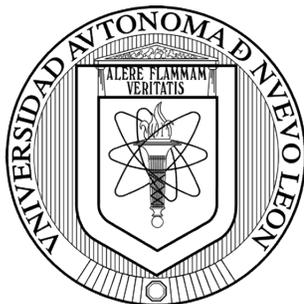


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



AUTOCONTROL PERCIBIDO Y CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES
ESCOLARIZADOS DE UNA ZONA RURAL

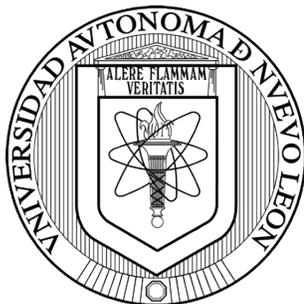
Por

BRENDA SOLEDAD CLARA CARRERA

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

FEBRERO, 2023

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



AUTOCONTROL PERCIBIDO Y CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES
ESCOLARIZADOS DE UNA ZONA RURAL

Por

BRENDA SOLEDAD CLARA CARRERA

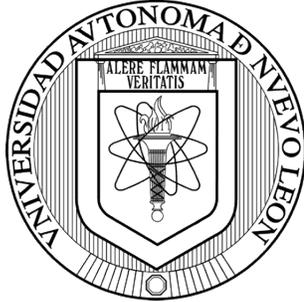
Director de Tesis

DRA. MARÍA MAGDALENA ALONSO CASTILLO

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

FEBRERO, 2023

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



AUTOCONTROL PERCIBIDO Y CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES
ESCOLARIZADOS DE UNA ZONA RURAL

Por

BRENDA SOLEDAD CLARA CARRERA

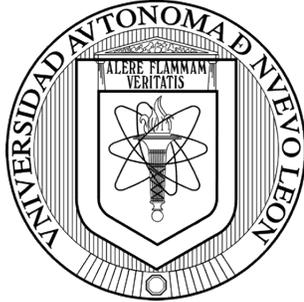
Co- Asesor

MCE. NORA NELLY OLIVA RODRÍGUEZ

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

FEBRERO, 2023

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



AUTOCONTROL PERCIBIDO Y CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES
ESCOLARIZADOS DE UNA ZONA RURAL

Por

BRENDA SOLEDAD CLARA CARRERA

Asesor Estadístico

DRA. JEYLE ORTIZ RODRÍGUEZ

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

FEBRERO, 2023

AUTOCONTROL PERCIBIDO Y CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES
ESCOLARIZADOS DE UNA ZONA RURAL

Aprobación de Tesis

Dra. María Magdalena Alonso Castillo

Director de Tesis

Dra. María Magdalena Alonso Castillo

Presidente

MCE. Nora Nelly Oliva Rodríguez

Secretario

Dra. Nora Angélica Armendáriz García

Vocal

Dra. María Magdalena Alonso Castillo

Subdirectora de Posgrado e Investigación

Agradecimientos

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por el apoyo brindado para la realización de mis estudios de Maestría en Ciencias de Enfermería.

A la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León por aceptarme como estudiante de posgrado. En especial mi agradecimiento a la Directora de la Facultad Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis.

A la Subdirectora de Posgrado e Investigación Dra. María Magdalena Alonso Castillo, por brindarme la oportunidad de realizar mis estudios de posgrado en esta Universidad, y quien también ejerció como mi Directora de Tesis, gracias por su ayuda, contribución, enseñanzas, conocimientos, su paciencia, confianza brindada y a sus exigencias que fueron fundamentales para enriquecer el contenido de la presente tesis, ya que sin su guía la realización de este estudio no habría sido posible.

A la Mtra. Nora Nelly Oliva Rodríguez por la paciencia, por su apoyo, por su tiempo, por su incansable ayuda con mis dudas en todo el proceso estadístico, para la mejora de mi investigación hasta el examen de grado como honorable miembro de mi jurado, muchas gracias.

A la Dra. Nora Angélica Armendáriz García por su apoyo, por compartir sus conocimientos, su tiempo y retroalimentación que aumenta la calidad científica de esta investigación y por ser miembro del Comité Académico de Tesis y jurado examinador.

A la Dra. Náyade Bernarda Riquelme Pereira por sus enseñanzas y ayuda durante la estancia de investigación en la Universidad de Concepción, Chile.

A todos los maestros, al personal administrativo, de intendencia y de vigilancia de la Facultad de Enfermería de la Subdirección de Posgrado e Investigación de la Universidad Autónoma de Nuevo León, que siempre estuvieron atentos a las necesidades de cada alumno, mi agradecimiento por su contribución en mi superación profesional.

Agradezco al Mtro. Rodolfo de Jesús Villagrana Palacios y a los docentes de la institución educativa donde realicé este estudio, agradezco las facilidades otorgadas para la realización del presente estudio. A los participantes, mi agradecimiento por su contribución.

A mis compañeros de generación Herminia, Laura, Ixchel, Iris, Ana Gabriela, Sofia, Cesia y Erik por su amistad, por su tiempo, por su paciencia, por sus consejos invaluable, por la motivación y apoyo que me brindaron para continuar con mis estudios de posgrado.

Dedicatoria

Agradezco a Dios por haberme permitido culminar esta etapa importante en mi vida, brindándome cada día, conocimiento, sabiduría, entendimiento y la fortaleza para finalizarla con éxito.

A mis padres Valentín Clara Cruz e Higinia Carrera Pedro por su apoyo incondicional, porque este logro es para ustedes, gracias por sus oraciones, por su amor e impulso he podido ser mejor cada día, por ser mis motores de superación.

A mi compañero de vida Iván Marín Teoba por estar a mi lado durante todo el proceso, gracias por las muestras de amor, por tu apoyo, por motivarme día a día a seguir creciendo intelectual, profesional y emocionalmente y a pesar de los obstáculos si estoy en donde estoy es gracias a ti, no me has defraudado ni me has dejado sola.

A mi hermana Clarissa Clara Carrera gracias por tus consejos y palabras de apoyo, gracias por siempre confiar que yo podía lograrlo.

A mis sobrinos porque con ellos puedo motivarme a ser una mejor persona, deseo ser su ejemplo de superación, esto va para ustedes.

A mi amiga Janitzia Alfaro Hernández por darme palabras de aliento, por creer en mí y por su bella y valiosa amistad.

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco Referencia	8
Estudios Relacionados	13
Definición de Términos Operacionales	21
Objetivos	24
Capítulo II	
Metodología	25
Diseño de Estudio	25
Población, Muestra y Muestreo	25
Criterios de Inclusión	25
Instrumentos de Medición	26
Procedimiento de Recolección de Datos	28
Consideraciones Éticas	29
Estrategias de Análisis de Datos	31
Capítulo III	
Resultados	33
Consistencia Interna de los Instrumentos	33
Estadística Descriptiva	34
Estadística Inferencial	42
Capítulo IV	
Discusión	58
Conclusiones	67
Recomendaciones	68
Referencias	70

Tabla de Contenido

Apéndices	Página
A. Cédula de Datos Personales y Prevalencias de Consumo de Alcohol (CDPPCA)	80
B. Escala de Autocontrol-Abreviada (EAC-A)	82
C. Cuestionario de Identificación de Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT)	83
D. Consentimiento Informado para padres o tutores	84
E. Carta de Asentimiento	88
F. Carta de Solicitud de Autorización a la Institución Educativa	90

Lista de Tablas

Tabla	Página
1. Pruebas Estadísticas según Objetivos	32
2. Consistencia Interna de los Instrumentos	33
3. Características Sociodemográficas	34
4. Datos Descriptivos de la Subescala I: Autodisciplina de Escala de la Autocontrol-Abreviada (EAC-A)	36
5. Datos Descriptivos de la Subescala II: Control de impulsos de la Escala de Autocontrol-Abreviada (EAC-A)	37
6. Datos Descriptivos del Dominio de Consumo de Bajo Riesgo del AUDIT	38
7. Datos Descriptivos del Dominio de Consumo de Riesgo o Dependiente del AUDIT	39
8. Datos Descriptivos del Dominio de Consumo Perjudicial o Dañino del AUDIT	40
9. Medidas de Tendencia Central, Dispersión y Pruebas de Normalidad de Kolmogorov-Smirnov con Correlación de Lillifors para las Variables Continúas y Numéricas	41
10. U de Mann-Whitney para Escala de Autocontrol-Abreviada (EAC-A) y Subescalas Autocontrol y Control de Impulsos por Sexo	43
11. H de Kruskal-Wallis para Escala de autocontrol-Abreviada (EAC-A) y Subescalas Autocontrol y Control de Impulsos por Edad	44

Lista de Tablas

Tabla	Página
12. H de Kruskal-Wallis para Escala de Autocontrol-Abrewiad (EAC-A) y Subescalas Autocontrol y Control de Impulsos por Escolaridad	45
13. Prevalencias del Consumo de Alcohol en Adolescentes de Secundaria	46
14. Chi Cuadrada de Pearson para la Prevalencia de Consumo de Alcohol por Sexo	46
15. Chi Cuadrada de Pearson para la Prevalencia de Consumo de Alcohol por Edad	47
16. Chi Cuadrada de Pearson para la Prevalencia de Consumo de Alcohol por Escolaridad	48
17. Tipos de Consumo de Alcohol en Adolescentes de Secundaria	49
18. Chi Cuadrada de Pearson para Tipos de Consumo de Alcohol por Sexo	49
19. Chi Cuadrada de Pearson para Tipos de Consumo de Alcohol por Edad	50
20. Chi Cuadrada de Pearson para Tipos de Consumo de Alcohol por Escolaridad	50
21. U de Mann-Whitney para el Índice de Autocontrol con Prevalencia de Consumo de Alcohol Alguna Vez en la Vida (global), en el Último Año (lápsica), en el Último Mes (actual) y en los Últimos Siete Días (instantánea)	51
22. U de Mann-Whitney para el Índice de la Subescala I: Autodisciplina con Prevalencia de Consumo de Alcohol Alguna Vez en la Vida (global), en el Último Año (lápsica), en el Último Mes (actual) y en los Últimos Siete Días (instantánea)	52

Lista de Tablas

Tabla	Página
23. U de Mann-Whitney para el Índice de la Subescala II: Control de Impulsos con Prevalencia de Consumo de Alcohol Alguna Vez en la Vida (global), en el Último Año (lápsica), en el Último Mes (actual) y en los Últimos Siete Días (instantánea)	53
24. H de Kruskal-Wallis para el Índice de Autocontrol con Tipos de Consumo de Alcohol	55
25. Coeficiente de Correlación de Spearman para el Autocontrol Percibido y el Consumo de Alcohol	55

Lista de Figuras

Figura	Página
1. Grafica de Autocontrol Percibido y el Número de Copas de Alcohol Consumidas en un Día Típico	57

Resumen

Lic. Brenda Soledad Clara Carrera
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación: Febrero, 2023

Título del estudio: AUTOCONTROL PERCIBIDO Y CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS DE UNA ZONA RURAL

Número de páginas: 90

Candidato para obtener el Grado de
Maestría en Ciencias de Enfermería

LGAC: Prevención de Adicciones: Drogas Lícitas e Ilícitas

Propósito y Método del Estudio: El propósito del estudio fue examinar la relación del autocontrol percibido y el consumo de alcohol en adolescentes que estudian secundaria de una zona rural de Veracruz. La población estuvo conformada por adolescentes de una secundaria del municipio de Playa Vicente Veracruz. Se realizó un muestreo de tipo censo, el tamaño de la muestra se determinó para una hipótesis alternativa de correlación bilateral con un tamaño de efecto pequeño a mediano de .20 según Cohen (1988) y una potencia del 90%, se consideró una tasa de no respuesta de 10% y se obtuvo un tamaño de muestra de $n = 215$. Para medir las variables sociodemográficas se utilizó la Cédula de Datos Personales y Prevalencias de Consumo de Alcohol y dos instrumentos de medición que fueron la Escala de Autocontrol-Abreviada (EAC-A) la cual obtuvo una consistencia interna de .76 y el Cuestionario de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (Babor, De la Fuente, Saunders & Grant, 1989) el cual obtuvo una consistencia interna de .81. El estudio se apegó a la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (1987; 2014).

