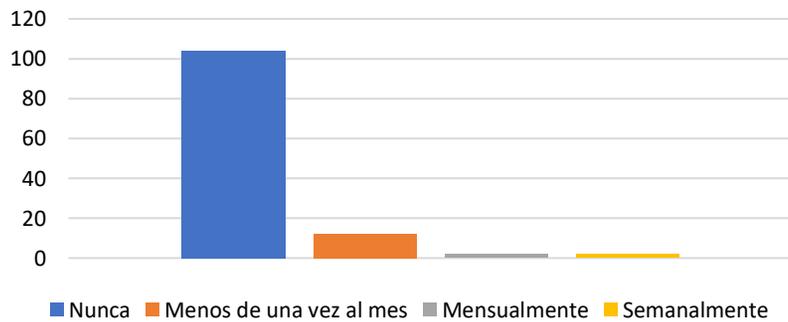
Pérdida de control del consumo de alcohol



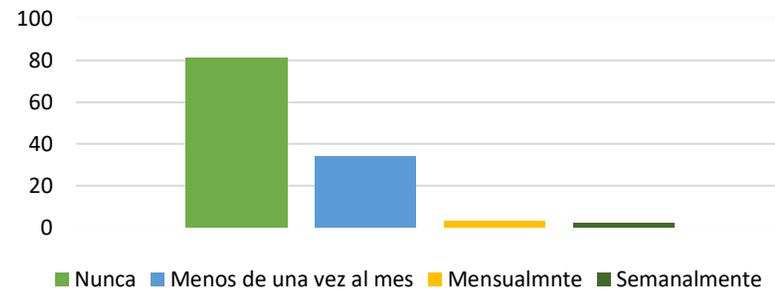
Nota: Se muestran las frecuencias de las respuestas a la pregunta 4 del AUDIT de los tres grupos de universitarios participantes.

Figura 18*Evasión de responsabilidades por el consumo de alcohol*

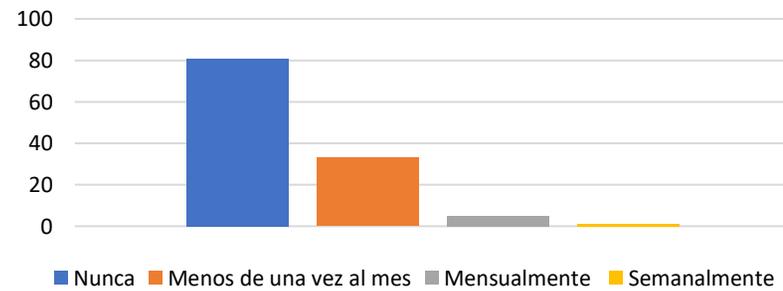
Nota: Se muestran las frecuencias de las respuestas a la pregunta 5 del AUDIT de los tres grupos de universitarios participantes.

Figura 19*Síntomas de dependencia física de hacia el consumo de alcohol de los universitarios*

Nota: Se muestran las frecuencias de las respuestas a la pregunta 6 del AUDIT de los tres grupos de universitarios participantes.

Figura 20*Malestar emocional por culpa debido al consumo de alcohol*

Nota: Se muestran las frecuencias de las respuestas a la pregunta 7 del AUDIT de los tres grupos de universitarios participantes.

Figura 21*Frecuencia de que experimentan lagunas mentales como consecuencias del consumo de alcohol*

Nota: Se muestran las frecuencias de las respuestas a la pregunta 8 del AUDIT de los tres grupos de universitarios participantes.

Figura 22

Frecuencia en que ha habido accidentes o lesiones como consecuencia del consumo de alcohol



Nota: Se muestran las frecuencias de las respuestas a la pregunta 9 del AUDIT de los tres grupos de universitarios participantes

Figura 23

Preocupación de las personas cercanas a los universitarios o de algún especialista respecto a su consumo de alcohol



Nota: Se muestran las frecuencias de las respuestas a la pregunta 10 del AUDIT de los tres grupos de universitarios participantes