



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

"Estudio descriptivo de la impulsividad y consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes"

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A (N)

Bryan Ibarra Ocampo

Director: Dr. **Mario Arturo Tellez Rojas**

Dictaminadores: Dra. **Nicolás Javier Vila Carranza**

Dra. **Liliana Mey Len Rivera Fong**

Vo. Bo
19-SEP-2022



Los Reyes Iztacala, Edo de México, 19-sep-22



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 lo largo de mi desarrollo personal y profesional he aprendido mucho de un sinnúmero de personas, pero no puedo mencionarlas a todas, por eso he aquí a las más importantes:

A mis padres por todos los sacrificios que han hecho, por enseñarme a soñar y sobre todo la importancia del esfuerzo, la constancia y la perseverancia para lograr cumplirlos, sin ustedes no habría sido posible estar en el lugar que me encuentro actualmente.

A Dania por ser la persona con la que más he crecido en todos los aspectos.

A Ramón, Omar, Raúl y Víctor para ustedes no tengo palabras que no se hayan dicho ya, pero no está de más recordar todo el tiempo que han estado conmigo.

A Katia, Cinthia, Paola, Lizeth, Fernanda, Denise, Zaha, Carlos, Luis, Iram y Fernando por las risas, los regaños, las desveladas y tantas cosas compartidas, siempre me ayudaron a seguir adelante en cada uno de los pasos de esta carrera, a pesar de los problemas y la incertidumbre que conlleva esta.

A mis compañeros del Laboratorio de Aprendizaje Asociativo y de Atención, en especial a Fátima, Roberto y Mayra, por todo su apoyo, señalándome aquello en lo que podía mejorar y siempre dejándome aprender de ustedes.

Al doctor Rodolfo por su atención y tiempo a pesar de la premura, de igual forma al doctor Juan Pablo que además durante mi formación me enseñó que la diversión no está peleada con el aprendizaje.

A la doctora Mey por todo su apoyo durante este proceso, por su paciencia con el manejo de los datos, así como todas las críticas constructivas que siempre realizo para enriquecer el desarrollo de este proyecto.

Al doctor Vila por confiar en mí y darme una segunda oportunidad, motivándome a dar lo mejor de mí, gracias por mostrarme las bases de la investigación y de esta forma lograr involucrarme en el camino que llevo hoy en día.

Al doctor Arturo por recibirme sin conocimientos previos en esta área, estando siempre al pendiente de cada paso que di y teniendo siempre sus puertas abiertas tanto en sus clases como fuera de ellas. Siempre llevándome de la forma más adecuada y permitiendo que me integrara a distintos proyectos que me han permitido un mejor desarrollo tanto personal como profesional.

Al CONACYT por el apoyo recibido mediante el Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) parte del proyecto IN303822.

A todos los mencionados y aquellos que faltan les digo ¡Gracias!

Resumen

En los últimos años se ha estudiado la relación de la impulsividad con diversas conductas de riesgo entre las cuales encontramos el consumo de alcohol y tabaco. El presente estudio tuvo el objetivo de analizar si existe una relación entre los niveles de impulsividad y el consumo de sustancias psicoactivas. Para ello se elaboró el instrumento *“Encuesta sobre consumo de sustancias adictivas e impulsividad”* que permitió evaluar a la impulsividad como un rasgo, mediante la escala BIS11, y como un estado, mediante la escala EIE, de igual forma evalúa el consumo de alcohol y tabaco. Se contó con la participación de 200 personas con edades entre los 15 y 29 años. Los resultados mostraron que los niveles de impulsividad son significativamente más altos en aquellas personas que mencionaron consumir alcohol. Por ello, es importante trabajar la impulsividad con personas que estén en un tratamiento de adicciones, ya que su estudio puede ayudar en la prevención de recaídas.

Palabras Clave: Impulsividad, impulsividad rasgo, impulsividad estado, alcohol, tabaco

Índice

Introducción.....	1
1. Definición de Impulsividad.....	4
1.1 Dimensiones de la Impulsividad.....	4
1.2 Impulsividad como Rasgo.....	9
1.2.1 <i>Barratt Impulsiveness Scale (BIS)</i>	9
1.2.2 <i>Inventario de Impulsividad (DII)</i>	11
1.2.3 <i>Escala de Impulsividad de Plutchik (EI)</i>	12
1.3 Impulsividad como Estado.....	13
1.3.1 <i>Tareas Conductuales</i>	14
1.3.1.1 <i>Tarea Go/No-Go</i>	14
1.3.1.2 <i>Tarea de parada</i>	15
1.3.1.3 <i>Tarea de descuento por demora</i>	15
1.3.1.4 <i>Tarea de riesgo análoga al globo</i>	16
1.3.2 <i>Escala de Impulsividad de Estado (EIE)</i>	17
1.4 Diferencias entre la impulsividad rasgo y estado	19
2. Problemáticas relacionas con la impulsividad	22
2.1 Conductas antisociales	22
2.2 Suicidio	24
2.3 Adicciones.....	25

3.	Definición de Adicción	31
3.1	Proceso Adictivo.....	31
3.1.1	La adicción como condicionamiento.....	33
3.1.2	Tolerancia, síndrome de abstinencia y craving	33
3.2	Alcoholismo.....	35
3.3	Tabaquismo.....	38
4.	Planteamiento y justificación de la investigación	41
4.1	Objetivos del proyecto	43
5.	Método	44
5.1	Participantes:.....	44
5.2	Instrumentos:.....	44
5.3	Procedimiento:	45
5.4	<i>Análisis estadísticos</i>	47
6.	Resultados	49
6.1	Características de la muestra.....	49
6.2	Estadística inferencial	52
6.3	Correlaciones	63
	Discusión	65
	Conclusiones.....	69
	Referencias	71

Anexos	79
Anexo 1. Consentimiento Informado.....	80
Anexo 2. Test de Fagerström.....	81
Anexo 3. Breve Escala de Dependencia al Alcohol (BEDA).....	82
Anexo 4. Escala de Impulsividad de Barratt versión 11 (BIS11).....	84
Anexo 5. Escala de Impulsividad de Estado (EIE).....	87
Anexo 6. Finalización de la Encuesta sobre consumo de sustancias psicoactivas e impulsividad.....	89

Introducción

La *impulsividad* es un constructo ampliamente estudiado dentro de la psicología y se ha caracterizado por la falta de consenso entre los autores, sobre su definición, características y formas de evaluación, con la consecuente complejidad actual para su estudio (Riaño-Hernández et al., 2015). Ante la falta de una definición precisa se han realizado múltiples definiciones entre las cuales se encuentran: la tendencia a actuar sin premeditar (Patton et al., 1995), la incapacidad de inhibir conductas inapropiadas (Eysenck, 1993, citado en Riaño-Hernández et al., 2015), la preferencia por realizar acciones riesgosas (Whiteside & Lynam, 2001), la tendencia a responder de una forma rápida, no planificada (Iribarren et al., 2011), por mencionar algunas.

El constructo de impulsividad es polisémico, por lo que distintos autores han de definirla desde su óptica particular generando una serie de instrumentos para su medición. Por ejemplo, se tiene la *Barratt Impulsiveness Scale* (Patton et al., 1995) que mide un componente motor, un componente atencional y un componente de no planificación, la atención, la inestabilidad cognitiva, la perseverancia, el autocontrol y la complejidad cognitiva; el *Inventario de Impulsividad* (Dickman, 1990) construido por los factores: impulsividad funcional y disfuncional, que miden la preocupación por cometer errores, el desagrado por trabajos que requieren una atención cuidadosa, el planificar con anticipación, la pausa ante las decisiones y la aversión por actuar rápidamente; la escala *Urgency Premeditation Perseverance and Sensation seeking* (Whiteside & Lynam, 2001) la cual mide la urgencia negativa, la falta de perseverancia, la falta de premeditación y la búsqueda de

sensaciones y la *Escala de Impulsividad de Estado* (Iribarren et al., 2011) la cual mide los factores de gratificación, automatismo y atencional.

La discusión sobre la conceptualización de la impulsividad no solamente se relaciona con su definición y evaluación, sino que abarca la relación con distintas conductas de riesgo entre las cuales está la adicción al internet (Gámez & Villa, 2015), la adicción a videojuegos (Marco & Chóliz, 2017; Irlés & Gomis 2016), las conductas alimentarias (Jáuregui-Lobera & Santiago, 2017), la conducta antisocial (Ocampo & García, 2015), el consumo de alcohol (Robles-Martínez et al., 2019; Pilatti et al., 2016; Pérez-Fuentes et al., 2015), el consumo de drogas (Cortés et al., 2020; Santana-Campas et al., 2019), el consumo de tabaco (Pérez-Fuentes et al., 2015) y el intento de suicidio (Santana-Campas et al., 2019), entre otros.

Se sabe que la impulsividad juega un papel relevante en el campo de las adicciones a sustancias, en cierta medida es una antesala del comportamiento adictivo que convive con otras variables (De Sola et al., 2013). Incluso, el vínculo entre impulsividad y consumo de drogas ha sido comprobado en modelos animales en los que la impulsividad es un claro predictor del consumo (Belin et al., 2008). Por su parte, en México se han efectuado estudios en adolescentes para comparar el consumo de sustancias psicoactivas (Cortés et al., 2020), así como las adicciones sin sustancia como el internet (Guadix & Villa, 2015) con los niveles de impulsividad.

El interés en el estudio de las sustancias psicoactivas se debe a su impacto directo e indirecto en la salud de las personas. Ejemplo de ello es que el consumo de alcohol es un factor causal en más de 200 enfermedades y trastornos. La OMS (2018) señala que cada año se producen 3 millones de muertes en el mundo debido al consumo nocivo de alcohol, lo que representa 5.3% de todas las defunciones. El consumo de alcohol provoca defunción

y discapacidad a una edad relativamente temprana, en el grupo etario de 20 a 39 años, 13.5% de las defunciones son atribuibles al consumo de alcohol.

Al respecto, la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017 (ENCODAT 2017a) (INPRFM, INSP, CONADIC y SSA, 2017a) reporta que, en México en el 2011, el 71.3% de la población general había consumido alcohol al menos una vez en la vida, el 55.2% de las personas reportan haber iniciado con el consumo de alcohol a los 17 años o menos; el 30% la población adolescente reporta consumo al menos una vez en el último año mientras, que el consumo de los mismos adolescentes en el último mes fue del 14.5% y el consumo en exceso de esta población es del 14.5%. El 4.1% de los adolescentes reportaron dependencia al alcohol.

En cuanto al consumo de tabaco la OMS (2019) señala que el número total de consumidores de tabaco en el año 2018 fue de un millón trescientos treinta y siete mil personas, teniendo más de 8 millones de decesos por causa de su consumo (1.2 millones de los decesos fueron de personas no fumadoras que fueron expuestas al humo de tabaco). La Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017 (ENCODAT 2017b) (INPRFM, INSP, CONADIC y SSA, 2017b) reporta que en 2017 14.9 millones de mexicanos eran fumadores (3.8 millones de mujeres y 11.1 millones de hombres), la edad promedio en cuanto al inicio de consumo de tabaco diario es de 21 años en las mujeres y los 18.8 años en el caso de los hombres.

1. Definición de Impulsividad

El estudio de la *impulsividad* se ha caracterizado por la falta de consenso entre los autores sobre su definición, características, dimensiones y formas de evaluación; a consecuencia de ello, en la actualidad es un constructo complejo que se aborda desde varias perspectivas. Además, en la última década los estudios que tratan sobre la impulsividad no la abordan como su principal tema de interés, sino su relación con otras conductas consideradas de riesgo (Riaño-Hernández et al., 2015).

El constructo de impulsividad es multidimensional, reconociendo la dificultad en cuanto a su aproximación y definición por lo cual se tienen varias definiciones de dicho termino (Reynolds, 2006; Riaño-Hernández et al., 2015). Dentro de las múltiples definiciones podemos encontrar: la tendencia a actuar sin premeditar (Patton et al., 1995), la incapacidad de inhibir conductas inapropiadas (Eysenck, 1993, citado en Riaño-Hernández et al., 2015), la preferencia por realizar acciones riesgosas (Whiteside & Lynam, 2001), la decisión y acción impulsiva (Reynolds et al., 2006) y la tendencia a responder de una forma rápida, no planificada (Evenden, 1999; Iribarren et al., 2011), por mencionar algunas.

1.1 Dimensiones de la Impulsividad

La impulsividad se ha evaluado utilizando una gran variedad de medidas, donde se incluyen los *cuestionarios de autorreporte* que evalúan rasgos de la personalidad vinculados con la impulsividad, pero estos cuestionarios presentan el problema de que pueden proporcionar información con un sesgo debido a que esta se obtiene de la percepción que tiene cada individuo de su interacción con otros y ésta no siempre se refleja

con precisión; por otro lado, se han empleado *tareas conductuales* que suelen medir únicamente una dimensión específica de la conducta por lo cual se disminuye la posibilidad de obtener un sesgo en la información que se obtienen (Reynolds, 2006).

La impulsividad medida de manera conductual abarca una amplia gama de lo que a menudo se consideran comportamientos desadaptativos. Por lo que la falta de una definición precisa y aceptada ha llevado a que los autores definan de distinta forma la impulsividad; lo que, al mismo tiempo, genera que se consideren distintas dimensiones para su medición, esto ha dado paso a que se creen distintos instrumentos que midan dicho constructo acorde a las definiciones propuestas.

Uno de los primeros instrumentos creados para medir la impulsividad es el *Inventario de Impulsividad* elaborado por Dickman (1990) constituido por los factores: *impulsividad funcional e impulsividad disfuncional*. La primera se relaciona con la predisposición a tomar decisiones rápidas ante situaciones problemáticas, de forma que se beneficie la persona; la segunda se relaciona con las decisiones rápidas e irreflexivas que tienen consecuencias negativas para la persona.

Patton y colaboradores (1995) crean la escala *Barratt Impulsiveness Scale II* más conocida como *BIS-II*, en ella mencionan la existencia de tres componentes de la impulsividad: un componente *motor* (actuar sin pensar), un componente *atencional* (inestabilidad cognitiva y atencional) y un componente de *no planificación* (falta de planificación).

Por su parte Whiteside y Lynam (2001) proponen la escala *Urgency, Premeditation, Perseverance, Sensation seeking (UPPS)* que es un modelo con cuatro dimensiones: *urgencia negativa* (la tendencia a actuar impulsivamente cuando se experimenta una situación negativa), *falta de perseverancia* (la tendencia a rendirse al enfrentar el

aburrimiento), *falta de premeditación* (la tendencia a actuar sin tener en cuenta las consecuencias) y *búsqueda de sensaciones* (la tendencia a buscar actividades que resulten excitantes).

Otra escala empleada para evaluar la impulsividad es la *Escala de Impulsividad de Estado (EIE)* (Iribarren et al., 2011) la cual mide los factores de *gratificación* (incapacidad para retrasar una recompensa inmediata renunciando a una recompensa mayor), *automatismo* (la repetición de una conducta a pesar de no obtener un refuerzo) y *atencional* (las respuestas prematuras sin información para actuar de forma correcta).

Reynolds y colaboradores (2006) no hacen un instrumento para medir la impulsividad, hacen una comparación entre los niveles de impulsividad reportados en los cuestionarios de autorreporte y las tareas conductuales dando como resultado su definición de impulsividad en dos dimensiones *decisión impulsiva* (toma de decisiones impulsivas, demora de las recompensas y asunción de riesgos) y *acción impulsiva* (inhibición de pensamientos y emociones).

Es necesario mencionar estas escalas y definiciones para identificar que existen similitudes entre los componentes por los cuales está constituida cada una, por ejemplo, la impulsividad funcional y disfuncional, el componente motor, la urgencia negativa, el componente atencional y la decisión impulsiva mencionan una respuesta prematura, rápida y sin pensar; al observarlo de esta forma, podemos identificar la misma conducta, pero conceptualizada de distinta forma.

Por dicha razón, en la Tabla 1 podemos encontrar distintas definiciones que se han empleado a través de los años, de esta forma se observa en mayor medida las similitudes

que hay en las dimensiones que señalan los diversos autores; por ello, en el presente trabajo se abordará a la impulsividad en dos dimensiones más generales *rasgo* y *estado*.

Tabla 1.

Definiciones de la Impulsividad.

Definición de impulsividad	Autores relacionados
Déficit en el procesamiento cognitivo como una falla en la inhibición de respuesta, un rápido procesamiento de información, dificultad en retardar las recompensas, tendencia a vivir el momento, no pensar antes de actuar.	(Barratt, 1994)
Se define por tres características: (a) urgencia, que se refiere a la tendencia de vivir impulsos fuertes bajo condiciones de estímulos negativos, (b) premeditación como tendencia a pensar y reflexionar sobre las consecuencias de actuar y (c) perseverancia, implica la habilidad de mantenerse en una tarea a pesar del aburrimiento o dificultad.	(Whiteside & Lynam, 2003)
Se divide en dos factores: (a) conductual o motor y (b) cognitivo. (a) Se refiere a la inquietud motora, acciones rápidas y (b) a la falta de planificación y previsión de la conducta.	(Gerbing, Ahadi, & Patton, 1987)
No pensar en las consecuencias, actuar sin pensar, falta de evaluación de las consecuencias, no considerar las consecuencias lógicas de las acciones, no planear.	(Anderman, Cupp, & Lane, 2009; Barker, Trentacosta, & Salekin, 2011; Brook & Boaz, 2005; Castellani & Ruggle, 1995; Gerbing et al., 1987; Smith, 1952)
Tomar decisiones rápidamente, responder prematuramente, actuar sin pensar, realizar conductas de riesgo.	(Dougherty et al., 2003; Ghahremani et al., 2013; Kaltiala-Heino et al., 2003; Zuckerman, 1996)
Tres dimensiones: toma de decisiones, falta de atención y falta de inhibición.	(Reynolds et al., 2008)

Definición de impulsividad	Autores relacionados
Tres dimensiones: (a) iniciación de la respuesta de forma espontánea sin planearla, (b) inhibición de la respuesta el fracaso para detener acciones ya iniciadas y (c) sensibilidad a las consecuencias como no tolerar el retraso de las recompensas.	(Dougherty et al., 2009)
Impulsividad funcional y disfuncional, ambas relacionadas con el estilo de procesamiento de información. La primera se relaciona con una tendencia a tomar decisiones rápidas cuando son requeridas por la situación y se obtiene un beneficio propio. La segunda se relaciona con decisiones rápidas e irreflexivas que tienen consecuencias negativas para el individuo.	(Dickman, 1996)
Impulsividad y reflexividad como un estilo cognitivo definido por el número de errores antes de elegir la alternativa correcta y el tiempo que los individuos tardan en generar su primera elección. Tendencia a responder rápidamente sin reflexionar. Se relaciona con la toma de decisiones y solución de problemas donde se deben considerar diferentes alternativas y valorar cuidadosamente las consecuencias.	(Donohew et al., 2000; Dougherty et al., 2013; D’Zurilla, Chang, & Sanna, 2003; Kagan, Rosman, Day, Albert, & Phillips, 1964; Keller & Ripoll, 2004; Oas, 1984; Plutchik & Van Praag, 1995; Zern, Kenney, & Kvaraceus, 1977)
Una predisposición para generar reacciones no planeadas y rápidas frente a estímulos internos o externos	(Leeman, Hoff, Krishnan-Sarin, Patock-Peckham, & Potenza, 2014)

Fuente: Riaño-Hernández et al., (2015)

1.2 Impulsividad como Rasgo

Iribarren y colaboradores (2011) nos mencionan que el *rasgo impulsivo* es una predisposición, no necesariamente observable conductualmente, que es estable en el tiempo. La impulsividad como rasgo, se encuentra frecuentemente relacionada con conductas perjudiciales para el individuo o conllevan actos sociales inadecuados en donde existe un alto grado de desinhibición conductual (Verdejo-García, Lawrence y Clark, 2008, citados en De Sola et al., 2013).