Contribución y conclusiones: Se encontró que un 50.2% de la muestra son mujeres y un 49.8% de varones, un tercio de los participantes tienen 14 años y en su mayoría (43.3%) estudian el tercer año de secundaria. La edad promedio de inicio de consumo de alcohol fue a los 11 años ($DE = 1.6$), el promedio de copas de alcohol consumidas en un día típico fue de 3.9 ($DE = 5.2$), el 69.3% consumió alcohol alguna vez en la vida, 54.0% en el último año, el 32.6% en el último mes y el 6.5% en la última semana. El 49.1% presentó un consumo perjudicial o dañino, el 26.7% un consumo de riesgo dependiente y el 24.1% un consumo de bajo riesgo. No se observaron diferencias significativas de sexo, escolaridad y edad por autocontrol percibido y las subescalas de autodisciplina y control de impulsos. La subescala de control de impulsos por edad reportó diferencia significativa; la media más alta fue en los adolescentes de 12 años respecto a los de 13, 14 y 15 años.

En cuanto a las prevalencias global, lápsica e instantánea de consumo de alcohol por sexo, no se documentaron diferencias significativas. Solo se documentó diferencia significativa de sexo por prevalencia de consumo de alcohol actual y fue más alta en hombres (61.4%) que en mujeres (38.6%). No se observaron diferencias significativas según las prevalencias de consumo de alcohol por edad y escolaridad.

Se encontraron diferencias significativas de sexo por los tipos de consumo de alcohol; el consumo de bajo riesgo fue más alto en mujeres (67.9%) que en hombres (32.1%); el consumo de alcohol de riesgo o dependiente fue más alto en hombres (54.8%) que en mujeres (45.2%) y en el consumo perjudicial o dañino fue más alto en hombres (61.4%)

que en mujeres (38.6%). La edad y escolaridad por los tipos de consumo de alcohol no mostraron diferencias significativas.

El autocontrol según la prevalencia global, prevalencia lápsica y la prevalencia actual mostraron diferencias significativas; fue más alto el índice de autocontrol en los que no reportaron prevalencia de consumo global, lápsica y actual comparado con los que si reportaron prevalencia de consumo. No se encontró diferencia significativa del autocontrol y prevalencia de consumo de alcohol en los últimos siete días. No se documentó diferencia significativa del autocontrol y los tipos de consumo de alcohol. Se observó relación negativa y significativa del autocontrol, la subescala de autodisciplina y la subescala de control de impulsos con la cantidad de copas consumidas en un día típico. Además, se observó relación negativa y significativa entre la escala de autocontrol y la subescala de control de impulsos con respecto al índice de frecuencia y cantidad (consumo de bajo riesgo). Asimismo, se encontró relación negativa y significativa de la escala de autocontrol y la subescala de control de impulsos con el índice de consumo dependiente. Se recomienda replicar el estudio en otras zonas rurales de México y con una muestra más grande.

Firma del Director de Tesis _____

Capítulo I

Introducción

El alcohol es la sustancia psicoactiva cuyo principal compuesto es un derivado de los hidrocarburos llamado etanol, componente básico de las bebidas alcohólicas, el cual actúa como sedante o hipnótico y su consumo prolongado puede causar dependencia (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018a; OMS, 1994; National Institute on Drug Abuse [NIDA, por sus siglas en inglés], 2021). Además, el consumo de alcohol es un problema de salud pública debido a que provoca múltiples alteraciones a nivel biológico, psicológico y social, entre los que destacan las enfermedades cardiovasculares, los trastornos respiratorios, así como cirrosis hepática y otras enfermedades del hígado, diversos tipos de neoplasias, tuberculosis, depresión, accidentes y lesiones. Además, en la población adolescente ocasiona cambios en el estado de ánimo y problemas de desarrollo psicosocial, así mismo pueden presentar dificultades en el desarrollo de sus estudios, con su familia y su red social (OMS, 2018a).

El consumo de alcohol es uno de los principales factores de riesgo de la carga de enfermedad, la defunción prematura y la discapacidad en la población mundial (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2019). El consumo de alcohol excesivo causa alrededor de 132.6 millones de Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD), es responsable de 7.2% de las defunciones prematuras y se atribuyen anualmente 3 millones de fallecimientos lo que representa un 5.3% de la carga de morbilidad y lesiones (OMS, 2018a; OPS, 2019) lo que significa que cada 10 segundos muere un ser humano a causa del consumo de alcohol (OMS, 2018b).

De acuerdo con la OPS (2019) en su Informe Mundial de Situación sobre Alcohol y Salud en el 2018 el consumo de alcohol es uno de los principales factores de riesgo para la salud de la población en todo el mundo, el alcohol resalta las desigualdades entre los países y dentro de ellos, por la presencia de enfermedades

relacionadas con el alcohol, además, repercute negativamente en 14 de los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), por lo que afecta las metas de la Agenda 2030.

Por lo anterior el alcohol representa un peligro para el capital humano, dado que perjudica la economía, destruye el tejido social y puede sobrecargar los sistemas de salud teniendo así que los ODS establecieron la meta 3.5 “Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol”, lo cual muestra que es una de las prioridades en salud y del desarrollo que deben atenderse e investigarse, por eso la importancia de realizar este estudio en adolescentes escolarizados de zona rural (Naciones Unidas, 2018; Naciones Unidas, 2015; Movendi International, 2019; OMS, 2018a; OPS, 2019).

No obstante, se estima que en el mundo existen 237 millones de hombres y 46 millones de mujeres que padecen trastornos derivados del consumo de alcohol. Además, más de una cuarta parte (27%) de los jóvenes de 15 a 19 años son bebedores excesivos de alcohol y las regiones con mayores tasas de consumo de alcohol entre los jóvenes corresponden a Europa (44%) y las Américas (38%) (OPS, 2019).

En la población adolescente de 12 a 17 años según la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco, [ENCODAT 2016-2017] durante el periodo del 2011 al 2016, la prevalencia de consumo de alcohol alguna vez en la vida fue de 42.9% a 39.8%, la prevalencia de consumo de alcohol en el último año disminuyó del 30% al 28%, la prevalencia de consumo de alcohol en el último mes fue de 14.5% al 16.1%. Aunado a lo anterior recientemente se ha presentado un tipo de consumo de alcohol en adolescentes denominado consumo excesivo explosivo (binge drinking) que se identifica por la ingesta de cuatro bebidas alcohólicas en mujeres y cinco o más bebidas en los hombres en un periodo aproximado de dos horas (NIAAA, 2014).

En México en los adolescentes la prevalencia de consumo excesivo en el último año fue de 12.1% en 2011 a 15.2% en el año 2016 y la prevalencia del consumo excesivo en el último mes se ha duplicó de 4.3% en 2011 a 8.3% en el año 2016. De

acuerdo con el sexo, la prevalencia de consumo de alcohol alguna vez en la vida se presentó en el 41.7% de los hombres y 37.9% en mujeres, la prevalencia de consumo de alcohol en el último año fue de 28.8% en hombres y 27.2% en mujeres, en el último mes el 16.8% en hombres y 15.4% en mujeres, en cuanto al consumo de alcohol excesivo en el último mes fue de 8.9% en hombres y 7.7% en mujeres, por último el consumo diario, aumentó más de 8 veces (de 0.2% a 2.6%) entre los adolescentes, situación alarmante por las consecuencias de ello en la salud, el inicio temprano es un factor de riesgo para la dependencia al alcohol, la probabilidad de involucrarse con otras sustancias ilícitas, accidentes de tráfico, autolesiones, violencia y el abandono escolar (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz [INPRFM]; Instituto Nacional de Salud Pública [INSP]; Comisión Nacional Contra las Adicciones [CONADIC]; Secretaría de Salud [SSA]; 2017).

En la región sur del país, se encuentra Nuevo Ixcatlán, se ubica en la parte sur del municipio de Playa Vicente (en el Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave), con 3,399 habitantes. Esta localidad considerada rural y con alto grado de marginación, donde prevalece una cultura del alcohol centrada en festividades y en múltiples rituales de la cultura, por ello no se considera una conducta sancionable incluso en adolescentes. Se debe indicar que los aspectos socioculturales de consumo de alcohol tiene rasgos de las creencias, usos y costumbres no solo de Veracruz sino también de Oaxaca dado que es un poblado fundado por familias mazatecas reubicadas de San Pedro Ixcatlán, Oaxaca; como consecuencia de la construcción de la presa hidroeléctrica “Miguel Alemán” que inundó sus tierras y viviendas causando la movilización forzosa de las familias, que se expresa en la pérdida de control sobre su territorio y sus posesiones en el nuevo contexto, que las ha colocado en una posición de fragilidad económica y social (Rodríguez y Tallet, 2009).

Además, los adolescentes y jóvenes rurales comparten inquietudes y desafíos con los jóvenes urbanos como la falta de empleo, vulnerabilidad hacia el consumo de

estupefacientes y emigración (Cossío y Sánchez, 2009). No obstante, existen escasos estudios en esta localidad tanto de aspectos de salud como de conductas no saludables como el consumo de alcohol, por ello la importancia de estudiar esta conducta en los adolescentes que estudian en la única secundaria que existe en esta comunidad.

Respecto al estado de Veracruz, la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco, [ENCODAT 2016-2017] reportó que el alcohol fue la principal droga de impacto en el año 2016, en la población adolescente de 12 a 17 años se documentó una prevalencia de consumo excesivo de alcohol en el último año de 13% (14.2% hombres y 11.7% mujeres), además, la prevalencia de consumo excesivo de alcohol en el último mes fue de 6.8% (7.5% hombres y 6.0% mujeres) y por último la prevalencia de consumo diario de alcohol 3.2 % (3.1% hombres y 3.3% mujeres) (INPRFM et al., 2017).