1.2.1 Barratt Impulsiveness Scale (BIS)

Uno de los pioneros en investigar sobre la impulsividad y su evaluación es Barratt (1959, citado por Patton et al., 1995) quién, en sus primeras investigaciones buscaba relacionar la ansiedad, la búsqueda de sensaciones y la impulsividad; considerando ésta última como parte de los rasgos de personalidad, para ello se apoya en la dimensión de *extroversión* la cual es propuesta en la teoría de la personalidad de Eysenck (Eysenck & Eysenck, 1985, citado por Patton et al., 1995).

Para llevar a cabo esta tarea Barratt (1959, citado por Patton et al., 1995) crea la escala Barratt Impulsiveness Scale (BIS), al avanzar con su investigación menciona que existen tres rasgos de la impulsividad, incluidos en la BIS-10 (1985 citado por Patton et al., 1995):

- a) *Motor*, definido como actuar sin pensar.
- b) *Cognitivo*, se define como la incapacidad de retrasar la gratificación donde se prefieren recompensas inmediatas, aunque más pequeñas, sobre las mayores, que se acompañan de una demora en su adquisición.

- c) *No planificador*, se caracteriza por la inhabilidad para recoger y evaluar la información pertinente antes de tomar decisiones.

La escala BIS ha pasado por diversos cambios y adaptaciones, no todos los cambios se encuentran publicados, dentro de estos cambios destaca la versión creada por Patton et al., (1995) que evalúa los factores y estructura de los ítems del BIS-10 dando como resultado el BIS-11 que mide factores de orden primario y secundario, dentro de los primeros encontramos un componente motor, cognitivo y no planificador, mientras que en los factores secundarios se encuentra la atención, la inestabilidad cognitiva, la perseverancia, el autocontrol y la complejidad cognitiva.

El BIS-11 (Patton et al., 1995) consta de 30 ítems que se agrupan en tres subescalas:

- Impulsividad Cognitiva (Atención) (8 ítems: 4, 7, 10, 13, 16, 19, 24 y 27)
- Impulsividad Motora (10 ítems: 2, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 23, 26 y 29)
- Impulsividad no planeada (12 ítems: 1, 3, 5, 8, 11, 14, 17, 20, 22, 25, 28 y 30).

Cada ítem consta de cuatro opciones de respuesta [nunca (0); ocasionalmente (1); a menudo (3); siempre o casi siempre (4)]. La puntuación total se obtiene de la suma de todos los ítems, puntuando de forma inversa los ítems 1, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 13, 17, 19, 22 y 30. No existe un punto de corte que señale los niveles de impulsividad (Salvo y Castro, 2013).

Los resultados del BIS-11 que presenta Patton y colaboradores (1995) señalan que el análisis factorial de segundo orden produjo tres factores, cada uno de los cuales combinaba dos de los factores primarios. El factor I combinó los factores atención e inestabilidad cognitiva; se denominó Impulsividad Atencional. El factor II combinó los factores impulsividad motora y perseverancia; se denominó Impulsividad Motora. Los

factores autocontrol y complejidad cognitiva se combinaron para formar el factor III denominado Impulsividad no planificada.

Se calcularon los coeficientes de correlación de Pearson para cada factor. Todas las puntuaciones de los factores de primer orden se correlacionaron significativamente entre 0,15 y 0,42 ($p < 0,0001$). Las puntuaciones de los factores de segundo orden también se correlacionaron significativamente entre sí de 0,46 a 0,53 ($p < 0,0001$). La puntuación total se correlacionó significativamente con todas las puntuaciones de los factores de primer y segundo orden. Las puntuaciones totales de los 34 ítems del BIS-10 y de los 30 ítems del BIS-11 se correlacionaron significativamente ($r = 0,98$, $p < 0,0001$).

En cuanto a la consistencia interna los cocientes de alfa para la puntuación total del BIS estaban dentro de los límites aceptables para su uso en estudios aplicados en todos los grupos.

1.2.2 Inventario de Impulsividad (DII)

Por su parte Dickman (1990) describe dos tipos de impulsividad: funcional y disfuncional. La primera se relaciona con la predisposición a tomar decisiones rápidas que beneficien a la persona ante situaciones problemáticas. La segunda se relaciona con decisiones rápidas e irreflexivas que tienen consecuencias negativas para la persona.

Para medir la impulsividad desde su propia definición crea el Inventario de Impulsividad (DII) donde evalúa dos componentes primarios (impulsividad funcional e impulsividad disfuncional) y cinco elementos secundarios (preocupación por cometer errores, desagrado por los trabajos que requieren una atención cuidadosa, planificar con anticipación, pausa ante las decisiones y aversión por actuar rápidamente).

El Inventario de Impulsividad (Dickman, 1990) está conformado por 63 ítems, de los cuáles 17 evalúan impulsividad funcional y 23 impulsividad disfuncional; los otros 23 ítems abarcan los cinco elementos secundarios sin una distribución clara. Su aplicación fue a 477 estudiantes universitarios (209 hombres y 268 mujeres). El Inventario de Impulsividad obtuvo una fiabilidad de alfa de Cronbach 0,83 para la impulsividad funcional y un alfa de Cronbach 0,86 para la impulsividad disfuncional. Los resultados de este estudio demuestran que es de utilidad distinguir entre la impulsividad funcional y disfuncional.

1.2.3 Escala de Impulsividad de Plutchik (EI)

Plutchik y Van Praag (1989) elaboraron los cuestionarios *Escala de Impulsividad de Plutchik* y *Escala de Riesgo de Violencia de Plutchik* con el objetivo de medir la impulsividad y el riesgo de violencia con la misma precisión que se pueden medir los cambios bioquímicos en el cerebro. Para referirse a la impulsividad se consideran dos características: resistirse a los impulsos frente a ceder a ellos; y responder inmediatamente a un estímulo frente a planificar antes de hacer un movimiento. El considerar estas dos características en específico, se debe a que existía un debate sobre si la impulsividad es un rasgo o no de la personalidad (Lorr & Wunderllch, 1985, citados en Plutchik y Van Praag 1989).

Debido a que este trabajo tiene por objetivo hacer un mayor análisis de lo que representa la violencia Plutchik y Van Praag (1989) distinguen entre *impulso* y *comportamiento* agresivo. El impulso agresivo puede activarse bajo ciertas condiciones dependiendo de la interacción de las variables existentes, el impulso de atacar o destruir puede dirigirse hacia uno mismo o hacia los demás. El comportamiento agresivo, sin

embargo, es una consecuencia del impulso, pero este requiere de un objeto meta hacia el cual dirigirse.

El hecho de que el impulso agresivo cambie a un comportamiento agresivo dependerá de la presencia de estímulos ambientales debido a que estos pueden activar y amplificar el impulso agresivo o lo pueden atenuar e inhibir. El hecho de hablar de un comportamiento agresivo no siempre implica un riesgo, este comportamiento agresivo ha permitido la supervivencia de los seres humanos (Plutchik y Van Praag, 1989).

La Escala de Impulsividad de Plutchik (EI) está conformada por 15 ítems con cuatro opciones de respuesta: nunca, a veces, a menudo y muy a menudo. Estos ítems preguntan al participante sobre su tendencia a realizar conductas impulsivas y espontáneas, que reflejan posibles pérdidas de control. Los ítems se relacionan con la planificación, el gasto impulsivo, el control emocional y el control conductual. La confiabilidad interna de la EI es de Alfa de Cronbach = 0.73.

1.3 Impulsividad como Estado

La impulsividad de estado también se define como un estado transitorio derivado, por ejemplo, del consumo de sustancias psicoactivas, de trastornos psiquiátricos, de enfermedades médicas o tratamientos farmacológicos (Reynolds et al., 2006; Iribarren et al., 2011; Robles-Martínez et al., 2019).

El medir a la impulsividad como un estado se justifica desde el punto de vista clínico al considerar que sujetos con *puntuaciones bajas* en la impulsividad rasgo pueden experimentar comportamientos impulsivos transitorios derivados de situaciones biológicas o ambientales concretas. Además, una evaluación de la impulsividad estado es más sensible

al cambio a corto plazo que una de rasgo siendo una medida de gran relevancia para determinar la eficacia de intervenciones terapéuticas (Iribarren et al., 2011).

1.3.1 Tareas Conductuales

Para medir la impulsividad no solo se han empleado los cuestionarios de autorreporte, también se han empleado las tareas conductuales, al utilizar estas se tienen medidas como la inhibición conductual, el retraso de recompensas y la aceptación de riesgos (Reynolds et al., 2006).

El emplear tareas conductuales para medir la impulsividad presenta la ventaja de que se evalúan conductas específicas con relación al fenómeno de estudio, además de que en dichas tareas se evalúa la forma en la que responden los participantes, caso contrario a los cuestionarios de autorreporte donde se evalúa como piensan los participantes que reaccionarían (Reynolds et al., 2006).

1.3.1.1 Tarea Go/No-Go

La tarea Go/No-Go es una tarea de aprendizaje diseñada para evaluar la capacidad de inhibir respuestas inapropiadas (Newman et al., 1985, citados en Reynolds et al., 2006). En esta tarea, se presenta a los participantes ocho números, de los cuales cuatro se designan como correctos y cuatro como incorrectos. Se les pide a los participantes que respondan sólo a los números correctos. Se les recompensa por las respuestas correctas y se les penaliza por las respuestas incorrectas.

Las medidas de resultado son los errores de omisión (no responder cuando se presenta un estímulo correcto) y los errores de comisión/falsas alarmas (responder a un

estímulo incorrecto). La medida del comportamiento impulsivo en esta tarea es el número de errores de omisión, que indican una incapacidad para inhibir respuestas inapropiadas.

1.3.1.2 Tarea de parada

Esta tarea fue diseñada para evaluar la capacidad de los participantes de inhibir una respuesta motora precipitada (Logan et al., 1997 citados en Reynolds et al., 2006). En ella los participantes tienen que responder a una señal visual de *adelante* lo más rápidamente posible, pero no emitir esta respuesta cuando se presenta una señal auditiva de *parada*. La señal de parada se presenta en el 25% de los ensayos con un retraso variable (en milisegundos) tras la señal de ir. La demora de la señal de parada cambia a lo largo de los ensayos en función del rendimiento de los participantes hasta que se encuentra una demora en la que el participante inhibe sus respuestas en aproximadamente el 50% de los ensayos.

1.3.1.3 Tarea de descuento por demora

El descuento por demora analiza hasta qué punto el participante prefiere un reforzador inmediato de menor magnitud frente a otro reforzador demorado de mayor valor o magnitud (García-Rodríguez et al., 2013). Esta tarea proporciona un índice cuantitativo de la velocidad a la que los reforzadores demorados pierden su valor a medida que aumenta el tiempo para recibirlos, de esta forma, se dice que el valor subjetivo del reforzador ha sido devaluado o descontado en función de la demora. El grado de devaluación o descuento del reforzador demorado en comparación con el reforzador inmediato constituye un índice de impulsividad (Rachlin, 2000, citado en García-Rodríguez et al., 2013).

La tarea de descuento por demora crea una situación en la que los participantes deben elegir entre recibir un reforzador disponible en ese momento (generalmente dinero o

la sustancia de abuso) o un reforzador de mayor valor disponible tras un determinado periodo de tiempo. En ensayos sucesivos, la cantidad de reforzador inmediato se ajusta en distintos incrementos, dependiendo de la respuesta de los participantes en el ensayo anterior, hasta que se alcanza una cantidad inmediata que el participante elige con la misma frecuencia que la recompensa retrasada. Este valor se denomina punto de indiferencia (Reynolds, et al., 2006).

Los puntos de indiferencia determinados para cinco retrasos diferentes (0, 2, 30, 180 y 365 días) se representan gráficamente y se obtiene una función de descuento mediante un análisis de ajuste de curvas. El análisis de ajuste de curvas arroja un valor k , que proporciona un índice cuantitativo de la inclinación de la curva de descuento: Los valores k más altos reflejan mayor descuento por retraso y, por tanto, mayor impulsividad.

1.3.1.4 Tarea de riesgo análoga al globo

Esta tarea es una medida de asunción de riesgos, en la que los participantes pueden ganar o perder puntos canjeables por dinero (Lejuez et al., 2002, citados en Reynolds et al. 2006). Los participantes “inflan” un globo presentado en una pantalla haciendo clic con el ratón del ordenador. Por cada bombeo, un contador en la pantalla aumenta en una determinada cantidad de dinero. Los participantes pueden transferir el dinero de este contador a un banco en cualquier momento, pero esto también pone fin a la prueba e inicia el siguiente globo.

Después de un número imprevisible de bombeos, el globo puede explotar, con lo que se pierde el dinero acumulado en el contador (pero no en el banco). A medida que el globo se expande y el dinero se acumula, el riesgo de explosión y pérdida de dinero aumenta. Se considera que los participantes que emiten más bombas antes de realizar la

operación bancaria (a riesgo de perder el dinero acumulado en la prueba) son más impulsivos. En este estudio, los participantes recibieron una parte de sus ganancias acumuladas al final de la sesión, según un sorteo.

1.3.2 Escala de Impulsividad de Estado (EIE)

Debido a las diferencias que existen entre la impulsividad rasgo e impulsividad estado Iribarren et al., (2011) elaboran un cuestionario de autorreporte que facilita la evaluación de la impulsividad estado sin la necesidad de aplicar tareas conductuales, esta es denominada Escala de Impulsividad de Estado (EIE).

Para la construcción de esta escala se consideraron tres modelos experimentales explicativos de la conducta impulsiva, para esto se retomaron distintas dimensiones estudiadas y evaluadas previamente por otros autores. El primer modelo es la gratificación, ésta toma como medida de impulsividad la incapacidad para retrasar una recompensa inmediata renunciando a una recompensa mayor, pero con mayor tiempo de espera (Monterosso & Ainslie, 1999, citado en Iribarren et al., 2011). Este modelo incorpora aspectos relacionados con la sensibilidad al castigo que considera que los sujetos impulsivos actúan a pesar de las consecuencias perjudiciales de su conducta (por ejemplo: anular compromisos adquiridos por una gratificación inmediata).

El segundo modelo experimental es el automatismo, dicho modelo toma como medida de impulsividad la repetición de una conducta a pesar de no ser reforzada o incluso a pesar de ser castigada (Evenden, 1998). Las consecuencias negativas son experimentadas de forma inmediata, sin embargo, la respuesta del sujeto se mantiene (o incluso aumenta) comportándose de forma estereotipada e inflexible. El automatismo se relaciona con

deficiencias en los mecanismos inhibitorios de autorregulación propuesto a finales de los 80 por Gray (1987, citado en Iribarren et al., 2011).

El último modelo experimental es el atencional, este se define por la presencia de respuestas rápidas (prematuras) sin contar con toda la información necesaria para actuar de forma apropiada a la situación (Evenden, 1998). Una respuesta anticipada no es necesariamente una respuesta desadaptativa, por ello Dickman (1990) caracteriza a la impulsividad como funcional cuando esa conducta impulsiva aporta beneficios.

Para la elaboración de la EIE, se extraen del modelo atencional aquellos aspectos que hacen referencia a la impulsividad disfuncional caracterizada por las consecuencias negativas derivadas de una deficiente obtención de la información, de una falta de planificación y de una incapacidad para omitir una respuesta inadecuada.

La EIE está conformada por 20 ítems, 7 evaluando el modelo de gratificación, 6 automatismo y 7 atencional. Para validarlo se aplicó ante una muestra conformada por 310 personas divididas en tres grupos con diagnóstico previo: 75 personas con Trastornos Impulsivos, 75 personas con diagnóstico psiquiatra sin conductas impulsivas y 160 personas como grupo control, dicho diagnóstico se hizo según los criterios del DSM-IV-TR. La EIE obtuvo una fiabilidad elevada (alfa de Cronbach 0,884), el análisis factorial confirmó la presencia de las 3 dimensiones definidas previamente y la validez convergente fue excelente (Iribarren et al., 2011).

Esta escala se presenta como un nuevo instrumento de fácil aplicación con características psicométricas adecuadas, que es útil para la evaluación de la conducta impulsiva conceptualizada como un estado. La distinción entre rasgo y estado proviene del ámbito de la psicología de las diferencias intraindividuales que asimila el rasgo a conceptos

disposicionales y el estado a conceptos ostensivos (Arce y Santisteban, 2006, citado en Iribarren et al., 2011).

De esta forma la EIE se ha diseñado para evaluar la impulsividad como una conducta manifiesta que puede variar a corto plazo. Iribarren y colaboradores (2011) mencionan que la EIE tiene las siguientes ventajas:

1) Contribuye a mejorar la valoración de los sujetos impulsivos, ya que existen en la actualidad muy pocos instrumentos de “estado” (habitualmente pruebas de ordenador).

2) Presenta una mayor capacidad de medir el cambio frente a instrumentos de rasgo: un sujeto con rasgo impulsivo no es continuamente impulsivo, sino que la expresión de ese rasgo puede variar. A su vez, un sujeto sin rasgos impulsivos puede presentar este tipo de conductas.

3) Integra en un mismo instrumento tres modelos experimentales de la impulsividad (gratificación, automatismo, atencional) permitiendo disminuir la cantidad de pruebas necesarias para evaluar a un sujeto a través de cada modelo por separado.

Entre las limitaciones de la EIE Iribarren et al., (2011) mencionan que el constructo que evalúa, la impulsividad, es un fenómeno complejo que puede ser definido desde marcos teóricos muy diversos. Además de que la EIE presenta las limitaciones propias de las escalas de autoinforme, es decir, que requieren un mínimo de capacidad introspectiva por parte del paciente y que existe riesgo de distorsión intencional de la información.

1.4 Diferencias entre la impulsividad rasgo y estado

Debido a que se ha buscado la diferencia entre las definiciones de impulsividad, Reynolds y colaboradores (2006) realizan un estudio para comparar las diferencias que

existen entre los niveles de impulsividad al compararse como rasgo y estado, para esto compararon los resultados obtenidos por escalas de autorreporte asociadas con los rasgos de la personalidad (BIS-11, I₇ y MPQ) y tareas conductuales que miden el comportamiento impulsivo (inhibición conductual, descuento por demora, asunción de riesgos).

En dicho estudio se contó con 99 participantes, 70 de estos no consumían ninguna droga y los 29 restantes eran partícipes de un estudio que examinaba los efectos del diazepam. Todos los participantes contestaron las escalas de personalidad (BIS-11, I₇ y MPQ) además de realizar las tareas de Parada, Tarea Go/No Go y Descuento por demora, en una sola sesión que duro cuatro horas.

Las correlaciones entre las distintas medidas de autorreporte fueron altas ($p < 0.05$), con puntajes variables desde 0.114 hasta 0.809 pero éstas no tenían correlación con las medidas conductuales, basados en estos resultados Reynolds et al. (2006) mencionan que las diferencias entre evaluar a la impulsividad con escalas relacionadas con la personalidad y tareas conductuales se debe a que evalúan distintas dimensiones. En el caso de los cuestionarios de autorreporte asociados con la personalidad necesitan que las personas reconozcan e informen sus comportamientos, por lo cual no siempre hay precisión. Por el contrario, las tareas conductuales son objetivas y suelen medir una dimensión específica de la conducta que puede tener una generalidad.

Después de la revisión sobre las distintas formas de definir y evaluar el constructo de impulsividad, se optó por trabajar con las escalas BIS-11 (Patton et al., 1995) y la EIE (Iribarren et al., 2011) para tener como referencia una escala que mida la impulsividad como rasgo y estado respectivamente. El trabajar con ambos modelos de impulsividad se debe a que existen pocos precedentes donde se evaluó la impulsividad desde ambas perspectivas (Reynolds et al., 2006).

Por lo tanto, de emplear la escala BIS-11 se debe a que Iribarren y colaboradores (2011) han constatado que sus puntajes son distintos a los que se obtienen al emplear la EIE, adicionalmente, la literatura no reporta precedentes donde se emplee la Escala de Impulsividad de Estado en México.

2. Problemáticas relacionadas con la impulsividad

Si bien la impulsividad, considerada como rasgo, en algunas ocasiones es útil y adaptativa, frecuentemente es relacionada con conductas perjudiciales para el individuo o que conllevan a realizar actos sociales inadecuados en donde existe un alto grado de desinhibición conductual (Verdejo et al., 2008, citado en De Sola et al., 2013).

Considerando lo anterior, estudiar la impulsividad no solo se basa en tener una definición clara acerca de que es, sino que también se busca la relación de esta con distintas conductas de riesgo como: conductas alimentarias (Jáuregui-Lobera & Santiago, 2017), conducta antisocial (Betancourt & García, 2015), ideación suicida (Santana-Campas et al., 2019; Plutchik & Van Praag, 1989), adicción al internet (Gámez & Villa, 2015), adicción a videojuegos (Marco & Chóliz, 2017; Irlés & Gomis 2016), consumo de alcohol (Robles-Martínez et al., 2019; Pilatti et al., 2016; Pérez-Fuentes et al., 2015), consumo de drogas (Cortés et al., 2020; Santana-Campas et al., 2019; Belin et al., 2008), consumo de tabaco (Pérez-Fuentes et al., 2015), intento de suicidio (Santana-Campas et al., 2019), violencia (Velasco, 2013), entre otros.

2.1 Conductas antisociales

Betancourt y García (2015) definen las conductas antisociales como la frecuencia con la que un adolescente se comporta de un modo que va en contra de lo establecido por la sociedad; ubicado en un continuo que va de menor a mayor gravedad. Se incluyen en ese continuo desde las faltas menores, pasando por los actos desafiantes o agresivos en contra de otras personas, hasta los actos ilícitos penalizados por la ley, como el robo u otros (Palacios, 2015, citado en Betancourt y García, 2015).

Betancourt y García (2015) hacen un estudio donde buscan corroborar los resultados obtenidos en investigaciones previas (Herrero y Colom, 2008; Neumann et al., 2010, citados en Betancourt y García, 2015) donde se encontraron mayores puntajes de impulsividad en la población penal masculina en comparación con la población general, además en dichos estudios se encontró que la impulsividad tiene un efecto en el desarrollo de la conducta antisocial en hombres y mujeres adolescentes.

El objetivo de dicha investigación fue determinar el nivel predictivo de la búsqueda de sensaciones y la impulsividad sobre la conducta antisocial en adolescentes. La búsqueda de sensaciones se define como la necesidad de experimentar variadas y complejas sensaciones y el deseo de correr riesgos físicos y sociales por el simple deseo de disfrutar de tales experiencias (Zuckerman et al., 1994; citados en Betancourt y García, 2015).

En dicho estudio participaron 408 jóvenes (200 hombres y 208 mujeres) con un rango de edad entre los 11 y 16 años. Se emplearon las escalas EI de Plutchik estandarizada para población mexicana, la Escala de Búsqueda de Sensaciones (no publicada) y el Cuestionario de Tamizaje de Problemas en adolescentes adaptado para población mexicana (Mariño, 1997 citado en Betancourt y García, 2015) para evaluar la conducta antisocial.

Los resultados indicaron que no hubo diferencias significativas entre unos y otras en las variables estudiadas; pese a ello, los hombres obtuvieron puntajes ligeramente más altos en conducta antisocial, búsqueda de riesgo y búsqueda de placer en comparación a las mujeres. La impulsividad, la búsqueda de placer y la búsqueda de riesgo se asociaron positivamente con la conducta antisocial; es decir, a mayor frecuencia de conducta antisocial, más conductas impulsivas y mayor búsqueda de conductas de riesgo.

2.2 Suicidio

El suicidio es una conducta de riesgo ampliamente estudiada, su relación con la impulsividad ha sido estudiada desde 1989 cuando Plutchik y Van Praag crearon el Escala de Impulsividad de Plutchik (EI) y la Escala de Riesgo de Violencia (ERV) de Plutchik, para esto buscaron relacionar la impulsividad, el riesgo de violencia y el riesgo de suicidio.

El hecho de buscar una *relación* entre la impulsividad y la ideación suicida se explica por el modelo que proponen Plutchik y Van Praag (1989) sobre el impulso y la acción agresiva, dentro de este modelo al hablar del impulso agresivo se consideran diversas problemáticas: la depresión, problemas vitales (laborales, médicos y/o familiares), sentimientos de desesperanza; estos problemas predisponen a un individuo a dirigir el impulso agresivo hacia sí mismo, con el riesgo de llevar a la acción agresiva, el suicidio.

Por otra parte, Bender y colaboradores (2011, citados en Santana-Campas et al., 2019) consideran que la impulsividad facilita la transición entre la ideación y el acto suicida ante acontecimientos estresantes, dolorosos y/o traumáticos. Esta transición se potencializa cuando en la historia del sujeto existen intentos previos de suicidio.

Debido a estas consideraciones se sabe que este riesgo aumenta al estar en prisión, por ello Santana-Campas y colaboradores (2019) realizaron un estudio en el estado de Jalisco, México. En este participaron 331 jóvenes de entre 15 y 29 años provenientes de 13 reclusorios distintos, el objetivo de dicho estudio era determinar el efecto de la impulsividad, el consumo de drogas y el tipo de delito (motivo de arresto) sobre el riesgo de suicidio en jóvenes varones privados de la libertad.

Para medir el riesgo de suicidio se utilizó la ERS, para medir la impulsividad se empleó la EI, ambas escalas de Plutchik están estandarizadas para población mexicana. La

relación entre la impulsividad y consumo de drogas con el riesgo de suicidio se asoció significativamente ($p = < 0.001$), los resultados muestran que los participantes que puntuaron alto en impulsividad y quienes reportaron consumo de alguna droga se encontraban en mayor riesgo de suicidio.

En síntesis, presentar niveles altos de impulsividad aumenta en 5.6 veces más la posibilidad de riesgo suicida en jóvenes privados de la libertad. De esta forma, se sugiere que la impulsividad es un factor de riesgo para el suicidio y que esta facilita la transición entre la ideación y el acto suicida.

2.3 Adicciones

Se sabe que la impulsividad tiene una gran correlación con el comportamiento adictivo ya que esta convive con otras variables propias del círculo de la adicción, dentro de estas variables se encuentra la *búsqueda de sensaciones* la cual puede desarrollar un papel esencial en el desarrollo de adicciones, ya que está en muchas ocasiones aproxima a los jóvenes a la experimentación de alguna sustancia psicoactiva (De Sola et al., 2013).

Uno de los primeros estudios para medir la impulsividad y su relación con las adicciones es el realizado por Belin y colaboradores (2008) donde buscan identificar si los altos niveles de impulsividad en las personas que consumen *drogas* se deben a una exposición prolongada al consumo de estas o si estos niveles de impulsividad son previos al consumo, esto asociándose con la búsqueda de sensaciones. Para este estudio se emplearon ratas debido a que este es un estudio preliminar, además de que se emplean tareas conductuales para medir los cambios en el consumo de drogas.

Para lograr identificar los posibles cambios que pudiera tener la conducta en cuanto a la ingesta de alguna droga, en este caso cocaína, se toman en cuenta los criterios del

DSM-IV en cuanto a la dependencia de sustancias, por ello se evalúa: a) la motivación para consumir la droga; b) la incapacidad para abstenerse de la búsqueda de la droga y c) el mantenimiento de la conducta de consumir la droga a pesar de que existan consecuencias negativas.

Los resultados mostraron que la novedad predice la vulnerabilidad a la autoadministración de la cocaína, pero es la alta impulsividad la que predice la transición de la ingesta controlada a la compulsiva; de esta forma, se observa que existe una correlación entre la impulsividad y el consumo elevado de la sustancia, lo que en consecuencia genera el comportamiento adictivo o la adicción. Debido a los resultados obtenidos Belin y colaboradores (2008) definen a la impulsividad como la incapacidad para esperar antes de emitir una respuesta.

Por su parte Pérez-Fuentes et al., (2015) realizan un estudio sobre la impulsividad partiendo de la idea de que esta puede ser una consecuencia derivada del consumo de distintas sustancias o un rasgo estable de la personalidad, el cual no tiene por qué resultar negativo. Para este estudio se retoma la definición de impulsividad propuesta por Evenden (1999) que la define como la tendencia a cometer determinadas acciones sin realizar ningún tipo de evaluación previa que considere las consecuencias.

En el estudio se compararon los niveles de impulsividad, el consumo de alcohol y tabaco. La muestra se conformó por 822 alumnos (426 H y 396 M) con edades entre los 13 y 18 años. El estudio consistió en la aplicación de dos escalas de autorreporte, la primera de estas fue la Escala de Impulsividad de Estado (Iribarren et al., 2011) que se empleó para medir los niveles de impulsividad, la segunda escala es un cuestionario elaborado *ad hoc* empleado para obtener datos sociodemográficos, así como datos sobre el consumo de alcohol y tabaco.

Los resultados muestran que los consumidores de alcohol obtienen puntuaciones significativamente más altas en cada una de las subescalas: gratificación ($t(821)=-7.93$; $p<.01$; $d=.56$), automatismo ($t(821)=-5.49$; $p<.01$; $d=.39$) y atencional ($t(821)=-5.90$; $p<.01$; $d=.43$), así como en la puntuación total, en comparación del grupo de no consumidores.

En cuanto a la comparación de grupos según consumo de tabaco, los sujetos que declaran haber fumado o que fuman en la actualidad presentan una puntuación media para el Total de EIE significativamente más alta ($t(821)=-6.73$; $p<.01$; $d=.51$), que aquellos que nunca han probado el tabaco.

En los grupos con consumo de tabaco los datos son similares a los reportados en el consumo de alcohol, obteniendo puntuaciones significativamente más altas en las personas que fuman o han fumado alguna vez en la vida. Además, para cada una de las subescalas de la EIE, también es el grupo de los que fuman o han fumado en alguna ocasión los que obtienen puntuaciones significativamente más elevadas, en comparación con los que no han fumado: Gratificación ($t(821)=-7.51$; $p<.01$; $d=.58$), Automatismo ($t(821)=-4.47$; $p<.01$; $d=.34$), y Atencional ($t(821)=-5.28$; $p<.01$; $d=.40$).

El análisis de regresión múltiple paso a paso muestra que, un 6% del consumo de tabaco está explicado por la variable impulsividad total ($r^2=.06$), mientras que, el 9% de la variable consumo de alcohol, está explicado por la Gratificación ($r^2=.09$).

De esta forma los estudiantes que se declararon consumidores de alcohol y tabaco obtienen puntuaciones significativamente más altas en impulsividad, lo que parece ser un factor de riesgo para el inicio en el consumo de drogas. Para futuras investigaciones recomiendan distinguir entre diversas frecuencias de consumo, y no únicamente a los que

declaran haber fumado en alguna ocasión o fuman habitualmente, algo que se considera una limitación del estudio (Pérez-Fuentes et al., 2015).

Por su parte Cortés et al., (2020) realizaron un estudio descriptivo donde buscan encontrar una relación entre la ansiedad, impulsividad, depresión, ideación e intento suicida con el consumo de drogas ilícitas (alcohol, drogas y tabaco). Para ello participaron 806 jóvenes (430 H y 370 M, 6 participantes no proporcionaron información), de los estados de Veracruz y Tamaulipas, con edades entre los 14 y 18 años.

Cada uno de los participantes respondió el instrumento denominado Diagnóstico de factores psicosociales asociados al consumo de drogas en población adolescente, esta es una batería que incluye escalas estandarizadas para población mexicana, dentro de ella encontramos la Escala de ansiedad de Goldberg, Escala de Impulsividad de Plutchik, Escala Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, Cuadro de preguntas sobre el consumo de sustancias psicoactivas además de que otorga diversos datos sociodemográficos.

Dentro de los resultados generales se encuentra que el consumo de alcohol predomina en esta población, seguida por el consumo de tabaco y por último el consumo de drogas. Otra característica para destacar es que el consumo de drogas ilícitas predomina en jóvenes que obtienen alguna actividad laboral remunerada lo que les podría permitir tener acceso a una serie de productos y servicios, dentro de los que se puede considerar, las bebidas alcohólicas, tabaco e incluso drogas de carácter ilícito.

Debido a que la clasificación de los participantes solo fue en consumidores y no consumidores de drogas (cualquier sustancia psicoactiva) por entidad federativa (Veracruz o Tamaulipas) solo se reporta un mayor nivel de impulsividad en ambas entidades en personas consumidoras.

Es importante considerar que el grupo de adolescentes por la propia etapa de vida, se encuentran en un momento de construcción identitaria (Papalia, Feldman y Martorell, 2012, citados en Cortés et al., 2020) que puede colocarlos en condiciones de vulnerabilidad, de desajustes y reajustes emocionales relacionados con la salud mental, situaciones que pueden favorecer en cierta medida las condiciones de riesgo para el uso de sustancias psicoactivas, como se pudo observar en los hallazgos encontrados.

En este caso, en el estudio realizado fue posible identificar la relación que existe entre la ansiedad, impulsividad, depresión, ideación e intento suicida con el consumo de drogas ilícitas, mismo que afectan significativamente las condiciones de salud mental en los adolescentes, pero que esto se ve reflejado de manera un tanto distinta dependiendo del contexto social y cultural en el que viven (Cortés et al., 2020).

A pesar de que la impulsividad se estudia desde distintas perspectivas, se considera importante establecer qué relación existe entre la impulsividad y el consumo de sustancias psicoactivas debido a que la impulsividad precede o se encuentra en la base del comportamiento que lleva a la conducta adictiva e incluso esta se encuentra relacionada con la recaída en las adicciones en determinados contextos, además de el hecho de que esta se relaciona con otras conductas de riesgo (Riaño-Hernández et al., 2015; Pérez-Fuentes et al., 2015; De Sola et al., 2013).

En México, existen pocos precedentes donde se estudie esta relación a pesar de que el consumo de sustancias psicoactivas sea uno de los principales problemas de salud en el país (INPRFM, INSP, CONADIC y SSA, 2017a). Por dicho motivo la siguiente investigación optara por desarrollarse bajo un modelo descriptivo debido a la poca información previa que se tiene, además de que en comparación con trabajos anteriores realizados en México no se empleó la EI de Plutchik (1989) debido a que esta no considera

la búsqueda de sensaciones dentro de su modelo y diversos autores han mencionado la importancia de este factor especialmente en población joven debido al desarrollo emocional y cognitivo en el que se encuentran.