Adicionalmente, en estudiantes de secundaria de Veracruz en el año 2014, según la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes [ENCODE]; (2014) respecto al consumo de alcohol se reportó una prevalencia de consumo alguna vez en la vida que fue de 30.2% (40.6% hombres y 35.7% mujeres), en el último año la prevalencia de consumo de alcohol fue de 22.0% (23.4% hombres y 20.5% mujeres), y la prevalencia de consumo de alcohol en el último mes fue de 15.2% (15.3% hombres y 15.0% mujeres), por último, el consumo excesivo de alcohol en el último mes fue de 7.7% (9.4% hombres y 6.0% mujeres), prevalencia inferior a la proporción nacional que fue de 8.3% sin embargo, llama la atención que en varones estudiantes de secundaria fue más alta esta prevalencia en el estado de Veracruz (9.4%) que en el territorio nacional que fue de 8.9% (INPRFM et al., 2015).

La adolescencia es el grupo de edad considerado vulnerable, esto se debe a que entre las conductas con las que inicia a involucrarse o experimentar el adolescente son las de tipo no saludables como el consumo de alcohol, probablemente por la etapa de crecimiento y desarrollo que experimentan, donde existen constantes cambios en todas

las áreas de su vida; además la conducta del consumo de alcohol se difunde mediáticamente y es aceptada socialmente sobre todo en área rural donde se ha normalizado este consumo incluso en las familias de los adolescentes; no obstante, de cierta forma no se reconoce como un problema de salud y social de corto plazo (Ahumada-Cortez, et al., 2017; NIDA, 2021; Gonzáles, 2018; Salazar et al., 2008; Delgado, 2012).

Según la evidencia científica los adolescentes que consumen alcohol tienen un aumento del riesgo de desarrollar problemas escolares, como falta de concentración, bajo rendimiento académico, reprobación (Navalón-Mira y Ruíz-Callado, 2017; Bugbee et al., 2019) y problemas familiares (Chi y Cui, 2020) como no tener permisos para participar en actividades extraescolares, pérdida de la confianza y preocupación de los padres por la conducta de consumo de alcohol de sus hijos.

En relación con la edad de inicio de consumo de alcohol, se debe destacar que, en México, la mayoría de edad se alcanza a los 18 años como establece el Artículo 34 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y a partir de esta edad se considera legal la venta y el consumo de alcohol (González y Nolla, 2015). No obstante, se ha identificado el consumo de alcohol es cada vez a edades más tempranas (16 años o menos) como un consumo experimental, el cual incrementa de cuatro a cinco veces la probabilidad de desarrollar un consumo excesivo explosivo y la dependencia en etapas posteriores de la vida (Comisión Interamericana para el Control de Abuso de Drogas [CICAD], 2013; OPS, 2007). No obstante, en México respecto a la edad de inicio de consumo de alcohol en el 2016 se reportó que los hombres iniciaron el consumo de alcohol a los 16.7 años y las mujeres a los 19.2 años; sin embargo, existen variaciones de la edad de inicio según el contexto donde viven los adolescentes; en base a ello el contexto rural puede ser un factor de riesgo para el inicio de consumo de alcohol, dado los escasos servicios sociales y de recreación los adolescentes tienden a iniciar el

consumo de alcohol como forma de socialización y diversión en esta etapa (Delgado, 2012; INPRFM et al., 2017; Salazar et al., 2008).

El desarrollo de la conducta de consumo de alcohol puede estar influida por diversos factores de riesgo o de protección del ámbito personal (biológico, psicológico), familiar, social y comunitario; los cuales incrementan o disminuyen la probabilidad del consumo de alcohol. Entre estos factores de riesgo o de protección están los psicológicos en el cual se encuentra el autocontrol percibido, el cual, es la capacidad de que dispone el adolescente para controlarse a sí mismo. Este autocontrol percibido incluye la demora o retraso en la gratificación o recompensa de la acción o actividad que llega a ser controlada por la persona (Pelechano, 1996).

Davies et al. (2017) plantea que el autocontrol es una construcción de conceptos como impulsividad, autorregulación y fuerza de voluntad, la cual en su conjunto genera la capacidad de cambiar, adaptar y anular la propia respuesta y, por tanto, de abstenerse de comportamientos de alto riesgo. Además, el autocontrol percibido es una competencia personal que se desarrolla durante los primeros años de la vida del ser humano; la evidencia empírica indica que el autocontrol percibido se asocia con efectos emocionales y conductuales como el consumo de alcohol (De Ridder et al., 2012).

Se ha indicado, además, que el autocontrol percibido tiene énfasis en la fuerza de voluntad de las personas para regular su comportamiento, frente a la supresión de la tentación y el logro a mediano y largo plazo de objetivos valiosos (Baumeister et al., 2007). En este sentido se indica que se requiere de competencia para retraerse e inhibir impulsos socialmente inaceptables como las conductas de riesgo y poder regular comportamientos, pensamientos y emociones; por ello la importancia de conocer el papel del autocontrol percibido como factor protector en adolescentes mexicanos en específico en aquellos más expuestos al riesgo de consumir alcohol como son quienes viven en zonas rurales (Tangney et al., 2004).

Se ha observado en adolescentes y jóvenes de Andalucía de entre 15 y 19 años poseen puntuaciones más bajas de autocontrol percibido, mientras que los participantes de mayor edad mostraron puntuaciones más altas, además se reportó que el bajo puntaje de autocontrol percibido en adolescentes influye en un mayor consumo de sustancias adictivas como el alcohol (Oliva et al., 2019). Asimismo, se ha encontrado en una escuela secundaria en Países Bajos, que el bajo puntaje de autocontrol percibido se asocia con la participación en las conductas externalizadas de los adolescentes, como el consumo de alcohol (Franken et al., 2016; Marschall et al., 2014).

Sin embargo, es importante mencionar que el autocontrol percibido se reconoce como un factor de protección o de riesgo, ya que al tener alto autocontrol el adolescente desarrollará la destreza para inhibir las conductas de riesgo, sirviendo como autorregulador de su comportamiento; no obstante, cuando este se encuentra limitado, es probable que, influya en el consumo de alcohol. En un estudio realizado en los adolescentes de secundaria de dos instituciones educativas de Villa El Salvador en Perú, mostraron que existe relación negativa y significativa entre el autocontrol percibido y el consumo de alcohol por lo que se indica que, a mayor puntaje de autocontrol se encontrará un menor riesgo de consumo de alcohol en los adolescentes que estudian secundaria (Marca, 2020).

Adicionalmente Walters et al. (2018) han señalado que los efectos de la demanda de autocontrol a nivel de la persona sugieren que los jóvenes estadounidenses tienen menor probabilidad de consumir alcohol cuando luchan por controlar su comportamiento diario, pero si ejecutan esta conducta son más susceptibles a las consecuencias negativas. Aunado a lo anterior en adolescentes femeninas de 13 a 17 años se encontró que el autocontrol percibido tuvo un efecto negativo significativo con el consumo de alcohol en las adolescentes de 13 años (Palm et al., 2021). Se debe hacer notar que es escasa la evidencia científica sobre autocontrol percibido y consumo de alcohol en adolescentes mexicanos tanto en aquellos que residen en zonas urbanas o

rurales, por lo que se considera que existe un vacío de conocimientos al respecto, justificando de esta forma la necesidad de investigar la relación de estas variables, sobre todo en aquellos adolescentes con mayor exposición al riesgo de consumir alcohol que son los que viven en zona rural.

Por lo anteriormente expuesto se propuso examinar la relación del autocontrol percibido y el consumo de alcohol en adolescentes que estudian secundaria de una zona rural de Veracruz, esto permitió en un primer momento profundizar en el conocimiento del autocontrol percibido. Además, al determinar su influencia en el consumo de alcohol, posiblemente en un futuro se considere como elemento sustancial para el diseño de intervenciones de enfermería enfocadas a la prevención del consumo de alcohol en los adolescentes y fortalecer el autocontrol; por lo anterior se llevó a cabo un estudio descriptivo.

Marco de Referencia

En el presente estudio se incluyen los conceptos de las variables autocontrol percibido y consumo de alcohol.

Los primeros estudios realizados sobre el autocontrol comenzaron en los años sesenta, a partir de las investigaciones sobre el comportamiento realizadas por Skinner (1971, como se citó en Nico, 2004), quien definió el autocontrol como un tipo de conducta que puede aprenderse y responde a las mismas influencias ambientales que otras conductas. Posteriormente fue descrito como la capacidad de resistir las tentaciones, regular las emociones, cogniciones, controlar y ajustar el comportamiento en servicio de objetivos generales a largo plazo; alterando las propias responsabilidades con la finalidad de alinearlas con estándares tales como ideales, valores, moral y expectativas sociales y así apoyar la búsqueda de objetivos a largo plazo (Baumeister et al., 2007). Además, se ha definido como la capacidad de controlar impulsos y deseos a corto plazo que presentan conflictos con objetivos establecidos a largo plazo (Hofmann, et al., 2012).

Para fines de este estudio se utilizó el concepto de autocontrol, definido por Tangney et al. (2004) el cual conceptualizó el autocontrol como “la capacidad de anular o cambiar las respuestas internas de la persona, así como interrumpir tendencias conductuales no deseadas (como impulsos) y abstenerse de actuar sobre ellos” (p.274). El cual consta de dos factores o dimensiones que son la autodisciplina y control de impulsos; respecto a la autodisciplina es la capacidad de trabajar eficazmente y comprometerse con objetivos personales. Así mismo el control de impulsos, es la capacidad general de la persona para frenar o detener las conductas e impulsos (Tangney et al., 2004; Del Valle et al., 2019).

Además, indicó que el autocontrol es una capacidad o una de las habilidades más relevantes, de manera general, es romper hábitos, resistir la tentación, y mantener una buena autodisciplina que reflejan la capacidad del yo para controlarse a sí mismo para alcanzar resultados óptimos en distintas áreas de la vida (Tangney et al., 2004).

Desde esta perspectiva, el autocontrol, tiene como finalidad obtener resultados positivos en la vida, de las personas y que logren los objetivos deseados. La evidencia empírica indica que las personas con alto autocontrol tienen mejores resultados, por ejemplo, un menor uso problemático de sustancias tóxicas como alcohol (Davies et al., 2017; Franken et al., 2016; Marca, 2020; Marschall-et al., 2014; Oliva et al., 2019; Palm et al., 2021; Tangney et al., 2004; Walters et al., 2018).

Con respecto al consumo de alcohol, se reconoce que el alcohol es una droga psicoactiva y adictiva, perteneciente al grupo de los depresores del Sistema Nervioso Central (SNC), que al ser ingerida ocasiona alteraciones metabólicas, fisiológicas y de conducta, esto se debe a que inhibe gradualmente las funciones cerebrales (OMS, 2007; Ministerio de Sanidad y Consumo [MSC], 2007; Comisión Interamericana para el Control de Abuso de Drogas [CICAD], 2013).

Considerando que el alcohol se ingiere por vía oral y se absorbe un 80% en la parte proximal del intestino delgado (duodeno y yeyuno) y una menor fracción en el

estómago (15-20%) y mucho menos en el colon. Puesto que la velocidad de absorción aumenta con el estómago vacío y viceversa, es así como se puede afirmar que la presencia o no de alimento en el estómago, va a determinar la magnitud de las concentraciones plasmáticas, así como la intensidad y duración de los efectos del alcohol en el organismo (Evora, 2017; OPS, 2005).