3. Definición de Adicción

La *adicción* es el trastorno que resulta del consumo incontrolado de determinadas sustancias psicoactivas, llevando por nombre *adicción a sustancias* o *drogodependencias*; o bien, la práctica excesiva de ciertas actividades (como los juegos de azar) dando como resultado las *adicciones sin sustancia* (Ambrosio, 2017; Koob, 2011). Tradicionalmente, la adicción se ha definido como una enfermedad crónica que afecta el funcionamiento típico del cerebro y que, conductualmente hablando, se hace evidente en el uso compulsivo de una sustancia, respuestas obsesivas de búsqueda y etapas de recaída, todo ello a sabiendas de los daños resultantes a largo plazo (National Institute of Drug Abuse [NIDA], 2020).

La conducta adictiva es una consecuencia de un proceso de mala adaptación al ambiente en que se vive, en el que son de suma importancia los factores sociales. Las adicciones son un problema de salud pública debido a que afecta no solo a la persona adicta, sino también su familia, su entorno social y laboral (Ambrosio, 2017).

3.1 Proceso Adictivo

Si bien el camino a la adicción comienza con el acto de consumir una sustancia psicoactiva, con el tiempo la habilidad de la persona para poder tomar la decisión de no consumirla queda comprometida, y la búsqueda y el consumo de la droga se vuelven compulsivos. Esta conducta es en gran parte el resultado de los efectos que tiene la exposición prolongada a la droga en el funcionamiento del cerebro. La adicción afecta el aprendizaje, la memoria y el control sobre las inhibiciones que afectan el comportamiento (NIDA, 2010).

El desarrollo de la adicción pasa por tres fases: *uso*, *abuso* y *dependencia* (Arias et al., 2010; De Sola, 2014; CONADIC, s/f). Las definiciones de uso y abuso están en función de la cantidad, frecuencia y consecuencias del consumo, y se miden a través de indicadores tales como la ingesta, el patrón de consumo y los problemas asociados (enfermedades, accidentes, conductas antisociales, etcétera). El uso, en muchos casos trata únicamente de una experimentación por parte del consumidor, puede ser un uso único o un consumo esporádico donde la persona tarda meses en volver a consumir la sustancia (De Sola, 2014; Cortés et al., 2020).

De esta forma el abuso se entiende como un patrón de consumo desadaptativo que se caracteriza por el uso continuó de una sustancia, a pesar de que el sujeto sea consciente de tener un problema causado por su uso o donde el consumo de esta lo pone en riesgo. Por su parte, la dependencia se caracteriza por un deseo dominante de continuar tomando la droga y obtenerla por cualquier medio, además se presenta una dependencia física y generalmente psicológica (Arias et al, 2010; CONADIC, s/f).

El consumo mantenido de ciertas drogas cambia gradualmente la función normal del cerebro llegando a producir, en algunos casos, alteraciones del comportamiento que hacen que la persona persista en desarrollar cierta conducta aun cuando esta tiene consecuencias adversas, a esto se le considera una *conducta adictiva*. Debido al efecto producido por el consumo crónico de distintas drogas se modifican las funciones cognitivas, emocionales y motivacionales de nuestro cerebro, haciendo que solo se tenga un impulso: consumir a cualquier precio (Ambrosio, 2017).

3.1.1 La adicción como condicionamiento

El desarrollo de una conducta adictiva está relacionado con los principios del *condicionamiento clásico o pavloviano* (Ambrosio, 2017; Vila, 2015) debido a los principios de aprendizaje de dicho modelo. El condicionamiento clásico se define como el cambio en la respuesta a un estímulo incondicionado (EI) causado por la relación de ese estímulo con un estímulo condicionado (EC) que señala su ocurrencia. Este cambio ocurre no por la presencia de algún estímulo en particular sino por la relación entre ambos estímulos (Domjan, 2014).

El EC es un estímulo considerado irrelevante que se asocia con algún evento motivacionalmente importante (EI), de esta forma después de algún tiempo el EC producirá las mismas respuestas que el EI. De esta forma en las adicciones el EI sería el efecto que produce cualquier droga, mientras que el EC serían los estímulos ambientales que se asocian con el consumo de las sustancias psicoactivas, entre estos estímulos encontramos: sonidos u objetos (jeringas, botellas, cigarrillos, etc.), situaciones físicas (personas, lugares, etc.) que normalmente se encuentran presentes antes o durante el consumo (Vila, 2015).

3.1.2 Tolerancia, síndrome de abstinencia y craving

La adicción a las drogas es compleja y no sólo se caracteriza por la búsqueda y consumo de una sustancia, sino por una dependencia entendida como el conjunto de síntomas fisiológicos y psicológicos que llevan al usuario a una utilización sin control de esta. En donde los factores psicológicos inciden en el riesgo de desarrollar una adicción, esto debido a las creencias personales, sus expectativas y las atribuciones que le dan a los efectos de las distintas drogas que consumen (Ambrosio, 2017; Vila, 2015). El hecho de

que el individuo tenga como único propósito consumir lleva al desarrollo de dos fenómenos la *tolerancia* y el *síndrome de abstinencia*.

Quienes consumen drogas llegan a ser adictos en gran parte porque los efectos iniciales disminuyen con el uso cotidiano (Goldstein, Arrow, & Kalman, 1974, citados en Vila, 2015). A este fenómeno, en el que se presenta un decremento en los efectos producidos por la droga, se le ha dado el nombre de tolerancia. En un consumidor habitual de una droga, al aumentar el número de asociaciones ambiente-droga creará una atenuación de los efectos iniciales de la droga y por tanto una mayor tolerancia, lo que llevará al consumidor a aumentar la dosis en la búsqueda de conseguir el mismo efecto que se tenía al iniciar su consumo, esto contribuye a que se desarrolle una adicción e incluso una dependencia.

Respecto a esto, Siegel (2008) ha mencionado que la tolerancia se debe en gran medida al condicionamiento que ocurre entre el ambiente y el consumo de la droga, el consumir una droga sería similar a una situación de condicionamiento en donde el ambiente previo al consumo de esta se convierte en una señal de su uso. La asociación continua de las señales ambientales permitiría al organismo prepararse para el consumo de la droga, con una respuesta compensatoria opuesta a los efectos de esta, que disminuirá sus efectos y que producirá el síndrome de abstinencia (Ruiz et al., 2010).

Seguido del síndrome de abstinencia encontramos el *craving*, descrito como la necesidad o deseo de consumir la droga. Constituye uno de los principales obstáculos para el mantenimiento de la abstinencia una vez que ésta se ha conseguido (Ruiz et al., 2010). Se podría afirmar que el craving forma parte del fenómeno de la adicción subjetiva para cada individuo, asociado a la intensificación del deseo ante señales asociadas al consumo; este

anhelo es una sensación principalmente subjetiva para cada individuo (Ruiz et al., 2010; Vila, 2015).

Berridge et al., (2009) mencionan la existencia de distintos tipos de craving. El primer tipo se presenta como respuesta a los síntomas de abstinencia. Las personas con una frecuencia alta de consumo suelen experimentar una disminución en el grado de satisfacción que encuentran en el uso de la sustancia, pero con un incremento de la sensación de malestar interno cuando dejan de consumirla. De esta forma, el craving toma la forma de una necesidad de sentirse bien de nuevo (refuerzo negativo, alivio de síntomas de abstinencia).

El segundo tipo de craving se presenta como una respuesta ante la falta de placer. Implica los intentos de los usuarios por mejorar sus estados de ánimo de la forma más rápida e intensa posible. Se trata de una forma de “automedicación” cuando el individuo se encuentra aburrido, decaído o no tiene habilidades para afrontar distintas actividades (búsqueda de refuerzo positivo). El tercer tipo se presenta como una RC a los EC o señales asociadas al consumo de la sustancia. Los usuarios que han abusado de sustancias han aprendido a asociar algunos estímulos que en principio serían considerados neutros, con la intensa recompensa obtenida con el consumo.

3.2 Alcoholismo

Esta adicción se caracteriza por el consumo de *alcohol*, este es un depresor del sistema nervioso central y se ha convertido en la droga legal más consumida, cuenta con un mayor número de consumidores y adictos debido a que cuenta con una gran aceptación social y su consumo se encuentra muy arraigado en nuestra cultura (Echeverría et al., 2002; CONADIC, s.f.).

Su consumo presenta efectos en una secuencia de cinco etapas, siempre que el individuo continúe bebiendo y de acuerdo con la cantidad y el tipo de bebida ingerida, así como el volumen de alimentos que se encuentran en el estómago, el sexo y el peso corporal de la persona y las circunstancias en que se bebe:

- Primera: el sujeto se ve relajado, comunicativo, sociable y desinhibido debido a que el alcohol deprime primero los centros nerviosos que controlan la inhibición de los impulsos, por lo que la conducta se libera y el individuo parece excitado.
- Segunda: su conducta es esencialmente emocional, presenta problemas de juicio y de coordinación muscular, así como trastornos de la visión y del equilibrio.
- Tercera: el individuo experimenta confusión mental, se tambalea al caminar, tiene visión doble y reacciones variables del comportamiento: pánico, agresividad o llanto, además de serias dificultades para pronunciar adecuadamente las palabras y para comprender lo que oye.
- Cuarta: no puede sostenerse en pie; sufre vómitos, incontinencia de la orina y aturdimiento; está cerca de la inconsciencia.
- Quinta: inconsciencia, ausencia de reflejos. El individuo puede entrar en estado de coma que puede llevarlo a la muerte por una parálisis respiratoria.

Existe una serie de enfermedades que se relacionan con el consumo reiterado de bebidas alcohólicas; la mayoría de ellas son causas principales de mortalidad en nuestro país, como la cirrosis hepática y los padecimientos cardiacos (CONADIC, s.f.). Algunos estudios señalan que quienes se inician en el abuso de las bebidas alcohólicas desde jóvenes tienen una expectativa de vida cinco o diez años menor que quienes no siguen esta conducta.

El consumo de alcohol es un factor causal en más de 200 enfermedades y trastornos. La OMS (2018) señala que cada año se producen 3 millones de muertes en el mundo debido al consumo nocivo de alcohol, lo que representa un 5,3% de todas las defunciones. El consumo de alcohol provoca defunción y discapacidad a una edad relativamente temprana, en el grupo etario de 20 a 39 años, un 13,5% de las defunciones son atribuibles al consumo de alcohol.

Al respecto, la ENCODAT (2017a) reporta que el problema del consumo de alcohol en México, no se distribuye de forma uniforme a lo largo de la semana, sino que este consumo se concentra en los fines de semana. Esta práctica se asocia con riesgos importantes derivados de ingestas de alcohol muy grandes, no acompañarlo con el consumo de alimentos y con ocasiones de riesgo como es el consumir alcohol antes de manejar un auto.

Los resultados reportan que, en México, la edad de inicio en el consumo de alcohol presenta una media de 17.9 años, la edad promedio de inicio en el consumo de alcohol es de 16 años en el caso de los hombres y los 19 años en el caso de las mujeres, estos resultados se mantienen desde el 2008 (ENCODAT, 2017a; Echeverría et al., 2002).

Haciendo referencia a la población en general, el 71% de esta ha consumido alcohol al menos una vez en la vida, en el último año el 49.1% de la población y en el último mes 35.9%. El porcentaje de consumo diario es del 2.9% de la población. En cuanto al consumo excesivo de la población total en el último mes se presentó por parte del 19.8%. El 2.2% tiene dependencia al alcohol.

Las personas mencionan que en promedio necesitan 8.7 copas para sentirse borrachos, comparando por sexos, las mujeres indican necesitar 6 copas mientras que los hombres mencionan necesitar 10. También se menciona que el pre-copeo ha adquirido un

papel relevante, en los hombres con edades entre los 18 a 29 años se tiene registro de que el 22.3% de la población había pre-copeado en las últimas 4 semanas previo al estudio; en el caso de las mujeres con el mismo rango de edad el porcentaje fue del 13.7%. La razón que predominan para pre-copear es convivir con los amigos, durante este pre-copeo las bebidas de mayor preferencia son la cerveza, los destilados y las bebidas enlatadas (ENCODAT, 2017a).

Los resultados de la ENCODAT (2017a) indican que en México el consumo de alcohol es alto, en particular el consumo excesivo. Este resultado no solo se presenta en la población de mayor edad, sino que también en una alta proporción de menores de edad. La amplia aceptación social del consumo de alcohol facilita su consumo, en muchas ocasiones este se da y promueve dentro del núcleo familiar lo que genera una percepción de riesgo baja en cuanto a su consumo.

El nivel de consumo excesivo de alcohol es un problema relevante ya que pone en riesgo no solo a la persona que lo consume, sino que también a personas a su alrededor donde no solo se incluye a los familiares, también se puede mencionar a peatones o conductores, en el caso propio de accidentes automovilísticos causados por un estado de embriaguez, esto por mencionar un ejemplo.

3.3 Tabaquismo

Consiste en el consumo de *tabaco* (inhalado o masticado) se considera dentro de la clasificación de drogas estimulantes; su principio activo es la *nicotina*, que tiene una gran variedad de efectos complejos y, a veces, impredecibles tanto en la mente como en el cuerpo; esta es la responsable de la adicción al tabaco (CONADIC, s.f.).

Lira y colaboradores (2012) mencionan que la exposición continua al tabaco por parte de los fumadores, así como los fumadores pasivos, es decir, aquellas personas que están expuestas involuntariamente al humo de tabaco pueden desarrollar alguna de las siguientes enfermedades:

- Diferentes tipos de cáncer, específicamente pulmonar, de laringe, de la cavidad oral y faringe, de esófago, de páncreas, de vejiga, en sangre y gástrico.
- Enfermedad coronaria del corazón.
- Derrame cerebral.
- Enfermedades respiratorias agudas, incluyendo neumonía en personas sin una
- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica Subyacente.
- Morbilidad y mortalidad por Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).
- Inicio temprano de problemas en el funcionamiento pulmonar durante la adolescencia y adultez temprana.
- Síntomas relacionados con el asma en niños y adolescentes.

En México se estima que anualmente mueren 43 mil personas por enfermedades atribuibles al tabaquismo, representando un total del 8.4% de las muertes en el país. La Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos en México (2015) reporta que en 2009 la prevalencia del consumo de tabaco es del 15.9% en la población de 15 años y más, para el 2015 hubo un aumento al 16.4% de la población; un patrón a destacar es el hecho de que de esta población solo el 7.6% fuma a diario, donde existe un promedio de consumo de 8 cigarros para los hombres y de 6.8 cigarros en el caso de las mujeres, estos datos son los mismos para 2017.

La ENCODAT (2017b) reporta que 14.9 millones de mexicanos (17.6% de la población total en México) son fumadores actualmente (3.8 millones de mujeres y 11.1 millones de hombres), de los cuales 5.4 millones son fumadores diarios (6.4%) y 9.4 millones (11.1%) fuman de manera ocasional. La edad promedio en cuanto al inicio de consumo de tabaco es de 14.3 años, la edad promedio en la que se inicia con el consumo diario es de 21 años en las mujeres y los 18.8 años en el caso de los hombres.

Los fumadores diarios consumen un promedio de 7.4 cigarros (6.4 mujeres, 7.7 hombres). Más de 9.8 millones de mexicanos no fumadores reportaron estar expuestos al humo de tabaco, los lugares más reportados son: bares (52.8%), restaurantes (31.9%), transporte público (26%), escuela (25.4%) y trabajo (15.2%). Adicionalmente se reporta que el tiempo que tarda un fumador en encender su primer cigarro del día es un indicador de la dependencia que se tiene a la nicotina. Más de 1.8 millones de personas con edades entre los 12 y 65 años, mencionan haber fumado su primer cigarro del día dentro de los primeros 30 minutos después de levantarse (ENCODAT, 2017b).

Debido a que la impulsividad es estudiada desde distintas perspectivas (Riaño-Hernández et al., 2015) y por lo tanto se relaciona con distintos fenómenos, es importante revisar la relación que esta tiene con las adicciones (De Sola et al., 2013; Belin et al., 2008). En México, existen pocos precedentes donde se estudie esta relación a pesar de que el consumo de sustancias psicoactivas sea uno de los principales problemas de salud en el país (ENCODAT, 2017a).

4. Planteamiento y justificación de la investigación

El consumo y el abuso de drogas en los últimos años, se ha ubicado en el contexto nacional como uno de los problemas de salud pública de mayor relevancia, debido a las consecuencias sanitarias y sociales que experimentan quienes las consumen. El consumo de sustancias psicoactivas ha aumentado considerablemente desde el 2011, con relación en la historia de consumo y acceso al tratamiento, los usuarios iniciaron el consumo de cualquier sustancia psicoactiva (incluyendo alcohol y tabaco) en promedio a los 13.6 años, la sustancia preferida la comenzaron a usar en promedio a los 16 años, es decir, pasaron solo 2.5 años entre la experimentación y el consumo de la sustancia de preferencia (ENCODAT, 2017a).

La CONADIC (2021) realizó un estudio para comparar los resultados del ENCODAT (2017a, 2017b) con la situación actual que se vive debido a la pandemia por COVID-19, los resultados mostraron que el patrón de consumo de alcohol y tabaco en la mayoría de los participantes se mantuvo constante a pesar de la pandemia. En el caso del alcohol, salvo por momentos en los que su abasto disminuyó, en general la población no experimentó restricciones o falta de disponibilidad de este. Es pertinente destacar que la población joven sigue considerándose una prioridad para entender ciertos fenómenos psicosociales que permitan generar condiciones de salud que incidan en los niveles de bienestar y calidad de vida (CONADIC, 2021; Cortés et al., 2020).

En este aspecto es importante poder evaluar de forma adecuada a la impulsividad ya que puede considerarse como un predictor del desarrollo de una adicción (De Sola et al., 2013; Belin et al., 2008), además de que tener una evaluación apropiada de los niveles de

impulsividad puede ayudar con el diagnóstico y, por lo tanto, con el tratamiento (Moeller et al., 2001; Iribarren et al., 2011).