De manera que el alcohol rápidamente llega al torrente sanguíneo en la que puede permanecer hasta 18 horas, finalmente es eliminado a través del hígado. Los efectos conductuales cambian de una persona a otra debido a múltiples factores como cantidad, frecuencia, tipo de bebida, sexo, la edad, peso corporal, nivel de alcohol en la sangre y tiempo transcurrido desde el consumo anterior (OMS, 2018; MSC, 2007).

El consumo de alcohol en la población adolescente aumenta el riesgo de conductas no saludables, esto se debe a que estos son más sensibles a los efectos del alcohol, además aumenta la probabilidad del alcoholismo o dependencia al alcohol en la edad adulta. Afecta también la capacidad de autocontrol, puesto que a la ingesta de alcohol surge la euforia y desinhibición, por lo que puede confundirse con un estimulante, en los casos en que la concentración sanguínea de alcohol alcance o supere los tres gramos de alcohol por litro pueden aparecer apatía y somnolencia, coma o incluso muerte por parálisis de los centros respiratorio y vasomotor (Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], 2020; MSC, 2007).

El principal componente de las bebidas alcohólicas es el etanol (C_2H_5OH) o alcohol etílico, es uno de los compuestos de este grupo y es el psicoactivo de las bebidas alcohólicas (OMS, 1994; OPS, 2019). Según la Norma Oficial Mexicana (NOM-028-SSA2-2009) para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones, el consumo de alcohol es la ingesta de alguna bebida alcohólica que contenga alcohol etílico en una proporción de 2% y hasta 55% en volumen. Por ello la graduación de una bebida alcohólica indica, aproximadamente el volumen de alcohol etílico que contiene,

así una botella de vino de 15° contiene un 15% de alcohol puro (OPS, 2005; OMS, 2007).

Adicionalmente existen diferencias de género respecto al consumo de alcohol esto se debe a que la mujer alcanza una mayor tasa de alcoholemia que los hombres, este umbral difiere según el sexo debido al diferente metabolismo de alcohol y suele establecerse en que la mujer habitualmente posee menor masa corporal en comparación del hombre, mayor proporción de grasa y además una menor expresión de la enzima acetaldehído deshidrogenasa en la mucosa gástrica, por ello el volumen de distribución del etanol será diferente en cada individuo (0.7 l/kg en hombres respecto a 0.6 l/kg en mujeres), induciendo mayores niveles de etanol en sangre en las mujeres ante un mismo consumo de etanol; de manera que las mujeres presentan mayor riesgo de signos fisiológicos de intoxicación y los hombres mayor riesgo de pérdida del autocontrol (Evora, 2017; Horta, 2001).

No obstante, se debe dejar precisar que cualquier cantidad de consumo de alcohol se considera excesivo y/o de riesgo en virtud de que en esta etapa de la adolescencia por los múltiples cambios biológicos y psicológicos así como la falta de maduración y desarrollo en el organismo tendrá afectaciones, por ello se recomienda no consumir alcohol (Ahumada et al., 2017; NIDA, 2020; Secretaría de Salud-Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones [NOM-028-SSA2], 2009).

El consumo de alcohol se evaluó en razón de la cantidad y frecuencia de la ingesta, se mide a través de la tasa prevalencia, que es una medida epidemiológica que indica la proporción de consumidores en relación con el total de la población en un tiempo determinado (Valencia et al., 2014). Existen cuatro prevalencias que se pueden utilizar para medir el consumo de alcohol: Prevalencia global que es el consumo de alcohol alguna vez en la vida, la prevalencia lápsica o consumo en el último año o 12 meses, la prevalencia actual o consumo de alcohol en los últimos 30 días y la

prevalencia instantánea o el consumo en los últimos siete días (INPRFM et al., 2017; Valencia et al., 2014). Estas cuatro prevalencias serán consideradas en el presente estudio.

Otra de las formas en que se evalúa el consumo de alcohol en México es según Babor et al. (1989) adaptado a población mexicana por De la Fuente y Kershenobich (1992) la clasificación se presenta por tipos de consumo de alcohol los cuales son el consumo de bajo riesgo, de riesgo (dependiente), perjudicial (dañino). El consumo de bajo riesgo ocurre cuando no sobrepasa más de 4 bebidas alcohólicas estándar en hombres y en mujeres no más de 2 bebidas estándar por ocasión de consumo de alcohol, no más de tres veces por semana, además de no presentar síntomas debido al consumo de alcohol. Se midió con las preguntas de 1 a la 3 del del Cuestionario de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol (AUDIT).

Consumo de riesgo o dependiente, es cuando se ingieran de 5 a 9 bebidas alcohólicas estándar por ocasión en los hombres y de 3 a 5 bebidas alcohólicas estándar por ocasión en mujeres, además de presentar síntomas derivados del consumo de alcohol, como el deseo intenso de consumir alcohol, dificultad para controlar el consumo, persistencia del consumo a pesar de las consecuencias perjudiciales, mayor prioridad al consumo frente a otras actividades y obligaciones, aumento de la tolerancia al alcohol y abstinencia física cuando el consumo se interrumpe y que hayan necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido el día anterior, este tipo de consumo se valoró con los reactivos 4 al 6 del AUDIT (Babor et al., 1989; De la Fuente & Kershenobich, 1992).

Se considera consumo perjudicial a la ingesta en un día típico de 10 o más bebidas alcohólicas estándar por ocasión en los hombres y 6 o más bebidas alcohólicas estándar por ocasión en las mujeres; además de que sus familiares o personal de salud le manifesté su preocupación por su forma de beber alcohol, o si se ha lastimado él o alguien más a consecuencia de su consumo, tener remordimiento por su forma de beber

u olvidar algo que hubiera ocurrido mientras consumió alcohol. Este tipo de consumo se valoró con los reactivos 7 al 10 del AUDIT (Babor et al., 1989; De la Fuente & Kershenobich, 1992). Los tres tipos de consumo antes citados se evaluaron en el presente estudio.

Estudios Relacionados

Enseguida se muestran los estudios que incluyen las variables de estudio: autocontrol percibido y consumo de alcohol en adolescentes.

Oliva et al. (2019) exploraron las tendencias evolutivas en el autocontrol y su relación con el desajuste psicológico en adolescentes y jóvenes adultos de Andalucía. La muestra consistió en 1,600 adolescentes y jóvenes adultos españoles de 12 a 34 años seleccionados aleatoriamente. El sexo y la edad fueron utilizados como variables de control. Se utilizó la Escala Breve de Autocontrol (Tangney et al., 2004).

El análisis de las puntuaciones de autocontrol en función del sexo y la edad mostraron efecto significativo para el sexo ($F_{(1,1599)} = 17.16, p < .001$), las mujeres reportaron una media de autocontrol de 30.72 ($DE = 5.38$) y en los varones la media fue de 29.59 ($DE = 5.89$) y así mismo se reportó significancia del autocontrol por edad, ($F_{(4, 1596)} = 20.38, p < .001$). Las puntuaciones respecto a la edad el grupo de 12 a 14 años obtuvo puntuaciones más altas comparado con el grupo de 15 a 19 años que tuvo la puntuación más baja ($F_{(1,639)} = 27.21, p < .001; \bar{X} = 28.38, DE = 5.79$). Además, se encontró correlación negativa y significativa del autocontrol y el consumo de sustancias ($r_s = -.38, p < .001$); adicionalmente se obtuvo efecto negativo y significativo del Modelo de Regresión Jerárquica entre el autocontrol y consumo de sustancias incluido el alcohol ($B = -.38, p < .001$).

Los autores concluyen que las personas con bajos puntajes de autocontrol tienen mayores dificultades para lograr objetivos, lo que podría conducirlos a sentimientos de malestar y frustración que los colocan en situación de vulnerabilidad para el consumo de alcohol.

Marca (2020) realizó un estudio de tipo correlacional, cuyo objetivo fue establecer la relación entre el autocontrol y el consumo de alcohol en los adolescentes que estudian secundaria en dos instituciones educativas de Villa El Salvador en Perú. La muestra se obtuvo mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, la muestra del estudio lo conformaron 600 escolares de tercero a quinto de secundaria; las edades oscilan de los 13 a 18 años. Para la medición del autocontrol se utilizó la Escala de autocontrol de Kendall y Willcox (1979), además para estimar el consumo de alcohol, se utilizó el Test de Identificación de Trastornos Relacionados con el Consumo de Alcohol (AUDIT) (Babor et al., 1989).

Los resultados mostraron diferencia significativa de la edad y el consumo de alcohol de bajo riesgo ($U = 37321.50, p < .001$) se encontró que fue más alta la media en los chicos de 16 a 18 años (rango medio = 326.64) que en los adolescentes de 13 a 15 años (rango medio = 281.18). Respecto a la edad y el tipo de consumo de alcohol dependiente se encontró diferencia significativa ($U = 39953.00, p < .005$) con un (rango medio = 316.32) en el grupo de edad de 16 a 18 años, se encontró que fue bajo el rango medio en los adolescentes de 13 a 15 años (rango medio = 288.81). Además, se encontró diferencia significativa de la edad y el tipo de consumo de alcohol perjudicial ($U = 39320.00, p = .002$) se encontró que fue más alto el rango medio en los chicos de 16 a 18 años (rango medio = 318.80) que en los adolescentes de 13 a 15 años (rango medio = 286.97). Finalmente, en los estudiantes de 16 a 18 años (rango medio = 328.85) se encontró diferencias significativas ($U = 36759.50, p < .001$) con el consumo de alcohol (AUDIT), que en los adolescentes de 13 a 15 años (rango medio = 279.55).

Respecto, al año de estudio y el consumo de riesgo de alcohol se encontró diferencia significativa ($U = 10.57, p = .005$) respecto al grupo de tercer año con un (rango medio = 273.61) del AUDIT, el cuarto año con un (rango medio = 308.06) y el más alto rango medio fue en el grupo de quinto año (rango medio = 321.32). En relación

con el año de estudio y el consumo de alcohol (AUDIT) se encontró diferencia significativa ($H = 10.751, p = .005$) con un (rango medio = 273.76) en el grupo de tercer año, en comparación con el grupo de cuarto año con un (rango medio = 306.46), encontrando mayor rango medio en los estudiantes de quinto año (rango promedio = 322.83).

En relación con el autocontrol se obtuvo una media de 42.66 ($DE = 6.24$), además el 13.5% de los estudiantes mostraron muy bajo de autocontrol, el 28.5% reportó bajo autocontrol; el 22.7% indicó autocontrol moderado, el 16.8% un alto autocontrol y un 18.5% reportó muy alto autocontrol. Se encontró también diferencia significativa del autocontrol en función de la edad ($U = 37860.50, p = .003$) se documentó que fue más alto el rango medio del AUDIT en los adolescentes de 13 a 15 años (rango medio = 318.26) que en los adolescentes de 16 a 18 años (rango medio = 276.46).

Además, se mostró mediante el Coeficiente de Correlación de Spearman, entre el autocontrol y las dimensiones del consumo de alcohol que se relacionó negativa y significativamente con el autocontrol y el consumo de alcohol de bajo riesgo ($r_s = -.223, p < .001$), lo que significa que, a mayor autocontrol menor es el consumo de riesgo de alcohol. Además, se documentó relación negativa y significativa entre el autocontrol y el tipo de consumo de alcohol dependiente ($r_s = -.154, p < .001$), así mismo, se encontró relación negativa y significativa entre el autocontrol y el tipo de consumo de alcohol perjudicial ($r_s = -.137, p < .001$), lo que muestra que a mayor autocontrol menor es el consumo de alcohol perjudicial. Finalmente, se documentó relación negativa y significativa entre el autocontrol y el consumo de alcohol (AUDIT) ($r_s = -.214, p < .001$).