Para este estudio se emplearon las escalas EIE y BIS11. La primera para medir la impulsividad como un estado debido a que engloba las variaciones transitorias en la impulsividad ya que esta es dependiente de los cambios ambientales o biológicos, en este caso por el consumo de alguna sustancia psicoactiva. Por otra parte, se empleó la escala BIS11 para medir la impulsividad como un rasgo, mismo que es estable en el tiempo, ya que la teoría supone que una persona con alta impulsividad puede desarrollar una adicción.

A pesar de que en los estudios recientes realizados en México sobre la impulsividad se utilizó la Escala de Impulsividad de Plutchik (Cortés et al., 2020; Santana-Campas et al., 2019) se optó por no emplear esta escala debido a que diversos autores (Cortés et al., 2020; Whiteside et al., 2005) mencionan que es importante considerar la búsqueda de sensaciones como un factor importante en cuanto a la relación entre impulsividad y consumo de sustancias psicoactivas, además de esto se opta por dichas escalas ya que se tiene un antecedente de que tanto la EIE como el BIS11 miden distintos conceptos de impulsividad (Iribarren et al., 2011).

Finalmente, debemos destacar la necesidad de trabajar con la población joven debido al aumento que está ha presentado en los últimos años en cuanto a su consumo de alcohol y tabaco; si este consumo se mantiene e incluso aumenta puede generar una dependencia debido al desarrollo en que se encuentran (Arias et al., 2010; NIDA, 2020), la dependencia es un problema muy relevante desde los contextos sociales y de salud, por las distintas problemáticas que se pueden desarrollar no solo para el consumidor, sino también para los círculos sociales inmediatos como la familia, la escuela y el trabajo (ENCODAT, 2017^a; Ambrosio, 2017). Por este motivo en la presente investigación se buscó responder a

la pregunta *¿Existe alguna relación entre los niveles de impulsividad y el consumo de alcohol y tabaco?*

4.1 Objetivos del proyecto

Objetivo general:

- Describir los niveles de impulsividad reportados en las escalas BIS11 y EIE en relación con el consumo de alcohol y tabaco en población joven (15-29 años).

Objetivos específicos:

- Evaluar la prevalencia del consumo de alcohol y tabaco.
- Describir el patrón de consumo de alcohol y tabaco.
- Observar los niveles de impulsividad al evaluarse como rasgo y estado.
- Identificar los niveles de impulsividad en personas que consumen bebidas alcohólicas con aquellas que no consumen.
- Identificar los niveles de impulsividad en personas que fuman con personas no fumadoras.
- Comparar los niveles de impulsividad entre personas que fuman y beben.
- Explorar si existe una correlación entre los niveles de impulsividad y el consumo de sustancias psicoactivas.

5. Método

5.1 Participantes:

Los participantes fueron 200 personas (136 Mujeres y 64 Hombres) con un rango de edad entre los 15 y los 29 años ($M= 22.13$ años; $D.E.= 2.92$). Los criterios de inclusión fueron: edades entre los 15 y 29 años, personas que tengan acceso a un dispositivo con conexión a internet y vivir en el Estado de México o la CDMX, para obtener dicha muestra se empleó un muestreo no probabilístico, por conveniencia. La investigación cumple con los requerimientos éticos establecidos en el Código Ético del Psicólogo, así como los lineamientos éticos de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

<http://antares.iztacala.unam.mx/cetica/>

5.2 Instrumentos:

Se elaboró el instrumento “*Encuesta sobre consumo de sustancias adictivas e impulsividad*” con el propósito de medir el consumo de alcohol y tabaco, así como los niveles de impulsividad reportados como estado y rasgo. Dicha encuesta contenía el consentimiento informado (Anexo 1), preguntas de carácter sociodemográfico, así como las siguientes escalas:

- Test de Fagerström, para medir el consumo de alcohol, dicha escala fue adaptada por Becoña y Vázquez (1998) para población mexicana, esta prueba consiste en 6 reactivos que evalúan la dependencia al tabaco en tres niveles, dependencia baja, dependencia media y dependencia alta (Anexo 2).
- Breve Escala sobre Dependencia al Alcohol (Raistrick, s/f, citado en Echeverría et al., 2004), esta escala de autorreporte permite evaluar el consumo de alcohol, consta

de 15 ítems cada uno se puntúa de 0 a 3 puntos, esta escala también evalúa dependencia baja, dependencia media y dependencia alta (Anexo 3).

- Barratt Impulsiveness Scale 11 adaptada por Salvo y Castro (2013) esta escala permite evaluar a la impulsividad como un rasgo (Anexo 4).
- Escala de Impulsividad de Estado validada en español en población general (Iribarren et al., 2011), como su nombre mide la impulsividad como un estado (Anexo 5).

5.3 Procedimiento:

Se invitó a distintos jóvenes de entre 15 y 29 años a participar en esta investigación por medio de redes sociales, de igual forma la distribución de este cuestionario fue por dicho medio, esto debido a las condiciones de salud que se viven en la actualidad debido al virus SARS-CoV-2, y a las precauciones que se han tomado por recomendaciones de distintos medios de salud mencionados en el Boletín UNAM-DGCS-236bis emitido el 16 de marzo del 2020, la aplicación de los distintos cuestionarios se realizó mediante Formularios de Google.

La encuesta tiene una duración aproximada de entre 8 y 20 minutos dependiendo de las respuestas de los participantes, cabe mencionar que había 4 cuestionarios posibles debido a las sustancias que puede o no frecuentar cada uno de ellos.

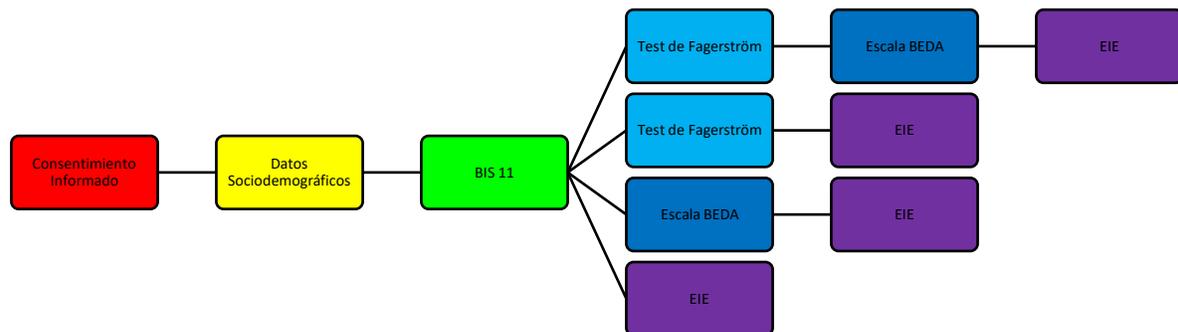
Al iniciar la “Encuesta sobre consumo de sustancias adictivas e impulsividad” se presentaba el consentimiento informado destacando los fines de investigación y el anonimato de cada uno de los participantes, seguido de esto se presentan las preguntas de carácter sociodemográfico, a continuación, se presentaba la escala BIS-11 para medir la

impulsividad como rasgo, hasta este momento la encuesta es la misma para cada uno de los participantes.

A partir de este momento las respuestas generan un cuestionario distinto basado en estas (Figura 1), una vez que se termina de contestar el BIS11 se le pregunto a cada uno de los participantes si estos fumaban, en caso de ser positiva su respuesta se preguntaba la cantidad de cigarrros consumidos por semana y a continuación se presentaba la prueba de Fagerström.

Figura 1.

Ramificación de posibles cuestionarios a responder.



En el caso de que la respuesta fuera negativa, o en su defecto una vez concluido el test de Fagerström, se les preguntaba a los participantes si consumían bebidas alcohólicas, si su respuesta era afirmativa se solicitaba que mencionarían la cantidad de tragos estándar consumidos por semana, para esto se presentaba una imagen que describía lo equivalente a un trago estándar según la bebida que se consuma (Figura 2), seguido de esto se presentaba la escala BEDA.

Si los participantes respondían que no consumían bebidas alcohólicas, o bien una vez concluida la escala BEDA, se presentaba la escala EIE. Por último, se presentaba una pantalla de agradecimiento a cada uno de los participantes, de igual forma se proporcionaban los datos de contacto por si alguien tenía alguna duda o se interesaba en conocer sus resultados (Anexo 6).

Figura 2.

Equivalentes de tragos estándar.



5.4 Análisis estadísticos

La variable independiente fue la clasificación de los niveles de impulsividad (baja, moderada y alta); mientras que la variable dependiente será el consumo de alcohol y tabaco en sus distintos niveles (bajo, moderado y severo).

Para el análisis estadístico de los datos se empleó el software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 21. Para las variables cuantitativas se realizó un análisis

inferencial mediante el cálculo de medias y desviación estándar, para medir las posibles relaciones entre la impulsividad y el consumo de alcohol y tabaco se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson. Para evaluar las posibles diferencias entre sexos se utilizó la prueba U de Mann Whitney.

6. Resultados

6.1 Características de la muestra

En la Tabla 2 se pueden observar los resultados en cuanto a las preguntas de carácter sociodemográfico. La mayor parte de la población respondió ser soltera (91%). El 51.5% de la muestra total menciona vivir en la Ciudad de México y el restante 48.5% vive en el Estado de México. En cuanto al nivel de estudios el 26% mencionó cursar el bachillerato, el 70.5% la universidad, el 3% posgrado y el 0.5% prefirió no contestar.

Tabla 2.

Resultados Sociodemográficos

		Frecuencia	%
Sexo	Mujer	136	68.0
	Hombre	64	32.0
Estado Civil	Soltero	182	91.0
	Casado	15	7.5
	Prefiero no contestar	3	1.5
Nivel de Estudios	Bachillerato	52	26
	Universidad	141	70.5
	Posgrado	6	3.0
	Prefiero no contestar	1	.5
Lugar de Residencia	Estado de México	97	48.5
	Ciudad de México	103	51.5

Fuente: Elaboración propia

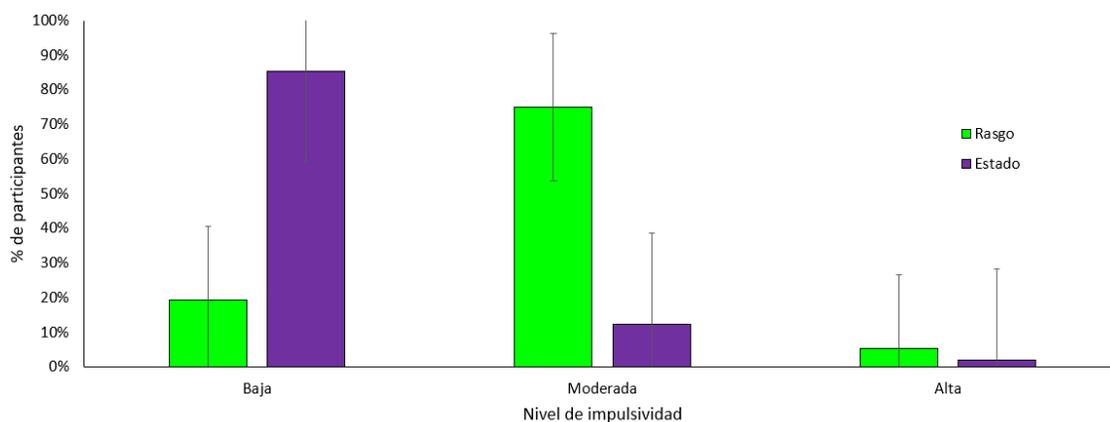
Considerando los objetivos del estudio, en primer lugar, se describen los niveles de impulsividad al medirse como rasgo y estado, respectivamente. La figura 3 representa la

frecuencia con la que fueron reportados los niveles de impulsividad por cada uno de los participantes. Se puede observar que, al medir a la impulsividad como un rasgo, resultado de las puntuaciones de la escala BIS11, la mayor parte de la población puntuó en un nivel de impulsividad moderada (75%), en contraste, al medirse como estado, resultado de las puntuaciones de la escala EIE, la mayor parte de la población reporta un nivel de impulsividad baja (85%).

Al medir a la impulsividad como un rasgo el 19% de la muestra reportó tener un nivel de impulsividad baja, así la impulsividad alta tuvo al 6% de los participantes. Por su parte la impulsividad como estado reportó que solo el 2% de los participantes obtuvo un puntaje de impulsividad alta, mientras el 13% de los mismos reportaron tener un nivel de impulsividad media.

Figura 3.

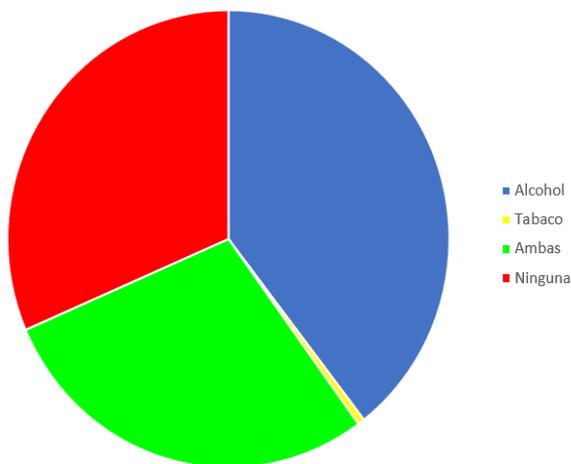
Porcentajes de los niveles de Impulsividad como Rasgo y Estado



En cuanto al consumo de las sustancias psicoactivas el 28.5% de los participantes mencionan consumir frecuentemente tanto alcohol como tabaco (Figura 4), por dicho motivo, este porcentaje se sumó a la categoría donde únicamente se menciona alcohol y tabaco dando como resultado que el 68% del total de la muestra mencionan consumir alcohol frecuentemente lo que la hace la sustancia más consumida; por su parte el 29% de la muestra menciona consumir tabaco y el 31.5% mencionan no consumir ninguna sustancia psicoactiva de manera frecuente.

Figura 4.

Sustancia psicoactiva consumida frecuentemente

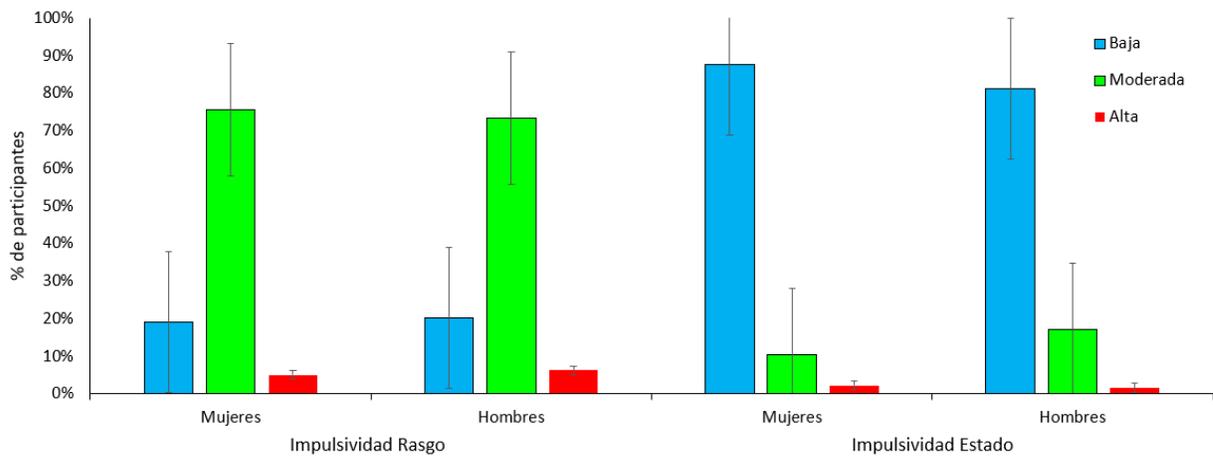


6.2 Estadística inferencial

Al comparar los niveles de impulsividad entre mujeres y hombres no hubo diferencias estadísticamente significativas, al aplicarse la prueba U de Mann Whitney se obtuvo un valor p de 0,971 ($p > 0.5$). Esto se puede observar en mayor medida en la figura 5 donde se representa que en la impulsividad rasgo el 75% de las mujeres tuvieron una impulsividad media, dato similar al de los hombres donde se encontró que el 73% también puntuaron este nivel. En lo que respecta a la impulsividad de estado el 87.5% de las mujeres obtuvieron puntajes propios del nivel de impulsividad baja, mientras que el 81% de los hombres también obtuvo un puntaje de impulsividad baja.

Figura 5.

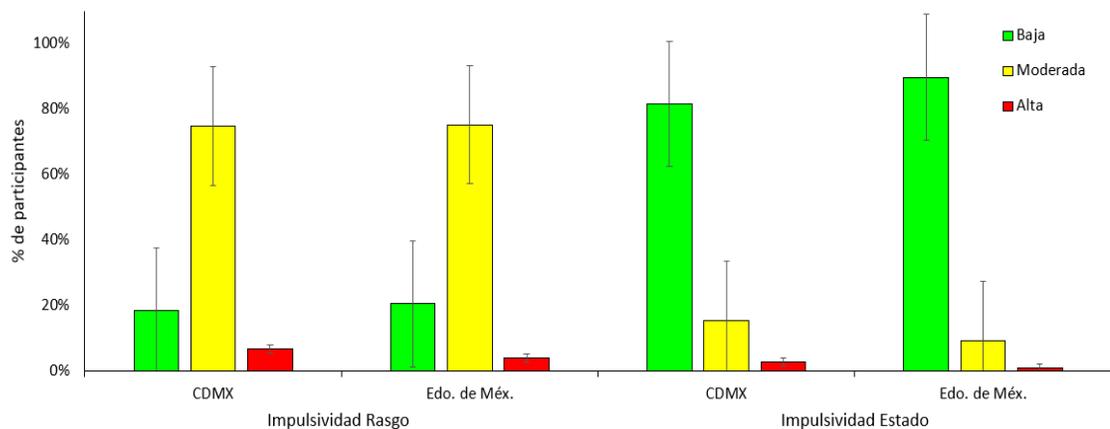
Porcentajes de los niveles de Impulsividad entre Mujeres y Hombres



De igual forma se compararon los niveles de impulsividad entre las personas que viven en la CDMX y el Estado de México, en dicha comparación no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p>0.5$). En la figura 6 se muestra que en lo que se refiere a la CDMX la mayor parte de los participantes puntuaron un nivel moderado (74.8%) en cuanto a impulsividad rasgo, por su parte, en cuanto a impulsividad estado la mayor parte obtuvo un puntaje de impulsividad bajo (81.6%). Por su parte, los participantes que viven en el Estado de México presentaron en mayor medida una impulsividad moderada (75.3%) en cuanto a la impulsividad rasgo, en lo que respecta a la impulsividad estado la mayor parte de los participantes puntuaron tener una impulsividad baja (89.7%).

Figura 6.

Porcentajes de los niveles de Impulsividad por zonas de residencia.



Al aplicar el instrumento “Encuesta sobre impulsividad y consumo de alcohol y tabaco” en primera instancia se solicitaba a cada uno de los participantes que seleccionara la sustancia que consumía frecuentemente (alcohol, tabaco, ambas o ninguna), al avanzar en el instrumento se les preguntaba a los participantes específicamente sí consumían alcohol y más adelante sí consumían tabaco, las respuestas a dichas preguntas se pueden observar en la tabla 3. Al comparar las respuestas se puede observar que existe una diferencia en la percepción que se tiene ante el hecho de *consumir frecuentemente una sustancia y consumir la sustancia*.

Tabla 3.

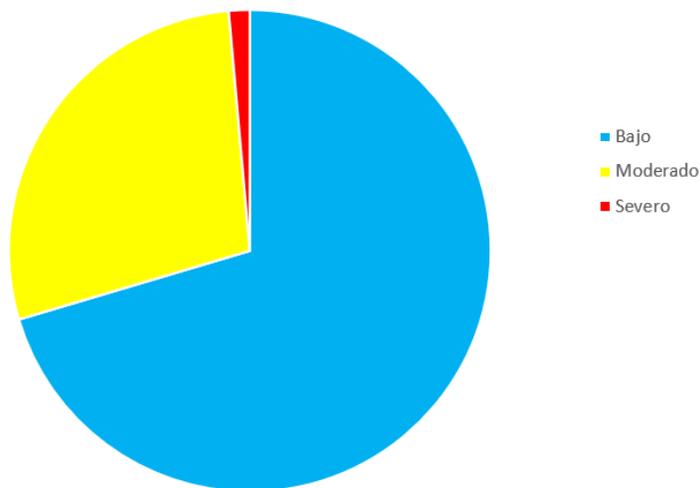
Personas que consumen alcohol y tabaco.

Consumo frecuente de la sustancia					Consumo de la sustancia				
Sustancia Psicoactiva	¿Consumes la sustancia?				Sustancia Psicoactiva	¿Consumes la sustancia?			
	Sí	%	No	%		Sí	%	No	%
Alcohol	136	68%	64	32%	Alcohol	142	71%	58	29%
Tabaco	58	29%	142	71%	Tabaco	55	27.5%	145	72.5%

Debido a que la respuesta sobre el consumo de la sustancia presentaba los distintos cuestionarios de autorreporte (BEDA y test de Fagerström), se tiene una $n=142$ en el caso de las personas que consumen alcohol. A las personas que consumen bebidas alcohólicas se les aplicó el cuestionario BEDA para clasificar su nivel de consumo de alcohol, una vez clasificados se encontro que la mayor parte (70.4%) de la muestra tiene un consumo bajo, seguido del consumo moderado (28.2%) y tan solo el 1.4% de la población tiene un consumo severo de alcohol (Figura 7).

Figura 7.

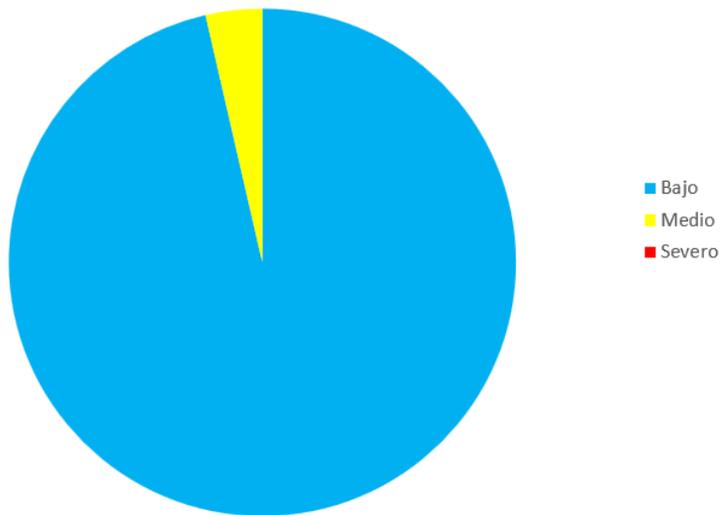
Nivel de consumo de alcohol.



Por su parte, se aplicó el test de Fagerström a un total de 55 personas que fueron las que mencionaron fumar. Los resultados de este test muestran que el 96.4 % de las personas que respondieron que sí consumen tabaco tienen un consumo bajo, el 3.6% reportaron un consumo medio y ningún participante obtuvo la clasificación de consumo severo (Figura 8).

Figura 8.

Nivel de consumo de tabaco



Para observar en mayor medida las diferencias que existen al comparar los niveles de impulsividad rasgo y el consumo de alcohol, se clasificó a aquellas personas que consumen bebidas alcohólicas según su nivel de consumo, según sus resultados en la escala BEDA, además de considerar a las personas que no consumen alcohol (Tabla 4).

De esta forma se puede observar que en lo que respecta a un nivel de impulsividad baja el 59% de la población reporto un consumo bajo de alcohol, el 7.7% un consumo de alcohol medio y el 33.3% no consumen alcohol. En el caso de la impulsividad media el 48% de los participantes tiene un consumo de alcohol bajo, el 22.7% un consumo moderado de alcohol, el 1.3% un consumo severo y el 28% menciona no consumir bebidas alcohólicas. En cuanto a los participantes que puntuaron un nivel de impulsividad alta el 45.5% tiene un consumo bajo de alcohol, el 27.3% un consumo moderado y el 27.3% mencionó no consumir bebidas alcohólicas.

Tabla 4.

Clasificación de bebedores según el nivel de impulsividad rasgo.

		Clasificación BIS					
		Impulsividad Baja		Impulsividad Media		Impulsividad Alta	
		Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%
Clasificación BEDA	No bebe	13	33.3%	42	28.0%	3	27.3%
	Baja	23	59.0%	72	48.0%	5	45.5%
	Media	3	7.7%	34	22.7%	3	27.3%
	Severa	0	0.0%	2	1.3%	0	0.0%

Fuente: Elaboración propia

La clasificación de los niveles de impulsividad y consumo de alcohol también se efectuaron con los resultados de la escala EIE (Tabla 5). En esta tabla se puede observar que en la clasificación de impulsividad baja el 52.6% de la población reporto un consumo bajo de alcohol, el 18.1% un consumo de alcohol medio, solo el 0.6% tiene un consumo severo y el 28.7% de los participantes mencionaron no consumir alcohol.

En el caso de la impulsividad media el 40% de los participantes tiene un consumo de alcohol bajo, el 32% un consumo moderado de alcohol, el 4% un consumo severo y el 24% menciona no consumir bebidas alcohólicas. En cuanto a los participantes que puntuaron un nivel de impulsividad alta el 25% tiene un consumo de alcohol moderado y el 75% mencionó no consumir bebidas alcohólicas.

Tabla 5.

Clasificación de bebedores según el nivel de impulsividad estado.

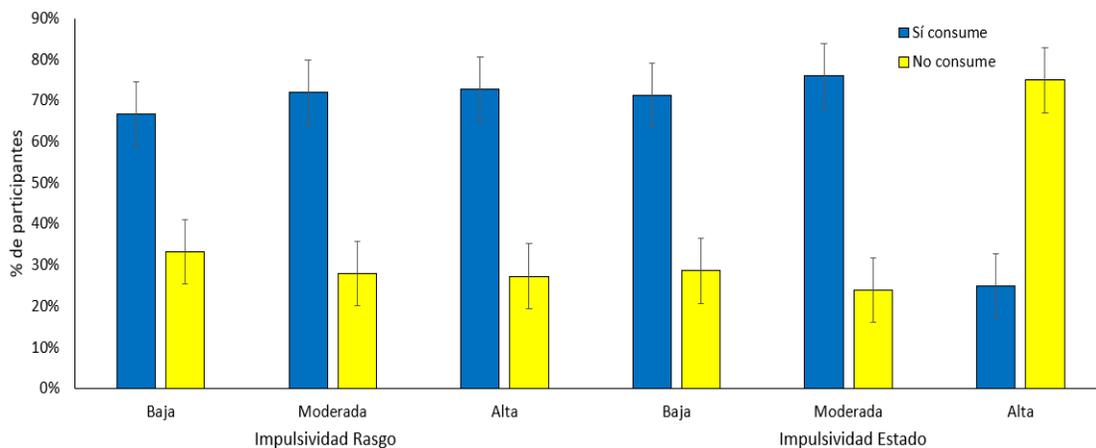
		Clasificación EIE					
		Impulsividad Baja		Impulsividad Moderada		Impulsividad Alta	
		Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%
Clasificación BEDA	No bebe	49	28.7%	6	24.0%	3	75.0%
	Baja	90	52.6%	10	40.0%	0	0.0%
	Media	31	18.1%	8	32.0%	1	25.0%
	Severa	1	0.6%	1	4.0%	0	0.0%

Fuente: Elaboración propia

Al momento de comparar los niveles de impulsividad con el consumo de alcohol se puede observar que, en general, tanto en impulsividad rasgo como en estado, puntuaron mayores niveles de impulsividad aquellas personas que mencionaron consumir alcohol (Figura 9). Los porcentajes de las personas que sí consumen bebidas alcohólicas oscilan entre el 65% y 76% en los distintos niveles de impulsividad. Se puede observar que únicamente en el caso de impulsividad alta como estado el 75% de las personas que obtuvieron dicha clasificación son las que no consumen alcohol a diferencia del otro 25% que señaló si consumirlo.

Figura 9.

Porcentajes de los niveles de Impulsividad en personas que consumen y no consumen alcohol.



En cuanto al consumo de tabaco y los niveles de impulsividad reportados en la escala BIS11, también se clasificó a los participantes en cuanto a su nivel de consumo según sus resultados en la prueba de Fagerström, además de considerar a las personas que no fuman (Tabla 6). De esta forma se puede observar que en la clasificación de impulsividad baja el 15.4% de la población reporto un consumo bajo de tabaco y el 84.6% de los participantes mencionaron no fumar.

En el caso de la impulsividad media el 28.7% de los participantes tiene un consumo de tabaco bajo, el 1.3% un consumo moderado y el 70% menciona no fumar. En cuanto a los participantes que puntuaron un nivel de impulsividad alta el 36.4% tiene un consumo de tabaco bajo y el 63.6% mencionó no fumar.

Tabla 6.

Clasificación de fumadores según el nivel de Impulsividad Rasgo.

		Clasificación BIS					
		Impulsividad Baja		Impulsividad Media		Impulsividad Alta	
		Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%
Clasificación	No fuma	33	84.6%	105	70.0%	7	63.6%
Fagerström	Baja	6	15.4%	43	28.7%	4	36.4%
	Media	0	0.0%	2	1.3%	0	0.0%
	Alta	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

Fuente: Elaboración propia

La clasificación de los niveles de impulsividad estado y el consumo de tabaco se representan en la Tabla 7. En esta tabla se puede observar que en la clasificación de impulsividad baja el 25.1% de la población reporto un consumo bajo de tabaco, el 0.6% un consumo moderado y el 74.3% de los participantes mencionaron no fumar.

En el caso de la impulsividad media el 40% de los participantes tiene un consumo de tabaco bajo y el 60% menciona no fumar. En cuanto a los participantes que puntuaron un nivel de impulsividad alta el 25% tiene un consumo de tabaco moderado y el 75% mencionó no fumar.

Tabla 7.

Clasificación de fumadores según el nivel de impulsividad estado.

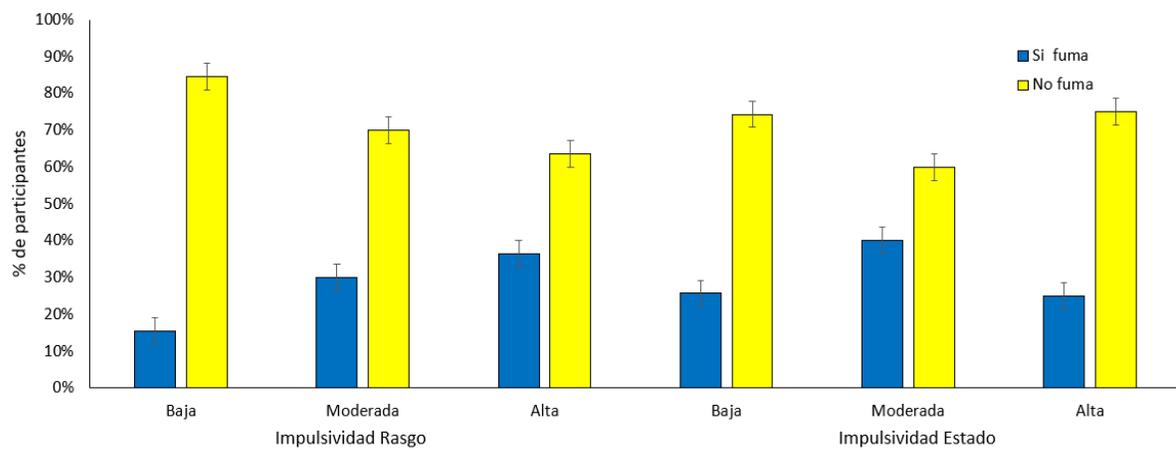
		Clasificación EIE					
		Impulsividad Baja		Impulsividad Moderada		Impulsividad Alta	
		Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%
Clasificación Fagerström	No fuma	127	74.3%	15	60.0%	3	75.0%
	Baja	43	25.1%	10	40.0%	0	0.0%
	Media	1	0.6%	0	0.0%	1	25.0%
	Alta	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

Fuente: Elaboración propia

De esta forma, en cuanto al consumo de tabaco, se puede observar que, a diferencia del consumo de alcohol, las personas que no fuman fueron las que reportaron mayores niveles de impulsividad, tanto en rasgo como en estado (Figura 10). Los porcentajes de las personas que no fuman se encuentran entre el 60% y 85% respecto a cada clasificación de los niveles de impulsividad.

Figura 10.

Porcentajes de los niveles de impulsividad en fumadores y no fumadores.



6.3 Correlaciones

Para establecer si existe una correlación entre los puntajes totales de la impulsividad al medirse como rasgo y estado se utilizó la prueba de correlación de Pearson. Se encontró una correlación positiva ($p < 0,000$) entre los puntajes totales de la escala BIS11 y la EIE teniendo una correlación de 0,530 (Tabla 8).

Tabla 8.

Correlación entre escala BIS11 y EIE

		Puntuación BIS	Puntuación EIE
Puntuación BIS	Correlación de Pearson	1	.530**
	Sig. (bilateral)		.000
	N	200	200
Puntuación EIE	Correlación de Pearson	.530**	1
	Sig. (bilateral)	.000	
	N	200	200

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla 9 se observan los resultados obtenidos al analizar la relación entre los puntajes de la prueba de Fagerström, los puntajes de la escala BEDA y los puntajes de las escalas de impulsividad BIS11 y EIE, para ello se empleó el coeficiente de correlación de Pearson. Se encontraron correlaciones significativas ($p < 0,01$) entre los puntajes BIS y los puntajes de la prueba de Fagerström, así como en los puntajes de la escala EIE y los puntajes de la prueba BEDA. Por otra parte, se encontraron correlaciones significativas ($p < 0,05$) entre los puntajes BIS y los puntajes de la escala BEDA, así como en los puntajes de la escala EIE y los puntajes de la prueba de Fagerström.

Se encontró una correlación positiva de 0,181 entre los puntajes de la prueba de Fagerström y la escala BIS11 lo cual sugiere que existe una correlación entre el consumo de tabaco y los niveles de impulsividad rasgo. En lo que respecta al consumo de alcohol e impulsividad rasgo se tiene una correlación positiva de 0,235 lo que sugiere que existe una relación bidireccional donde a mayor nivel de impulsividad se tendrá un mayor consumo de alcohol.

Tabla 9.

Correlación entre las puntuaciones de impulsividad y el consumo de alcohol y tabaco

		Puntuación Fagerström	Puntuación BEDA
Puntuación BIS	Correlación de Pearson	.181*	.235**
	Sig. (bilateral)	.010	.001
	N	200	200
Puntuación EIE	Correlación de Pearson	.248**	.178*
	Sig. (bilateral)	.000	.011
	N	200	200

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

Fuente: Elaboración propia

En cuanto al consumo de tabaco y la impulsividad rasgo se presentó una correlación positiva de 0,248. En cuanto a los puntajes de la escala BEDA y la EIE se tiene una correlación positiva baja de 0,178, estos resultados también sugieren una relación bidireccional donde a mayor nivel de impulsividad se tendrá un mayor consumo de tabaco.

Discusión

En cuanto al reporte de los niveles de impulsividad los resultados demuestran que las escalas BIS11 y EIE miden distintas dimensiones de la impulsividad lo cual es congruente con la propuesta de Iribarren et al., (2011) recordando que el propósito de la EIE es evaluar la impulsividad como un estado. La comparación entre dichos instrumentos no se había efectuado además del estudio donde se crea la escala EIE. Adicional a esto, no se cuenta con algún antecedente donde se comparen los resultados de dos escalas de autorreporte que midan los niveles de impulsividad como estado y rasgo.

De igual forma se demuestra que los niveles de impulsividad son distintos al evaluarse como rasgo y estado, tal y como lo mencionan Reynolds y colaboradores (2006), esto se debe a las distintas dimensiones que consideran los autores para cada una de sus definiciones. Respecto a las diferencias entre sexos, no se encontraron diferencias significativas en los niveles de impulsividad dichos resultados también son similares a investigaciones previas (Pérez-Fuentes et al., 2015; Robles-Martínez et al., 2019).