El autor concluyó que existe relación negativa y significativa entre el autocontrol y el consumo de alcohol por lo que se indica que a mayor puntaje de autocontrol se encontrará un menor riesgo de consumo de alcohol en los estudiantes.

Davies et al. (2017) realizaron un estudio transversal, con el objetivo de determinar la asociación del autocontrol y el funcionamiento cognitivo con el consumo de alcohol, además de identificar las asociaciones entre la trayectoria educativa con el consumo excesivo de alcohol en los Países Bajos. La muestra por conveniencia compuesta por 191 adolescentes de entre 15 y 20 años. El instrumento que se utilizó para medir el autocontrol fue la versión holandesa de la escala de autocontrol de (Tangney et al., 2004).

Los resultados mostraron que los participantes tenían una media de edad de 16.8 años; 42% informó haber bebido en forma excesiva y explosiva (Binge drinking) varias veces al mes, y el 30% de los participantes del estudio informó haber fumado varias veces al mes. Además, los autores mostraron que las puntuaciones más altas de autocontrol se asociaron con menor probabilidad de consumir alcohol en forma excesiva y explosiva (binge drinking), esto se pudo demostrar significativamente (OR consumo excesivo explosivo de alcohol = 0.61, IC 95% [0.43, 0.86] $p < .001$). Los autores indican que la evidencia obtenida podría indicar que el autocontrol es una variable de protección del consumo de alcohol, no obstante, se requiere de mayor investigación.

Walters et al. (2018) realizaron un estudio con el objetivo de comprobar si las demandas de autocontrol se asocian positivamente con el consumo de alcohol, los problemas con el consumo de alcohol y otros comportamientos de riesgo. Este estudio se realizó en Dakota del Sur, EE. UU; se utilizó un modelo estructural multinivel de asociaciones entre dos aspectos del autocontrol (control esforzado y reactividad), demandas de autocontrol, consumo de alcohol o problemas con el consumo de alcohol y conductas de riesgo.

La muestra fue de 196 jóvenes de los cuales presentaron una exigencia de autocontrol con una media de 2.54 ($DE = 1.39$), respecto a los problemas relacionados

con el alcohol se encontró una media de 0.17 ($DE = 0.69$), finalmente la media de consumo de alcohol fue de 0.73 ($DE = 2.39$).

Además, se encontró efecto negativo entre las demandas de autocontrol y el consumo de alcohol ($b = -0.19, p < .01$) así mismo se identificó relación positiva y significativa de la exigencia de autocontrol con el consumo de alcohol ($r_s = 0.14, p < .05$). Los autores concluyeron que los efectos de la demanda de autocontrol a nivel de la persona sugieren que los jóvenes tienen menos probabilidad de beber cuando luchan por controlar su comportamiento diario, pero si consumen alcohol son más susceptibles a las consecuencias negativas.

Palm et al. (2021) realizaron un estudio longitudinal en Estados Unidos en 2,122 adolescentes de sexo femenino de 13 a 17 años con el objetivo de examinar si existen múltiples patrones de relaciones recíprocas entre la religiosidad, el autocontrol y el consumo de alcohol entre las adolescentes. En la muestra se dividió en completa y subgrupo mayoritario (87.5% de la muestra) y subgrupo minoritario (12.4% de la muestra) esta división fue en razón de un modelo de relaciones cruzadas. En general en la muestra completa las participantes de 13 años presentaron una prevalencia de consumo de alcohol de alguna vez en la vida del 16.0%, en el subgrupo mayoritario un 18% y en el subgrupo minoritario 0.4 %, el consumo de alcohol tuvo una asociación positiva y significativa ($\chi^2 = 54.75, p < .001$).

Además, mostraron una media de autocontrol de 12.63 ($DE = 3.56$), en el subgrupo mayoritario la media de autocontrol fue de 12.71 ($DE = 3.57$) y en el subgrupo minoritario la media de autocontrol fue de 12.07 ($DE = 3.42$), mostrando una asociación negativa y significativa ($\chi^2 = -2.71, p < .001$) con la edad de 13 años. La prevalencia de consumo de alcohol alguna vez en la vida, en la muestra completa las participantes de 14 años presentaron 22.1%, en el subgrupo mayoritario un 11% y en el subgrupo minoritario 100%, reportando una asociación positiva y significativa del consumo de alcohol ($\chi^2 = 1061.25, p < .001$) con la edad de 14 años.

Así mismo, se mostró en el grupo en general una media de autocontrol de 12.32 ($DE = 3.37$), en el subgrupo mayoritario la media de autocontrol fue de 12.45 ($DE=3.36$) y en el subgrupo minoritario la media de autocontrol fue de 11.48 ($DE = 3.28$), mostrando una diferencia negativa y significativa ($\chi^2 = -4.34, p<.001$) con la edad de los 14 años.

En la muestra completa las participantes de 15 años presentaron una prevalencia de consumo de alcohol de alguna vez en la vida del 28%, en el subgrupo mayoritario un 25% y en el subgrupo minoritario 52%, el consumo de alcohol tuvo una diferencia positiva y significativa ($\chi^2 = 84.99, p<.001$) por edad. Además, este grupo de edad mostró una media de autocontrol de 12.47 ($DE = 3.44$), en el subgrupo mayoritario la media de autocontrol fue de 12.55 ($DE = 3.45$) y en el subgrupo minoritario la media de autocontrol fue de 11.85 ($DE = 3.27$), mostrando una diferencia negativa y significativa ($\chi^2 = -3.16, p<.01$) con la edad de 15 años.

Las participantes de 16 años mostraron una prevalencia de consumo de alcohol de alguna vez en la vida, en la muestra completa de 33.2%, en el subgrupo mayoritario un 30% y en el subgrupo minoritario 55%, logrando una asociación positiva y significativa con el consumo de alcohol ($\chi^2 = 56.14, p<.001$). Además, mostraron una media de autocontrol de 12.79 ($DE = 3.31$) en la muestra completa, en el subgrupo mayoritario la media de autocontrol fue de 12.85 ($DE = 3.32$) y en el subgrupo minoritario la media de autocontrol fue de 11.48 ($DE = 3.28$), mostrando una asociación negativa y significativa ($\chi^2 = -1.60, p<.001$) con la edad de 16 años.

Así mismo, en las participantes de 17 años mostraron una prevalencia de consumo de alcohol de alguna vez en la vida, en la muestra completa de 40.2%, en el subgrupo mayoritario un 37% y en el subgrupo minoritario 61%, teniendo una diferencia positiva y significativa del grupo de edad de 17 años con el consumo de alcohol ($\chi^2 = 50.41, p<.001$). También, mostraron una media de autocontrol de 13.04 ($DE = 3.42$) en la muestra completa, en el subgrupo mayoritario la media de autocontrol fue de 13.19

($DE = 3.44$) y en el subgrupo minoritario la media de autocontrol fue de 12.16 ($DE=3.22$), revelando una diferencia negativa y significativa ($\chi^2 = -3.46, p < .001$) con la edad de 17 años. Finalmente, se encontró que el autocontrol tuvo un efecto negativo significativo con el consumo de alcohol a las adolescentes de 13 años ($b = -.154, p < .001$).

Telumbre et al. (2018) realizaron un estudio descriptivo correlacional llevado a cabo en 191 adolescentes de Educación Secundaria de Ciudad del Carmen Campeche, México. Con el objetivo de establecer la asociación entre autoestima y el consumo de alcohol de los adolescentes. Se utilizó la Prueba de Identificación de Desórdenes por Uso de Alcohol (AUDIT) para evaluar el consumo de alcohol.

En los hallazgos encontrados el 50.8% de los adolescentes pertenecen al sexo masculino, con una media de edad de 13.4 años ($DE = 2.1$), se identificó además que el 65.4% indicaron prevalencia de consumo de alcohol alguna vez en la vida y el 8.4% en la última semana. Respecto el tipo de consumo de alcohol, predominó el tipo de consumo dependiente (35.4%) seguido del sensato (34.1%), por sexo en los varones predomina un consumo de alcohol dependiente (39.4%) y en las mujeres un consumo de alcohol sensato (38.8%).

Los autores indican que los resultados permitieron corroborar que el consumo de alcohol en grupos vulnerables como los adolescentes va en incremento, constituyendo un creciente problema de salud que pudiera ocasionar daños biológicos, psicológicos y sociales, a corto, mediano y largo plazo.

Tegoma y Cortaza (2016) realizaron un estudio con el objetivo de conocer la prevalencia del consumo de alcohol en estudiantes de una secundaria de Coatzacoalcos, Veracruz. Con una muestra de 248 adolescentes seleccionados por muestreo probabilístico, estratificado por sexo y grado escolar. Utilizaron el Cuestionario de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT). La edad de los participantes osciló entre los 12 y 16 años, con una media de 13.5 años.

Respecto al consumo de alcohol de los participantes mostraron que el 59.3% ha consumido alcohol alguna vez en la vida, el 43.5% ha consumido alcohol en el último año, el 16.9% ha consumido alcohol en el último mes y el 6.5% en la última semana. Con relación al número de copas, se encontró una media de 3.1 bebidas estándar, sin embargo, el 5.2% de los participantes consume 6 o más copas en un día típico. Con respecto al patrón de consumo de alcohol por sexo se encontró que el 76.8% de los hombres y el 82.7% de las mujeres tiene un consumo de bajo riesgo, el 19.6% y el 17.3% presentan consumo de riesgo respectivamente, mientras que el 3.6% de los hombres muestran consumo perjudicial.

Los autores concluyeron, que el consumo de alcohol en esta población refiere un comportamiento similar entre hombres y mujeres, ya que no se encontraron diferencias significativas del consumo por sexo.

De la Cruz et al. (2016) realizaron un estudio con el objetivo de identificar la prevalencia y patrones de consumo de alcohol en estudiantes de secundaria de una comunidad rural de Querétaro. La muestra consistió en 178 adolescentes de ambos sexos, con edades entre 11 y 16 con una media de edad de 13 años ($DE = 1.07$). En los hallazgos encontrados el 65.7% de los adolescentes indicaron prevalencia de consumo de alcohol alguna vez en la vida, el 44.4% reportó consumo en el último año y el 55.6% en el último mes. Respecto el tipo de consumo de alcohol según el AUDIT (Babor et al; 1989) 81.4% de los estudiantes presentó un consumo de bajo riesgo, el 13.8% reportó un consumo de alto riesgo, el 2.7% un consumo perjudicial y 1.85% un consumo de alcohol dependiente.