En cuanto al consumo de sustancias adictivas, es importante retomar la diferencia que existe en la percepción que se tiene entre consumir una sustancia y consumirla frecuentemente, estas diferencias se deben a las distintas percepciones sociales en cuanto a su aceptación, en muchos casos el primer contacto con las sustancias psicoactivas se ocasiona por la familia, ya que en esta el consumo de distintas sustancias es algo tolerado e incluso frecuente; otro de los motivos de consumo es la búsqueda de una aceptación social por lo cual consumir distintas sustancias se vuelve una necesidad para la convivencia social (ENCODAT, 2017a).

Además de esto es necesario considerar que tanto el alcohol como el tabaco con sustancias adictivas *legales* por lo cual se tiene un fácil acceso a estas. Siguiendo esta línea, el alcohol fue la sustancia que reporto tener un mayor nivel de consumo a comparación del tabaco, dichos resultados son similares a los que reporta la ENCODAT (2017a).

Por otra parte, los resultados esperados acerca de la relación entre la impulsividad y el consumo de alcohol se han reflejado después de los análisis de los resultados. Los participantes que mencionaron consumir alcohol obtuvieron puntuaciones significativamente más altas en cuanto a los niveles de impulsividad, en comparación de las personas que no consumen alcohol, dichos resultados concuerdan con lo reportado en investigaciones previas (Pérez-Fuentes et al., 2015; Robles-Martínez et al., 2019).

En lo que refiere al consumo de tabaco, los resultados no fueron los esperados ya que se presentaron mayores niveles de impulsividad en las personas que no fuman. El hecho de que las personas que no consumen alguna sustancia adictiva presenten mayores niveles de impulsividad no es un dato ajeno a este tipo de investigaciones, se tiene como antecedente el estudio realizado por Cortés y colaboradores (2020) donde estudian la relación entre la impulsividad y el consumo de alcohol, drogas y tabaco, si bien no reportan los resultados en cuanto al consumo de cada una de las sustancias, de manera general mencionan que los niveles de impulsividad son mayores en las personas que no consumen este tipo de sustancias, en dicho estudio se evalúa la impulsividad como rasgo desde la perspectiva de Plutchik y Van Praag (1989).

Ahora bien, en la presente investigación se retomaron las sugerencias realizadas por Pérez-Fuentes y colaboradores (2015); por ello, se clasifico a los participantes acorde a los niveles de consumo de alcohol y tabaco que reportaron al contestar las escalas BEDA y Fagerström, respectivamente. Este análisis permitió observar que, respecto al consumo de

alcohol, en la escala EIE (impulsividad estado) la mayor parte de los participantes puntuó un nivel de consumo bajo e impulsividad baja. En la escala BIS11 (impulsividad rasgo) la mayor parte de los participantes reportaron un nivel de impulsividad media y consumo de alcohol bajo.

Estos resultados son similares a los obtenidos por Robles-Martínez y colaboradores (2019), ellos utilizan la EIE para medir la impulsividad y buscan su relación con el consumo de alcohol, estos autores indican que los niveles de impulsividad altos corresponden a un consumo de alcohol severo, por ello los niveles de impulsividad bajos corresponden a aquellas personas que tienen un consumo de alcohol bajo.

En cuanto al consumo de tabaco, la mayor parte de los fumadores, reportaron tener un nivel de impulsividad bajo, según la escala EIE, y un consumo de tabaco bajo. En lo que respecta a la escala BIS11, la mayor parte de los fumadores puntuaron un nivel de impulsividad moderado y un consumo de tabaco bajo.

Los resultados de reporte de consumo de tabaco difieren con los resultados obtenidos en las investigaciones de Pilatti y colaboradores (2016) así como en el estudio de Pérez-Fuentes et al., (2015), dichos estudios evalúan la impulsividad, medida como rasgo y estado respectivamente y el consumo de tabaco, dichos estudios mencionan que los niveles de impulsividad bajos corresponden al consumo de tabaco bajo ya que mencionan que este efecto se debe a que existe una relación bidireccional entre la impulsividad y el consumo de tabaco.

Los resultados obtenidos en el presente estudio nos señalan que existe una relación entre el consumo de sustancias psicoactivas y los niveles de impulsividad, aunque debido a las características de la muestra no se logró explorar más en los niveles de consumo severo por lo cual no se puede afirmar que existe una relación bidireccional. De esta forma, se

puede inferir que la impulsividad puede ser un módulo importante de análisis para trabajar con personas que ya tengan diagnosticada una adicción, ya que así se puede trabajar la parte de prevención de las recaídas o incluso otros tipos de comportamientos relacionados como la violencia, el intento suicida, entre otros.

Conclusiones

En cuanto a la pregunta de investigación planteada y el objetivo, se puede afirmar que existe una relación entre los niveles de impulsividad y el consumo de alcohol. En cuanto al consumo de tabaco los resultados no fueron los esperados debido a que se presentaron mayores niveles de impulsividad en las personas que no fuman.

Respecto a las limitaciones de este estudio, se utilizaron cuestionarios de autorreporte por lo que los resultados pueden estar sujetos a sesgos de información por parte de los participantes, ya que las respuestas dependen de su propia apreciación (Reynolds et al., 2006; Iribarren et al., 2011; Pilatti, et al., 2016 y Robles-Martínez et al., 2019). Además de que estos se contestaron mediante Formularios de Google por lo cual su llenado no fue de forma guiada u observada, lo que impide atender a dudas de los participantes, así como dar una retroalimentación.

Sería interesante que en futuras investigaciones se pueda trabajar con una muestra de participantes que reporte niveles más elevados en cuanto al consumo de alcohol y tabaco o incluso con dependencia a dichas sustancias, esto permitiría evaluar de mejor manera si existe una relación entre la impulsividad y el consumo de sustancias psicoactivas que permita predecir el posible desarrollo de una adicción.

Es importante recordar que el consumo de sustancias psicoactivas es una de las mayores problemáticas de salud que existe en nuestro país debido a las distintas consecuencias sanitarias y sociales que experimentan quienes consumen, así como las edades en las que se inicia el consumo (Ambrosio, 2017; ENCODAT, 2017a). Por lo que es importante trabajar esta problemática en población joven debido a que por la etapa de desarrollo en la que se encuentran es más fácil desarrollar una dependencia (Arias et al.,

2010; NIDA, 2020). Esta problemática no solo afecta a la persona que consume sino también a sus círculos sociales inmediatos (familia, amigos), por lo cual es necesario trabajar en busca de su disminución.

Finalmente se destaca la necesidad de seguir estudiando la relación que existe entre la impulsividad y el consumo de las sustancias psicoactivas, debido a que algunos autores mencionan la importancia de esta para la prevención del posible desarrollo de una adicción (Belin et al., 2008; Koob, 2011; De Sola et al., 2013 y Robles-Martínez et al., 2019) y otros autores nos mencionan que esta tiene una importancia relevante en cuanto al tratamiento de la adicción y la prevención de las recaídas (Moeller et al., 2001; Iribarren et al., 2011 y Pilatti, et al., 2016).

Referencias

- Alcázar-Córcoles, M., Verdejo, A. J. y Bouso-Sáiz, J. C. (2015). Propiedades psicométricas de la escala de impulsividad de Plutchik en una muestra de jóvenes hispanohablantes. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 43(5), 161-169.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5182092>
- Ambrosio, E. (2017). *La ciencia de la adicción. Como cambian las drogas al cerebro. Coleccionables*, S.A.U.
- Arias, F; Barreiro, C; Berdullas, J; Iraurgi, L; Llorente, J; López, A; Madoz, A; Martínez, J; Ochoa, E; Palau, C. Palomares, A. & Villanueva, V. (2010). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Socidroalcohol.
- Becoña, E. & Vázquez, F. (1998). The Fagerström Test for Nicotine Dependence in a Spanish sample. *Psychological Reports*, 83(3), 1455-1458.
<https://doi.org/10.2466/pr0.1998.83.3f.1455>
- Belin D., Mar A.C., Dalley J.W., Robbins Tw. & Everitt B.J (2008). High Impulsivity Predicts the Switch to Compulsive Cocaine-Taking. *Science*. 320, 1352-1354.
<https://dx.doi.org/10.1126%2Fscience.1158136>
- Berridge, K., Robinson, T., & Aldridge, W. (2009). Dissecting components of reward: 'liking', 'wanting', and learning. *Current Opinion in Pharmacology*, 9, 65-73. <https://doi.org/10.1016/j.coph.2008.12.014>

Betancourt, D. & García, S. R. (2015). La impulsividad y la búsqueda de sensaciones como predictores de la conducta antisocial en adolescentes. *Enseñanza e investigación en psicología*, 20(3), 309-315. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29242800008>

CONADIC (2021). Informe sobre la Situación de la Salud Mental y el Consumo de Sustancias Psicoactivas en México 2021. Autor.
<https://www.gob.mx/salud/conadic/documentos/informe-sobre-la-situacion-de-la-salud-mental-y-el-consumo-de-sustancias-psicoactivas-en-mexico-2021?idiom=es>

CONADIC (s.f.). Prevención de las adicciones y promoción de conductas saludables para una nueva vida. Guía para el promotor de "Nueva Vida".
http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/nueva_vida/nv1e_prevencion.pdf

Cortés, E., Arellanez, J. L., Beltrán, F., Ruiz, M. E., Romero, E. y Muñoz, A. (2020). Relación entre ansiedad, impulsividad, depresión, ideación e intento suicida con el consumo de drogas ilícitas en estudiantes de bachillerato. Estudio comparativo entre estudiantes de Veracruz y Tamaulipas. *UVersa*, 10, 197-214.
<https://doi.org/10.25009/uvserva.v0i10.2707>

De Sola, J., Valladolid, G. R., y Rodríguez, F. (2013). La impulsividad: ¿Antesala de las adicciones comportamentales?. *Salud y drogas*, 13(2), 145-155.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83929573007>

De Sola, J. (2014). ¿Qué es una adicción? Desde las adicciones con sustancias a las adicciones comportamentales. Evaluación e intervención terapéutica. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 4 (2), 1-28.

https://www.psicociencias.org/pdf_noticias/Adicciones._Evaluacion_e_intervencion_terapeutica.pdf

Dickman, S. (1990). Functional and Dysfunctional Impulsivity: Personality and Cognitive Correlates. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58 (1), 95-102.

<https://psycnet.apa.org/record/1990-14648-001>

Domjan, M. (2014). *Principios de Psicología y aprendizaje. 6a Edición*. Cengage Learning.

Echeverría, S. V. L., Ruiz, T. G. M., Salazar, G. M. L., & Tiburcio, S. M. A. (2004).

Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema.

Curso de Capacitación para Profesionales de la Salud. (1ª ed.). Universidad

Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.

Evenden, J. (1999) Varieties of impulsivity. *Psychopharmacology*, 146, 348-361.

<https://doi.org/10.1007/PL00005481>

Evenden, J. L. (1998). The pharmacology of impulsive behaviour in rats III: the effects of amphetamine, haloperidol, imipramine, chlordiazepoxide and ethanol on a paced fixed consecutive number schedule. *Psychopharmacology*, 138(3), 295-304.

<https://doi.org/10.1007/s002130050674>

García-Rodríguez, O., Weidberg, S., Yoon, J.H., García-Fernández, G. y Secades-Villa, R.

(2013). Evaluación de la impulsividad mediante una tarea de descuento por demora en adictos a la cocaína. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 4(1), 23-35.

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=245126428002>

Gámex, M. y Villa, F. T. (2015). El modelo cognitivo-conductual de la adicción a Internet: el papel de la depresión y la impulsividad en adolescentes mexicanos. *Psicología y Salud*, 25(1), 111-122. <http://hdl.handle.net/10486/676537>

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas Alcohol y Tabaco 2016-2017a: *Reporte de Alcohol*: Villatorio-Velázquez, J. A., Resendiz, E., Mujica, A., Bretón-Cirett, M. Cañas-Martínez, V., Soto-Hernández, I., Frogoso-Ito, D., Fleiz-Bautista, C., Medina-Mora M. E., Gutiérrez-Reyes, J., Franco-Nuñez, A., Romero-Martínez, M. y Mendoza-Alvarado, L. (1ª ed) INPRFM.

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas Alcohol y Tabaco 2016-2017b: *Reporte de Tabaco*: Reynales-Shigematsu, L. M., Zavala-Arciniega, L., Paz-Ballesteros, W. C., Gutiérrez-Torres, D. S., García-Buendía, J. C., Rodríguez-Andrade, M. E., Gutiérrez-Reyes, J., Franco-Nuñez, A., Romero-Martínez, M. y Mendoza-Alvarado, L. (1ª ed) INPRFM.

Iribarren, M. M., Jiménez-Giménez, M., García-de Cecilia, J. M. y Rubio-Valladolid, G. (2011). Validación y Propiedades Psicométricas de la Escala de Impulsividad de Estado (EIE). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(1), 49-60. <http://3datos.es/content/uploads/2011/02/201101-01.pdf>

- Irlles, D. L. y Gomis, R. M. (2016). Impulsividad y adicción a los videojuegos. *Salud y drogas*, 16(1), 33-40. <http://dx.doi.org/10.20960/nh.992>
- Jáuregui-Lobera, I. y Santiago, M. J. (2017). Impulsividad y conducta alimentaria en varones. *Nutrición: Hospitalaria*, 34(1), 165-170. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.992>
- Koob G.F (2011). Neurobiology Of Addiction. *Focus*. (9), 55-65. <https://doi.org/10.1176/foc.9.1.foc55>
- Lira, J., Cruz, S. E. y Ayala, H. E. (2012). *Manual del Terapeuta para la Aplicación de la Intervención Breve Motivacional para Fumadores (IBMF)*. Talleres de Impresora y Encuadernadora Progreso.
- Marco, C. & Chóliz, M. (2017). Eficacia de las técnicas de control de la impulsividad en la prevención de la adicción a los videojuegos. *Terapia psicológica*, 35(1), 57-69. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082017000100006>
- Moeller F., Barrat E., Dougerty D.M., Schmitz J.M. y Swann A.C. (2001). *Psychiatric Aspects of Impulsivity*. *American Journal of Psychiatry*. (158). 1783-1793. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.11.1783>
- National Institute on Drug Abuse. (2010). *Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide*. National Institutes of Health; U.S. Department of Health and Human Services. <https://nida.nih.gov/sites/default/files/podatsp.pdf>
- National Institute on Drug Abuse. (2020). *Drugs, Brains, and Behavior: The Science of Addiction*. Publication No. 20-DA-5605. National Institutes of Health; U.S.

Department of Health and Human Services.

https://nida.nih.gov/sites/default/files/soa_sp.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). *Alcohol*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>

Organización Mundial de la Salud. (OMS, 2019). La OMS presenta un nuevo informe sobre las tendencias mundiales del consumo de tabaco.

<https://www.who.int/es/news/item/19-12-2019-who-launches-new-report-on-global-tobacco-use-trends>

Organización Panamericana de la Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. *Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos*. México 2015.

http://omextad.salud.gob.mx/contenidos/encuestas/gats2015/ENCUESTA_GATS_2015.pdf

Patton J. H., Stanford M. S. & Barrat E. (1995). Factor structure of the Barrat impulsiveness scale. *Journal of Clinical Psychology*. (51). 768- 774.

[https://doi.org/10.1002/1097-4679\(199511\)51:6%3C768::AID-JCLP2270510607%3E3.0.CO;2-1](https://doi.org/10.1002/1097-4679(199511)51:6%3C768::AID-JCLP2270510607%3E3.0.CO;2-1)

Pérez-Fuentes, M., Gázquez, M., del Mar Molero, M., Cardila, F. Martos, A., Barragán, A.

B., Garzón, A., Carrión, J. J. y 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.