Marqués-Sánchez et al. (2020), estudiaron el patrón social relacionado con el consumo de alcohol y la función del entorno geográfico en 270 adolescentes españoles la edad promedio de inicio para el consumo de alcohol fue de 13.4 años. Se observó que el 43.5% informó un consumo de riesgo, reportaron diferencias significativas del consumo de alcohol por sexo ($\chi^2 = 4.40, p = .03$), donde el 50.4% de las mujeres

presentaron un consumo excesivo de alcohol comparado con el 49.5% en los hombres. Además, se encontró diferencia significativa entre el consumo de alcohol y las zonas de residencia ($\chi^2 = 4.50, p = .04$) los participantes que vivían en zonas rurales (53.6%) consumieron mayores cantidades de alcohol en comparación con los que residen en zonas urbanas (46.3%).

En síntesis, las mujeres reportaron mayores puntajes de autocontrol que los varones, así mismo se reportó diferencia significativa del autocontrol en función de la edad, se documentó que fue más alta la media en los adolescentes de 13 a 15 años. De igual manera se encontró que existe relación negativa y significativa entre el autocontrol y el consumo de alcohol por lo que se indica que, a mayor puntaje de autocontrol se encontrará un menor riesgo de consumo de alcohol en los estudiantes. Respecto al consumo de alcohol, se reportó mayor proporción de este consumo en el sexo masculino en comparación con el femenino.

El autocontrol y el consumo de alcohol en adolescentes ha sido estudiado en diversos países de acuerdo con los artículos seleccionados, en Estados Unidos de América (Palm et al., 2021, Walters et al., 2018), Países Bajos (Davies et al., 2017), Perú (Marca, 2020) y España (Oliva et al., 2019).

Definición de Términos Operacionales

En el siguiente apartado se describen los términos de las variables de estudio.

Edad. Es el número de años que ha vivido el adolescente contando desde su nacimiento hasta el momento de la entrevista y se registró a través de la Cédula de Datos Personales y Prevalencias de Consumo de Alcohol (CDPPCA).

Sexo. Es la entidad biológica que define al adolescente como hombre o como mujer; este dato sociodemográfico se reportó en la Cédula de Datos Personales y Prevalencias de Consumo de Alcohol (CDPPCA).

Escolaridad. Es el número de años de estudio formal que ha cursado el estudiante de secundaria hasta el momento actual. Se consideró además el grado escolar (año

escolar) que cursa el estudiante de secundaria en el momento de la aplicación de la entrevista. Esta pregunta se registró en la Cédula de Datos Personales y Prevalencias de Consumo de Alcohol (CDPPCA).

Religión. Es un conjunto de creencias con fundamento en una divinidad (ser supremo) con principios morales que pueden regir la vida del estudiante de secundaria. Estas se clasifican como católicos, cristianos, testigos de Jehová y otras. Esta pregunta se documentó en la Cédula de Datos Personales y Prevalencias de Consumo de Alcohol (CDPPCA).

Ocupación. Se considera si solo estudia o si estudia y trabaja. Si trabaja se indagó en que trabaja y se incluyen: ayudante de servicios (siembra, pesca, cortadores de frutas, albañilería, ayudante en tiendas comerciales, ayuda en negocio de la familia, otros (se registran otras ocupaciones en que trabaja). Esta pregunta se reportó a través de la Cédula de Datos Personales y Prevalencias de Consumo de Alcohol (CDPPCA).

Con quien vive. Son las personas con las que vive bajo un mismo techo en el cual se incluye al papá y mamá, solo con mamá o con papá, con papá y su pareja, con mamá y su pareja, con amigos y con familiares o parientes. Esta pregunta se registró a través de la Cédula de Datos Personales y Prevalencias de Consumo de Alcohol (CDPPCA). Estos tres últimos términos solo se utilizaron para caracterizar a la muestra de estudio.

Autocontrol percibido. Es la capacidad que tiene el adolescente para inhibir y regular impulsos socialmente inaceptables y no deseables y abstenerse de actuar respecto a ellos. Se conforma por dos dimensiones la autodisciplina que es la capacidad de trabajar eficazmente y comprometerse con objetivos personales; así como el control de impulsos que es la capacidad general para frenar o detener las conductas e impulsos negativos. Se midió a través de la Escala de Autocontrol Breve de 13 reactivos (EAC-A) (Tangney et al., 2004).

Consumo de alcohol. Es la ingesta de bebidas alcohólicas que refiere el

adolescente según la frecuencia y cantidad que manifiesta haber consumido. Para medir la frecuencia se estimó la prevalencia del consumo de alcohol.

Prevalencia global. Es el número de adolescentes que han consumido alcohol alguna vez en la vida.

Prevalencia lápsica. Es el número de adolescentes que han consumido alcohol en los últimos doce meses.

Prevalencia actual. Es el número de adolescentes que han consumido alcohol en el último mes.

Prevalencia instantánea. Es el número de adolescentes que han consumido alcohol durante la última semana. La prevalencia de consumo de alcohol se midió a través de la Cédula de Datos Personales y de Prevalencia Consumo de Alcohol [CDPPCA].

Con relación a la cantidad de consumo de alcohol se evaluó a través de los tipos de consumo de alcohol que incluye número de bebidas consumidas en el último año, así como la presencia de algunos síntomas o signos resultado del consumo. Por ello los tipos de consumo se clasifican en consumo de bajo riesgo, de riesgo (dependiente), perjudicial (dañino); los que se midieron por medio del Cuestionario de Identificación de Trastornos debidos al Consumo de Alcohol [AUDIT] (Babor et al., 1989) adaptado a población mexicana por De la Fuente y Kershenobich (1992).

Consumo de bajo riesgo. Es el consumo de alcohol que informan los adolescentes que estudian secundaria, determinado en hombres el consumo de no más de 4 bebidas alcohólicas estándar y en mujeres no más de 2 bebidas estándar por ocasión de consumo, no más de tres veces por semana, además de no presentar síntomas debido al consumo de alcohol. Se midió con las preguntas de 1 a la 3 del AUDIT.

Consumo de riesgo o dependiente. Es el consumo de alcohol que tienen los adolescentes que estudian secundaria y es de 5 a 9 bebidas estándar en hombres y en mujeres de 3 a 5 bebidas estándar por ocasión de consumo y además de presentar

síntomas derivados del consumo de alcohol, como haber dejado de hacer lo que debía realizar por haber bebido, consumir alcohol en ayunas después de haber bebido alcohol el día anterior. Se evaluó con las preguntas de 4 a 6 del AUDIT.

Consumo perjudicial. Es el consumo de alcohol que tienen los adolescentes que estudian secundaria puesto que los hombres consumen más de 10 bebidas alcohólicas estándar y las mujeres 6 o más bebidas alcohólicas por ocasión de consumo, además, de presentar síntomas como evidenciar sentimientos de culpa tras el consumo de alcohol, haber ocasionado lesiones a otras personas y a el mismo, así como el hecho de que le hayan manifestado amigos, familiares y personal de la salud su preocupación por su forma de beber alcohol. Se midió con las preguntas de 7 a 10 del AUDIT.

Objetivos

Los objetivos que guiaron el siguiente estudio son los siguientes:

1. Describir el autocontrol percibido por sexo, edad y escolaridad de los adolescentes escolarizados de una zona rural.
2. Identificar la prevalencia global, lápsica, actual e instantánea de consumo de alcohol, por sexo, edad y escolaridad de los adolescentes escolarizados de una zona rural.
3. Estimar los tipos de consumo de alcohol, de bajo riesgo, de riesgo y perjudicial por sexo, edad y escolaridad de los adolescentes escolarizados de una zona rural.
4. Describir el autocontrol percibido por prevalencia de consumo de alcohol (global, lápsica, actual e instantánea) de los adolescentes escolarizados de una zona rural.
5. Diferenciar el autocontrol percibido por los tipos de consumo de alcohol de los adolescentes escolarizados de una zona rural.
6. Examinar la relación del autocontrol percibido y el consumo de alcohol de los adolescentes escolarizados de una zona rural.

Capítulo II

Metodología

En el presente capítulo se describen los siguientes apartados: el diseño de estudio, la población, el muestreo, la muestra y los criterios de inclusión. Posteriormente se describen los instrumentos, el procedimiento de recolección de datos, las consideraciones éticas y la estrategia de análisis de datos.

Diseño del Estudio

El diseño del estudio fue descriptivo correlacional (Burns y Grove, 2019); en esta investigación se describen las variables de autocontrol percibido y consumo de alcohol en adolescentes, tal como se presentan en la naturaleza sin manipulación de las variables. Además, el diseño correlacional es empleado cuando se examinan las relaciones entre dos o más variables, en este estudio se pretende conocer la relación entre las variables autocontrol percibido y consumo de alcohol, así como la prevalencia global, lápsica, actual e instantánea del consumo alcohol según características personales en adolescentes escolarizados de una zona rural.

Población, Muestreo y Muestra

La población estuvo conformada por 215 adolescentes escolares de ambos sexos de 12 a 15 años que estudian en una secundaria de área rural del Estado de Veracruz. En cuanto al tipo de muestreo se realizó un censo de la población objetivo. La muestra se calculó por medio del software *n* Query Advisor versión 4.0 (Elashof, 2007) donde se consideraron los siguientes parámetros si dicha población se considera una subpoblación, entonces con el censo de 215 se calculó para una prueba de Coeficiente de Correlación, con un nivel de confianza de 95%, con un nivel de significancia de .05, para una hipótesis bilateral alternativa, considerando una potencia del 90%, con un tamaño de efecto de .25 (efecto entre mediano y pequeño) según Cohen (1988).

Criterios de Inclusión

Adolescentes escolares que asistieron a clases (presencial) el día de la aplicación

de los cuestionarios.

Instrumentos de Medición

Para la recolección de datos se utilizaron instrumentos de lápiz y papel para valorar el autocontrol percibido y consumo de alcohol en adolescentes de secundaria. En primer lugar, se aplicó la Cédula de Datos Personales y de Prevalencias del Consumo de Alcohol [CDPPCA] conformada por dos secciones; la primera sección se enfoca en información sobre aspectos personales del adolescente como edad, sexo, escolaridad y el grado escolar (año escolar) que cursa, religión, ocupación actual, con quien vive actualmente, estos tres últimos solo se utilizaron para caracterizar la muestra del estudio y esto se valoró mediante los reactivos del 1 al 7.

La segunda sección corresponde a los datos sobre consumo de alcohol como prevalencia global (alguna vez en la vida), prevalencia lápsica (en el último año), prevalencia actual (en el último mes), prevalencia instantánea (última semana), edad de inicio de consumo, número de bebidas alcohólicas consumidas en un día típico, esto se midió con los reactivos 8 a la 14. En el reactivo 15 si existe consumo de alcohol, señalaron el tipo de bebida alcohólica preferida (Apéndice A).

Para medir el autocontrol percibido se empleó la Escala de Autocontrol-Abreviada (EAC-A) de 13 reactivos de Tagney et al. (2004) que tuvo como propósito evaluar la percepción de autocontrol en jóvenes universitarios de la Costa Oeste, de Estados Unidos. Sin embargo, la Escala fue traducida y validada al español por Oliva et al. (2019) en población adolescente y adultos jóvenes con la finalidad de evaluar el autocontrol percibido (Apéndice B). La escala tiene dos dimensiones la primera corresponde a la autodisciplina con los reactivos 1, 2, 5, 6, 7, 8 y 11 y la segunda dimensión es control de impulsos con los reactivos 3, 4, 9, 10, 12 y 13. El patrón de respuesta es en escala tipo Likert con 5 opciones que oscila de 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo). El puntaje mínimo es de 13 y máximo es de 65, no obstante, se calculó un índice de 0 a 100, lo que significa que a mayor índice mayor

autocontrol percibido. Además, Tagney et al. (2004) recomienda invertir los reactivos 2, 3, 7, 9, 10 11, 12 y 13 con el propósito de que la escala tenga la misma dirección.

La escala original de Tagney et al. (2004) mostró un Coeficiente Alpha de Cronbach de 0.85; mientras que la versión traducida y adaptada al español de Oliva et al. (2019) fue de 0.77 y esta versión en español fue aplicada también en adolescentes de secundaria de Lima Perú y reportó un Alpha de Cronbach de 0.75 (Hinojosa, 2020). De hecho, los valores de confiabilidad encontrados son similares a los reportados en otros estudios para población adolescente hispanohablante, de acuerdo con Del Valle et al. (2019) obteniendo un Alpha de Cronbach de 0.75.

Para determinar el consumo de alcohol se aplicó el Cuestionario de Identificación de Trastornos debidos al Consumo de Alcohol [AUDIT] (Babor et al., 1989) consta de 10 preguntas que inspeccionan el consumo de alcohol en quienes consumieron en el último año (Apéndice C). El AUDIT ha sido validado y se ha empleado en población mexicana con una sensibilidad del 90% y una especificidad del 94% (De la Fuente y Kershenobich, 1992).

Los reactivos 1 a 3 hacen referencia a la frecuencia y cantidad de consumo de alcohol (consumo de bajo riesgo), del 4 al 6 indagan si existe consumo de riesgo o dependiente y las preguntas del 7 al 10 exploran el consumo perjudicial o dañino de alcohol. El patrón de respuesta de este instrumento es de tipo Likert, las preguntas 1 a la 8 tienen un patrón de respuesta de 0 a 4, las opciones de respuesta de la pregunta uno es: 0) nunca, 1) una o menos veces al mes, 2) de dos a cuatro veces al mes, 3) de dos a tres veces a la semana y 4) cuatro o más veces a la semana. Las opciones de respuesta de la pregunta dos son: 0) uno o dos, 1) tres o cuatro, 2) cinco o seis, 3) siete a nueve y 4) diez o más. Las opciones de respuesta de las preguntas tres a la ocho son: 0) nunca, 1) menos de una vez al mes, 2) mensualmente, 3) semanalmente y 4) a diario o casi a diario. Para las preguntas nueve y diez tienen un patrón de respuesta de 0) no, 2) sí, pero no en el último año y 4) sí, en el último año.

Para determinar el tipo de consumo de alcohol se obtiene una suma del total de los reactivos, el puntaje mínimo del cuestionario es 0 y el valor máximo es de 40 puntos. Una puntuación de 0 a 3 indica consumo de bajo riesgo, de 4 a 7 puntos se considera consumo dependiente o de riesgo y una puntuación de 8 a 40 puntos representa consumo perjudicial o dañino.

Este instrumento ha sido utilizado en adolescentes mexicanos reportando una consistencia interna de Alpha de Cronbach de .80 a .88 (Méndez et al., 2018; Noh-Moo et al., 2021). De acuerdo con las instrucciones del instrumento sólo se aplica a personas que refieren haber consumido alcohol en el último año.

Procedimiento de Recolección de Datos

Para comenzar la implementación del presente estudio se solicitó la aprobación de los Comités de Ética en Investigación y de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Posteriormente, se obtuvo la autorización por escrito de los directivos de la secundaria rural del Estado de Veracruz (Apéndice F). Posterior a la autorización de los directivos del plantel educativo se gestionó en la institución las listas de los estudiantes inscritos en el ciclo escolar agosto-diciembre 2022, con información del número total de estudiantes por año escolar, cantidad de hombres y mujeres y el aula donde llevan a cabo sus clases.

Una vez que la autoridad escolar determinó el horario para visitar los grupos, se realizó la presentación del estudio en cada grupo de adolescentes de los tres años de secundaria. En la explicación se presentaron los objetivos, procedimiento de aplicación de los instrumentos de medición, así como el tiempo destinado para contestarlos, que fue de alrededor de 20 minutos y al finalizar la explicación, se les invitó a participar en el estudio, señalando con precisión sobre la confidencialidad y el anonimato. De igual forma, se les enfatizó que tenía derecho a aceptar o rechazar su participación en el estudio y que en cualquier momento podían abandonar o negarse a seguir respondiendo los instrumentos, sin ninguna consecuencia académica para ellos.

En virtud de que los participantes son menores de edad se envió el consentimiento informado para padres o tutores y un asentimiento para el estudiante menor de edad, con el objetivo de que los padres autorizaran o negaran la participación de su hijo(a) en el estudio. Así mismo, mediante el consentimiento informado, los estudiantes decidieron aceptar o rechazar ser parte del estudio. Se les explicó que tendrían que entregar el consentimiento informado firmado por padre o tutor y su asentimiento al día siguiente para poder iniciar con la recolección de datos.

Al día siguiente se les solicitó a los adolescentes que entregaran los formatos de consentimiento informado para padre o tutor y el asentimiento para poder entregarle un sobre con los cuestionarios. Así mismo se les enfatizó que tenían el derecho de aceptar o rechazar su participación y que en cualquier momento podrían abandonar sin ninguna consecuencia académica para ellos. El autor principal estuvo presente en el aula de clase por si se presentaba alguna pregunta o duda sobre algún reactivo, de manera que se dio respuesta a cualquier pregunta. Al concluir de responder los cuestionarios se les solicitó que guardaran de nuevo los cuestionarios en el sobre donde se les entregaron y lo depositaran en una caja instalada al fondo del aula.

Se les indicó antes de concluir la recolección de datos, que los cuestionarios se resguardarán por el responsable del estudio en un lugar seguro por el lapso de un año y posteriormente se eliminarán. Al finalizar la recolección de datos, se dio un agradecimiento personal a los participantes por su tiempo y por la información proporcionada.

Consideraciones Éticas

La presente investigación se apegó a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud [SSA], 1987) en su última actualización publicada en el DOF 02-04-2014, el cual establece que la realización de la investigación para la salud debe tener en cuenta aspectos éticos que garanticen la dignidad y el bienestar de la persona que participe en una investigación.

El presente estudio se apegó al Título Segundo, Capítulo I, de los aspectos éticos de investigación en seres humanos en los artículos que se mencionan a continuación, Artículo 13 se respetó la dignidad, anonimato, protección de los derechos y bienestar de los adolescentes en el estudio. Para ello se dio un trato digno y profesional a los participantes, se cuidó su anonimato y protección de sus derechos por ello los instrumentos no tenían nombre, ni folio alguno y se cuidó que ninguna persona observara lo que respondió el adolescente y se respetó su decisión de participar, o suspender la recolección de datos cuando el participante lo decida.

El estudio fue sometido a revisión y aprobación del Comité de Ética para la Investigación y del Comité de Investigación de la Facultad de Enfermería de la UANL, tal como lo dispone el Artículo 14 en sus Fracciones V, VII y VIII, además, se contó con la aprobación y autorizaciones pertinentes y de los directivos del plantel educativo donde se realizó el estudio.

De acuerdo con lo señalado en el Artículo 16, en ningún momento se identificó al participante por su nombre con el objetivo de mantener su privacidad, los datos recabados no se proporcionaron a ninguna persona. De conformidad con el Artículo 17 Fracción II, la investigación se consideró de riesgo mínimo dado que no se llevó a cabo ninguna intervención o recolección de datos de laboratorio clínico, además se estipula que si al momento del llenado de los instrumentos el participante se sintiera incómodo (a) en proporcionar información referente a la temática del estudio, se suspenderá la aplicación del estudio y podrá reiniciarse siempre que esté de acuerdo el participante.

Con base al Artículo 20, 21 Fracciones I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII, y el Artículo 22 Fracciones I, II, III, IV, V, y el Capítulo II, se le brindó una explicación clara y completa al adolescente en caso de aceptar participar en el estudio, del propósito del estudio, se les ofreció información ante las preguntas y dudas que se presentaron durante la aplicación de los instrumentos, además, se les indicó que ellos podrían retirarse en cualquier momento del estudio sin que esto les afecte en su situación

académica y de ningún tipo.

De acuerdo con lo establecido en el Capítulo III, Artículo 36 que se refiere a contar con el consentimiento informado del padre o tutor del participante (Apéndice D) y el asentimiento informado del participante por ser menor de edad (Apéndice E), los cuales se entregaron de forma presencial. Estos documentos se requieren y son de utilidad para informar el propósito, la descripción, así como posibles riesgos y beneficios de estudio para que así decidan libremente si autorizan a su hijo(a) para que participe del estudio, así mismo el asentimiento permitió contar con la aceptación de los adolescentes de ser parte del estudio.

Se respetó lo establecido en el Capítulo V Artículos 57 y 58 que señala que los estudiantes son un grupo subordinado en el que el asentimiento podría ser influenciado por alguna autoridad interna de la institución, los estudiantes autorizaron el asentimiento informado, previo al inicio de la recolección de los datos, además se les explicó a los adolescentes que la información recabada, no será brindada a ninguna persona y que los datos solo se presentaran de forma global en la tesis de la autora principal del estudio.

Estrategia de Análisis de Datos

Para realizar el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS por sus siglas en inglés) versión 21 para Windows. Se aplicó estadística descriptiva e inferencial; por ello en la estadística descriptiva se obtuvieron frecuencias y proporciones para variables categóricas mientras que para variables continuas y/o numéricas se calcularon medidas de tendencia central (media y mediana), medidas de posicionamiento (valor mínimo, valor máximo) y medidas de variabilidad.

Se obtuvieron los puntajes de los instrumentos y se determinó la consistencia interna de los instrumentos a través del Coeficiente de Confiabilidad de Alpha de Cronbach, posteriormente se utilizó la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov con Corrección de Lilliefors con la cual se determinó que los datos no presentaron una

distribución normal, por lo que se utilizó estadística no paramétrica para dar respuesta a los objetivos planteados en el estudio de investigación. A continuación, se detallan en la tabla 1 las pruebas estadísticas que se aplicaron en el estudio.

Tabla 1

Pruebas Estadísticas según Objetivos

Objetivos	Estadística no paramétrica
Describir el autocontrol percibido en los adolescentes por sexo, edad y escolaridad.	U de Mann-Whitney para sexo H de Kruskal-Wallis para edad y escolaridad
Identificar la prevalencia global, lápsica, actual e instantánea de consumo de alcohol en los adolescentes por sexo, edad y escolaridad.	Se utilizó estadística descriptiva a través de frecuencias y proporciones y estimación puntual y por Intervalos de Confianza (IC) al 95% y para observar las diferencias de las prevalencias por sexo, edad y escolaridad se utilizó la prueba de Chi Cuadrada de Pearson.
Estimar los tipos de consumo de alcohol, de bajo riesgo, de riesgo y perjudicial por edad, sexo y escolaridad.	Se utilizó estadística descriptiva a través de frecuencias y proporciones y estimación puntual y por Intervalos de Confianza (IC) del 95% y para observar las diferencias de las prevalencias por sexo, edad y escolaridad se utilizó la prueba de Chi Cuadrada de Pearson.
Describir el autocontrol percibido por prevalencia de consumo de alcohol.	U de Mann-Whitney
Diferenciar el autocontrol percibido por los tipos de consumo de alcohol.	H de Kruskal-Wallis
Examinar la relación del autocontrol percibido y el consumo de alcohol.	Coefficiente de Correlación de Spearman.