<https://doi.org/10.30552/ejihpe.v5i3.139>

- Pilatti, A., Rivarola, G., Lozano, O. M., & Pautassi, R. M. (2016). Relación entre impulsividad y consumo de alcohol en hombres y mujeres argentinos. *Quaderns de psicologia*, 18(1), 75-91. <http://dx.doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1329>
- Plutchik, R. & Van Praag, H. (1989) The measurement of suicidality, aggressivity and impulsivity. *Progress. Neuropsychopharmacology Biology and Psychiatry* 13, 23-34. [https://doi.org/10.1016/0278-5846\(89\)90107-3](https://doi.org/10.1016/0278-5846(89)90107-3)
- Reynolds, B., Ortengren, A., Richards, J. B. & de Wit, H. (2006). Dimensions of impulsive behavior: Personality and behavioral measures. *Personality and individual differences*, 40 (2), 305-315. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.03.024>
- Riaño-Hernández, D., Guillen, A. y Buela-Casal, G. (2015). Conceptualización y evaluación de la impulsividad en adolescentes: una revisión sistemática. *Universitas Psychologica*, 14(3), 1077-1090. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy14-3.ceia>
- Robles-Martínez, M., García-Carretero, M. A., Gibert Rahola, J., Rodríguez-Cintas, L., Palma-Álvarez, F., Abad, A. C., Sorribes, M., Torrens, M. & Roncero, C. (2019). Relación entre craving e impulsividad en pacientes con dependencia alcohólica con o sin patología dual en tratamiento ambulatorio: un estudio descriptivo. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 47(3), 88-96. <http://psiqu.com/2-59478>
- Ruiz, I., Vila, J., y Miranda, F. (2010). El papel de los procesos asociativos en la manifestación de fenómenos relacionados con la adicción a las drogas. *Anuario de investigación en adicciones*. 11(1) 58-65. https://www.cucs.udg.mx/avisos/anuario_investigacion_adicciones/Anuarios_PDFs/Anuario11.pdf#page=58

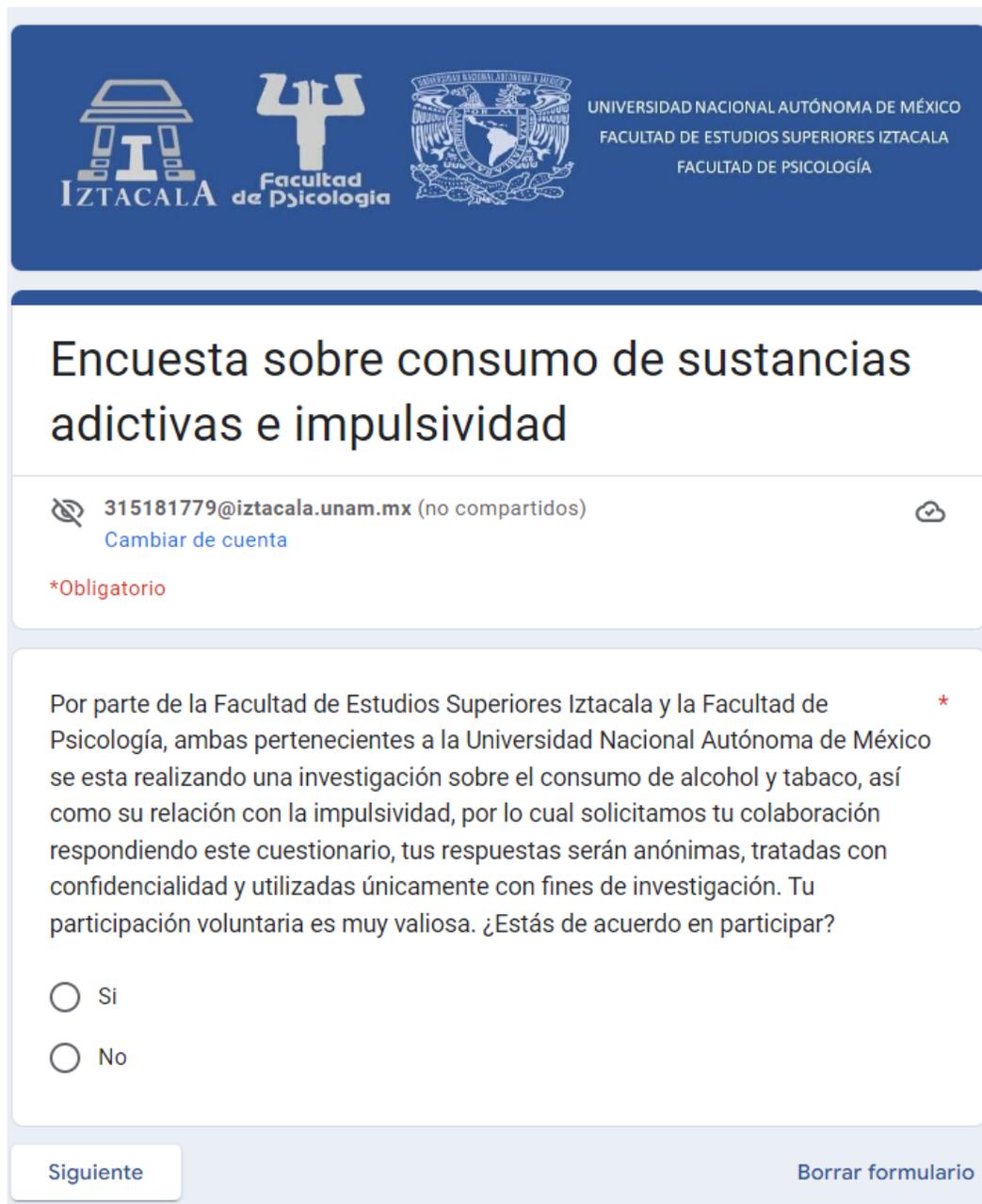
- Santana-Campas, M., Hidalgo-Rasmussen, C. y Santoyo, F. (2019). Impulsividad, consumo de drogas, tipo de delito y riesgo de suicidio en jóvenes mexicanos privados de la libertad. *Acta Universitaria* 29, e2284. <https://doi.org/10.15174/au.2019.2284>
- Salvo, L. y Castro, A. (2013). Confiabilidad y validez de la escala de impulsividad de Barratt (BIS-11) en adolescentes. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 51(4), 245-254. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272013000400003>
- Siegel, S. (2008). Learning and wisdom of the body. *Learning & Behavior*, 36, 242-252. <https://link.springer.com/article/10.3758/LB.36.3.242>
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2010). *Código Ético del Psicólogo (5ª Ed.)*. Trillas.
- Verdura E. J., Ponce G. y Rubio G. (2011). Adicciones Sin Sustancia: Juego Patológico, Adicción A Nuevas Tecnologías, Adicción Al Sexo. *Medicine*, (10), 2-8. <https://cipesalud.com.ar/wp-content/uploads/2020/09/adicciones-sin-sustancia.pdf>
- Velasco. M. (2013). Violencia reactiva e instrumental. La impulsividad como aspecto diferenciador. *Revista de educación*, 665-685. <http://repositorio.minedu.gob.pe/handle/123456789/968>
- Vila, J. (2016). Adicción y Aprendizaje. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 8(2), 79-89. <https://revistas.iberu.edu.co/index.php/ripsicologia/article/view/637>
- Whiteside, S., Lynam, D., Miller, J. & Reynolds, D. (2005). Validation of the UPPS Impulsive Behaviour Scale: a Four-factor Model of Impulsivity. *European Journal of Personality*, 19, 558-574. <https://doi.org/10.1002/per.556>

Anexos

Anexo 1. Consentimiento Informado.

Figura 10.

Presentación del consentimiento informado.



The image shows a digital form for an informed consent survey. At the top, there is a blue header with logos for Iztacala, the Faculty of Psychology, and the National Autonomous University of Mexico (UNAM). The survey title is "Encuesta sobre consumo de sustancias adictivas e impulsividad". Below the title, the email address "315181779@iztacala.unam.mx" is displayed with a "no compartidos" (not shared) status and a "Cambiar de cuenta" (change account) link. A red asterisk indicates that participation is mandatory. The main text explains that the survey is being conducted by the Faculty of Psychology at UNAM, focusing on alcohol and tobacco consumption and its relationship with impulsivity. It states that responses will be anonymous and used for research purposes. The survey asks for voluntary participation and includes two radio button options: "Si" (Yes) and "No". At the bottom, there are two buttons: "Siguiete" (Next) and "Borrar formulario" (Delete form).

IZTACALA **Facultad de Psicología**  UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Encuesta sobre consumo de sustancias adictivas e impulsividad

 315181779@iztacala.unam.mx (no compartidos) 
[Cambiar de cuenta](#)

***Obligatorio**

Por parte de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala y la Facultad de Psicología, ambas pertenecientes a la Universidad Nacional Autónoma de México se esta realizando una investigación sobre el consumo de alcohol y tabaco, así como su relación con la impulsividad, por lo cual solicitamos tu colaboración respondiendo este cuestionario, tus respuestas serán anónimas, tratadas con confidencialidad y utilizadas únicamente con fines de investigación. Tu participación voluntaria es muy valiosa. ¿Estás de acuerdo en participar? *

Si

No

[Siguiete](#) [Borrar formulario](#)

Anexo 2. Test de Fagerström.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

Licenciatura en Psicología



Se solicita tu colaboración respondiendo este cuestionario, tus respuestas serán **anónimas**, tratadas con **confidencialidad** y utilizadas únicamente con fines de investigación. Tu participación voluntaria es muy valiosa.

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

En este cuestionario no hay respuestas correctas o incorrectas, el propósito es conocer tu opinión sincera. Es muy importante que contestes cada una de las preguntas de la forma que consideres mejor para ti. Te pedimos que respondas todas las preguntas, aunque algunas parezcan repetidas ¡Gracias por tu colaboración!

Instrucciones:

A continuación, se presentan preguntas relacionadas con el consumo de tabaco, conteste conforme a lo que considere más adecuado para usted.

Test de Fagerström

1.- ¿Cuánto tiempo tarda en fumar su primer cigarrillo después de despertar?

Menos de 5 minutos () De 6 a 30 minutos () De 31 a 60 minutos () Más de 60 minutos ()

2.- ¿Encuentra dificultad para NO fumar en los sitios en que está prohibido? (cine, salones, etc.)

Sí () No ()

3.- ¿A qué cigarrillo le costaría más renunciar?

El primero () Otros ()

4.- ¿Cuántos cigarrillos fuma cada día?

Más de 30 () De 21 a 30 () De 11 a 20 () Menos de 11 ()

5.- ¿Fuma más durante las primeras horas tras levantarse que durante el resto del día?

Sí () No ()

6.- ¿Fuma si está tan enfermo (tener que guardar reposo en cama)?

Sí () No ()

Anexo 3. Breve Escala de Dependencia al Alcohol (BEDA).



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

Licenciatura en Psicología



Se solicita tu colaboración respondiendo este cuestionario, tus respuestas serán **anónimas**, tratadas con **confidencialidad** y utilizadas únicamente con fines de investigación. Tu participación voluntaria es muy valiosa.

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

En este cuestionario no hay respuestas correctas o incorrectas, el propósito es conocer tu opinión sincera. Es muy importante que contestes cada una de las preguntas de la forma que consideres mejor para ti. Te pedimos que respondas todas las preguntas, aunque algunas parezcan repetidas ¡Gracias por tu colaboración!

Instrucciones:

Las siguientes preguntas cubren una amplia variedad de situaciones relacionadas con su consumo de alcohol. Por favor, lea cuidadosamente cada pregunta, pero no piense mucho en su significado exacto. Considerando sus hábitos de beber más recientes, conteste cada pregunta marcando la opción más adecuada.

Breve Escala de Dependencia al Alcohol					
		Nunca	Algunas Veces	Frecuentemente	Casi Siempre
1	¿Tiene dificultades para dejar de pensar en beber?				
2	¿Es más importante beber en exceso que su próxima comida?				
3	¿Organiza su vida de acuerdo a cuándo y dónde puede beber?				
4	¿Bebe por la mañana, tarde y noche?				
5	¿Bebe por el efecto del alcohol sin importarle qué bebida es la que toma?				
6	¿Bebe la cantidad que desea independientemente de lo que tenga que hacer al otro día?				

7	¿Bebe en exceso aun sabiendo que muchos problemas pueden ser causados por el alcohol?				
8	¿Sabe que una vez que empieza a beber no podrá dejar de hacerlo?				
9	¿Trata de controlar su forma de beber, dejando de tomar algunos días o semanas?				
10	¿A la mañana siguiente de una noche de beber en exceso, siente la necesidad de tomar una copa para poder funcionar?				
11	¿A la mañana siguiente de una noche de beber en exceso, se despierta con temblor en las manos?				
12	¿Después de haber bebido en gran cantidad, se despierta y vomita?				
13	¿A la mañana siguiente de una noche de beber en exceso, evita a la gente?				
14	¿Después de una ocasión de beber en exceso ve cosas que lo asustan, aun cuando después se da cuenta que eran imaginarias?				
15	¿Sale a tomar y al otro día olvida lo que ocurrió la noche anterior?				

Anexo 4. Escala de Impulsividad de Barratt versión 11 (BIS11).



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

Licenciatura en Psicología



Se solicita tu colaboración respondiendo este cuestionario, tus respuestas serán **anónimas**, tratadas con **confidencialidad** y utilizadas únicamente con fines de investigación. Tu participación voluntaria es muy valiosa.

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

En este cuestionario no hay respuestas correctas o incorrectas, el propósito es conocer tu opinión sincera. Es muy importante que contestes cada una de las preguntas de la forma que consideres mejor para ti. Te pedimos que respondas todas las preguntas, aunque algunas parezcan repetidas ¡Gracias por tu colaboración!

Instrucciones:

Las personas son diferentes en cuanto a la forma en que se comportan y piensan en distintas situaciones. Ésta es una prueba para medir algunas de las formas en que actúas y piensas. No te detengas demasiado en ninguna de las oraciones. Responde rápida y honestamente.

Escala de Impulsividad de Barratt BIS 11					
		Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Siempre
1	Planifico mis tareas con cuidado.				
2	Hago las cosas sin pensarlas.				
3	Casi nunca me tomo las cosas a pecho (no me perturbo con facilidad).				
4	Mis pensamientos pueden tener gran velocidad (tengo pensamientos que van muy rápido en mi mente).				
5	Planifico mis viajes con antelación.				
6	Soy una persona con autocontrol.				
7	Me concentro con facilidad (se me hace fácil concentrarme).				
8	Ahorro con regularidad.				

9	Se me hace difícil estar quieto/a por largos períodos de tiempo.				
10	Pienso las cosas cuidadosamente.				
11	Planifico para tener un trabajo fijo (me esfuerzo por asegurar que tendré dinero para pagar por mis gastos).				
12	Digo las cosas sin pensarlas.				
13	Me gusta pensar sobre problemas complicados (Me gusta pensar sobre problemas complejos).				
14	Cambio de trabajo frecuentemente (no me quedo en el mismo trabajo por largos períodos de tiempo).				
15	Actúo impulsivamente.				
16	Me aburro con facilidad tratando de resolver problemas en mi mente (me aburre pensar en algo por largo tiempo).				
17	Visito al médico y al dentista con regularidad.				
18	Hago las cosas en el momento que se me ocurren.				
19	Soy una persona que piensa sin distraerse (puedo enfocar mi mente en una sola cosa por mucho tiempo).				
20	Cambio de vivienda a menudo (me mudo con frecuencia o no me gusta vivir en el mismo sitio por mucho tiempo).				
21	Compro cosas impulsivamente.				
22	Yo termino lo que empiezo.				
23	Camino y me muevo con rapidez.				

24	Resuelvo los problemas experimentando (resuelvo los problemas tratando una posible situación y viendo si funciona)				
25	Gasto más de lo que gano.				
26	Hablo rápido.				
27	Tengo pensamientos extraños cuando estoy pensando (a veces tengo pensamientos irrelevantes cuando pienso).				
28	Me interesa más el presente que el futuro.				
29	Me siento inquieto en clases o charlas (me siento inquieto/a si tengo que oír a alguien hablar por un largo período de tiempo).				
30	Planifico para el futuro (me interesa más el futuro que el presente).				

Anexo 5. Escala de Impulsividad de Estado (EIE).



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

Licenciatura en Psicología



Se solicita tu colaboración respondiendo este cuestionario, tus respuestas serán **anónimas**, tratadas con **confidencialidad** y utilizadas únicamente con fines de investigación. Tu participación voluntaria es muy valiosa.

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

En este cuestionario no hay respuestas correctas o incorrectas, el propósito es conocer tu opinión sincera. Es muy importante que contestes cada una de las preguntas de la forma que consideres mejor para ti. Te pedimos que respondas todas las preguntas, aunque algunas parezcan repetidas ¡Gracias por tu colaboración!

Instrucciones:

Selecciona la opción que consideres más adecuada para ti del siguiente listado.

Escala de Impulsividad Estado					
		Casi Nunca	Algunas Veces	Bastantes veces	Casi siempre/ Siempre
1	Busco actividades en las que obtengo un placer rápido, aunque sean perjudiciales.				
2	Suelo caer en tentaciones que me dificultan cumplir con un compromiso.				
3	Busco conseguir beneficios inmediatos, en vez de esperar algo mejor más tarde.				
4	Continúo haciendo determinadas actividades placenteras a pesar de que los demás me advierten que me perjudican.				
5	Cuando algo se me antoja voy a por ello de forma inmediata, sin poder esperar.				
6	Obtengo más placer transgrediendo que controlando mis acciones.				

7	Me cuesta controlar mis reacciones cuando no consigo lo que deseo.				
8	Me cuesta parar de hacer algo aunque vea que me estoy equivocando.				
9	Tengo reacciones automáticas que no puedo evitar.				
10	Si hago algo y no obtengo los resultados que espero, me cuesta hacer algo diferente.				
11	Suelo reaccionar de la misma forma aunque no sea el momento o el sitio apropiado.				
12	No pongo freno a mis reacciones por más que alguien me diga que pare.				
13	Repito muchas veces la misma forma de actuar aunque no consiga lo que busco.				
14	Suelo equivocarme porque reacciono tan rápido que no presto suficiente atención a los detalles importantes.				
15	Ante un imprevisto actúo sin pensar en las consecuencias.				
16	Saco conclusiones erróneas por no esperar el tiempo adecuado.				
17	En ocasiones dejo de prestar atención a las consecuencias inmediatas de mis acciones.				
18	Respondo antes de que hayan terminado de formular una pregunta.				
19	En algunas situaciones no espero lo suficiente y actúo antes de tiempo.				
20	Actúo sin pensar que otras personas puedan enfadarse por lo que hago.				

Anexo 6. Finalización de la Encuesta sobre consumo de sustancias psicoactivas e impulsividad.

Figura 11.

Pantalla de finalización de la Encuesta sobre consumo de sustancias adictivas e impulsividad.



The screenshot shows the finalization screen of a Google Form. At the top, there is a blue header with logos for Iztacala, the Faculty of Psychology, and the National Autonomous University of Mexico (UNAM). The main title of the survey is 'Encuesta sobre consumo de sustancias adictivas e impulsividad'. Below the title, the email address '315181779@iztacala.unam.mx (no compartidos)' is displayed with a 'Cambiar de cuenta' link. A blue bar with the text 'Gracias por tu participación' is followed by contact information: 'Si tienes alguna duda respecto a la investigación o te interesa conocer los resultados de la misma no dudes en contactarnos al correo mario.tellez@iztacala.unam.mx o bryanio99@comunidad.unam.mx'. At the bottom, there are three buttons: 'Atrás', 'Enviar', and 'Borrar formulario'. A footer note states 'Nunca envíes contraseñas a través de Formularios de Google.' and 'Este formulario se creó en FES Iztacala, UNAM. [Notificar uso inadecuado](#)'. The Google Form logo is at the very bottom.

IZTACALA Facultad de Psicología UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Encuesta sobre consumo de sustancias adictivas e impulsividad

315181779@iztacala.unam.mx (no compartidos) 

[Cambiar de cuenta](#)

Gracias por tu participación

Si tienes alguna duda respecto a la investigación o te interesa conocer los resultados de la misma no dudes en contactarnos al correo mario.tellez@iztacala.unam.mx o bryanio99@comunidad.unam.mx

[Atrás](#) [Enviar](#) [Borrar formulario](#)

Nunca envíes contraseñas a través de Formularios de Google.

Este formulario se creó en FES Iztacala, UNAM. [Notificar uso inadecuado](#)

Google Formularios