Capítulo III

Resultados

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos en el estudio, la consistencia interna de los instrumentos, seguido de la estadística descriptiva de las variables sociodemográficas de los participantes y de las escalas Escala de Autocontrol-Abreviada (EAC-A) y Cuestionario de Identificación de Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT). Posteriormente se presenta la prueba de normalidad de las variables, así como la estadística inferencial que da respuesta a los objetivos del estudio.

Consistencia Interna de los Instrumentos

Tabla 2

Consistencia Interna de los Instrumentos

Instrumentos	<i>n</i>	No. de reactivos	Reactivos	α
Escala de autocontrol-abreviada	215	13	1 al 13	.76
Subescala I: autodisciplina	215	7	1, 2, 5, 6, 7, 8 y 11	.53
Subescala II: control de impulsos	215	6	3, 4, 9, 10, 12 y 13	.72
Cuestionario de Identificación de Trastornos debidos al Consumo de Alcohol AUDIT	116	10	1 al 10	.81
Consumo de bajo riesgo	116	3	1 al 3	.75
Consumo de riesgo o dependiente	116	3	4 al 6	.78
Consumo perjudicial	116	4	7 al 10	.54

Nota: n^a = muestra total, α = Alpha de Cronbach

En la tabla 2 se observa la consistencia interna de las dos escalas y subescalas utilizadas en el estudio, la EAC-A reportó una consistencia interna aceptable de .76; de igual forma la subescala de control de impulsos con .72 de confiabilidad. No obstante, la subescala de autodisciplina reportó una consistencia interna de .53, y dado que es la

primera vez que se utiliza en población adolescente mexicana podría ser aceptable bajo reserva. El AUDIT presentó un Alpha de Cronbach general de .81 y en las dimensiones de consumo bajo riesgo, dependiente y dañino mostraron una consistencia interna que osciló entre .54 y .78. Como se observa los instrumentos mostraron una consistencia interna aceptable, no obstante, el dominio consumo dañino o perjudicial presentó una baja consistencia interna de acuerdo con lo establecido por Burns y Grove (2019).

Estadística Descriptiva

Tabla 3

Características Sociodemográficas

Variables	<i>f</i>	%
Sexo		
Mujer	108	50.2
Hombre	107	49.8
Edad		
12	68	31.6
13	56	26.1
14	72	33.5
15	19	8.8
Año escolar que cursa		
Primero	79	36.7
Segundo	43	20.0
Tercero	93	43.3
Religión		
Católico	185	86.0
Testigo de Jehová	3	1.4
Cristiano	19	8.8
Otro	8	3.8
Ocupación actual		
Solo estudio	127	59.1
Estudio y trabajo	88	40.9

Nota: n^a = 215, *f* = frecuencia, % = porcentaje

Tabla 3*Características Sociodemográficas (Continuación...)*

VARIABLES	<i>f</i>	<i>%</i>
En que trabajan		
Siembra y pesca	21	23.8
Ganadería	12	13.7
Cortadores de frutas	30	34.1
Albañilería y Ayudante en tiendas comerciales	5	5.7
Ayuda en negocio pequeño de la familia	20	22.7
Con quien vive		
Papá y mamá	120	55.8
Solo con mamá	43	20.0
Solo con papá	3	1.4
Con papá o mamá y su pareja	10	4.7
Con familiares o parientes (abuelos)	39	18.1

Nota: $n^a = 215$, $f =$ frecuencia, $\% =$ porcentaje

En relación con la tabla 3, se observa que dentro de las características personales la mayoría de los participantes reportaron una edad de 14 años (33.5%), además el sexo que predominó fue el femenino (50.2%), con relación al grado escolar el 43.3% cursa el tercer año de secundaria, así mismo se reportó que el 86.0% de los adolescentes manifiestan ser de religión católica. Además, el 59.1% de los adolescentes mencionaron que solo se dedican a estudiar, no obstante, los que mencionaron que estudian y trabajan refirieron que el 34.1% se dedican a cortar frutas, así mismo se reportó que el 55.8% de los adolescentes viven con ambos padres.

Tabla 4

*Datos Descriptivos de la Subescala I: Autodisciplina de Escala de la Autocontrol-
Abreviada (EAC-A)*

Ítems	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
	% (f)	% (f)	% (f)	% (f)	% (f)
1. Soy bueno/a para resistir tentaciones	-	12.6 (27)	22.3 (48)	39.1 (84)	26.0 (56)
2. Me cuesta trabajo romper o dejar hábitos	20.5 (44)	23.7 (51)	22.8 (49)	25.6 (55)	7.4 (16)
5. Me gustaría tener más disciplina	-	5.6 (12)	8.4 (18)	45.1 (97)	40.9 (88)
6. La gente diría que tengo mucha disciplina	-	19.5 (42)	29.3 (63)	35.4 (76)	15.8 (34)
7. Tengo problemas para concentrarme	21.9 (47)	13.0 (28)	19.1 (41)	27.4 (59)	18.6 (40)
8. Soy capaz de trabajar bien para conseguir objetivos a largo plazo	-	11.6 (25)	21.4 (46)	26.1 (56)	40.9 (88)
11. Soy perezoso/a o flojo/a	32.1 (69)	29.3 (63)	25.6 (55)	11.6 (25)	1.4 (3)

Nota: n^a = 215, f = frecuencia, % = porcentaje

En la tabla 4 de la subescala I: autodisciplina de la escala de autocontrol-abreviada se observa que el 39.1% señala que está de acuerdo de ser bueno(a) para resistir tentaciones; el 25.6% está de acuerdo en que le cuesta trabajo romper o dejar hábitos, el 45.1% está de acuerdo con que le gustaría tener más disciplina, el 35.4% mencionó que está de acuerdo con que la gente piensa que él o ella tiene mucha disciplina. También se observa que el 27.4% está de acuerdo con que tiene problemas para concentrarse, el 40.9% están totalmente de acuerdo con que son capaces de trabajar

bien para conseguir objetivos a largo plazo y el 32.1% señala estar en total desacuerdo que es perezoso(a) o flojo(a).

Tabla 5

Datos Descriptivos de la Subescala II: Control de impulsos de la Escala de Autocontrol-Abreviada (EAC-A)

Ítems	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
	% (f)	% (f)	% (f)	% (f)	% (f)
3. Hago algunas cosas que son malas para mí porque son divertidas	27.0 (58)	15.8 (34)	20.5 (44)	22.3 (48)	14.4 (31)
4. Rechazo las cosas que son malas para mí	-	12.1 (26)	14.9 (32)	37.7 (81)	35.3 (76)
9. A veces no soy capaz de dejar de hacer algo, aunque sepa que está mal	21.9 (47)	21.4 (46)	20.9 (45)	25.6 (55)	10.2 (22)
10. A veces actúo sin considerar todas las opciones	17.2 (37)	19.5 (42)	27.0 (58)	27.9 (60)	8.4 (18)
12. Digo cosas inadecuadas o inapropiadas.	21.4 (46)	19.5 (42)	21.9 (47)	24.2 (52)	13.0 (28)
13. El placer y la diversión a veces me distraen y me impiden hacer bien mis tareas escolares.	16.7 (36)	12.5 (27)	14.0 (30)	32.1 (69)	24.7 (53)

Nota: n^a = 215, f = frecuencia, % = porcentaje

Continuando con la tabla 5 el 27.0% señala estar totalmente en desacuerdo en que hacen algunas cosas malas porque son divertidas, el 37.7% están de acuerdo que rechazan las cosas que son malas para ellos, el 25.6% de los adolescentes están de acuerdo en que a veces no dejan de hacer algo aunque sepan que está mal, el 27.9%

dicen que están de acuerdo que a veces actúan sin considerar todas las opciones, el 24.2% que está de acuerdo con que dicen cosas inadecuadas o inapropiadas, de igual manera el 32.1% menciona que están de acuerdo de que el placer y la diversión a veces los distraen y les impide hacer sus tareas escolares.

A continuación, se presentan los datos descriptivos del Cuestionario de Identificación de Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT) clasificados en tres dominios (bajo riesgo, de riesgo o dependiente y consumo perjudicial o dañino).

Tabla 6

Datos Descriptivos del Dominio de Consumo de Bajo Riesgo del AUDIT

AUDIT	Nunca	Una o menos de una vez al mes	2 o 4 veces al mes	2 o 3 veces a la semana	4 o más veces a la semana
	%	%	%	%	%
	(f)	(f)	(f)	(f)	(f)
1. ¿Qué tan frecuente ingieres bebidas alcohólicas? (cerveza, vinos, bebidas preparadas, vodka, whisky, etc.)	-	77.6 (90)	16.4 (19)	2.6 (3)	3.4 (4)
	1 o 2	3 o 4	5 o 6	7 o 9	10 o más
2. ¿Cuántas cervezas o copas de bebida alcohólica sueles tomar en un día típico de los que bebes?	56.0 (65)	22.4 (26)	5.2 (6)	6.0 (7)	10.4 (12)
	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
3. ¿Con qué frecuencia tomas 5 o más bebidas alcohólicas en una misma ocasión?	26.8 (31)	56.0 (65)	11.2 (13)	4.3 (5)	1.7 (2)

Nota: AUDIT = Cuestionario de Identificación de Trastornos debidos al Consumo de alcohol, $n^c=116$, f = frecuencia, % = porcentaje

En la tabla 6 respecto al dominio de bajo riesgo del cuestionario AUDIT se observa en el reactivo sobre qué tan frecuente ingiere bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, bebidas preparadas, tequila, vodka, whisky,) un 77.6% señala que lo hace una vez al mes o menos; el 56.0% indicó en el segundo reactivo que consume en un día típico de los que bebe una o dos cervezas o copas de bebida alcohólica y finalmente el 56.0% señala que la frecuencia con la que toma 5 o más bebidas alcohólicas en una misma ocasión es menos de una vez al mes.

Tabla 7

Datos Descriptivos del Dominio de Consumo de Riesgo o Dependiente del AUDIT

AUDIT	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi diario
	% (f)	% (f)	% (f)	% (f)	% (f)
4. Durante el último año ¿con qué frecuencia no pudiste parar de beber bebidas alcohólicas una vez que habías comenzado?	42.2 (49)	44.8 (52)	8.6 (10)	2.6 (3)	1.8 (2)
5. Durante el último año ¿con qué frecuencia dejaste de hacer algo que debías haber hecho por beber alcohol?	54.3 (63)	36.2 (42)	2.6 (3)	5.2 (6)	1.7 (2)
6. Durante el último año ¿con qué frecuencia bebiste alcohol por la mañana después de haber bebido en exceso el día anterior?	69.0 (80)	22.4 (26)	4.3 (5)	2.6 (3)	1.7 (2)

Nota: AUDIT= Cuestionario de Identificación de Trastornos debidos al Consumo de Alcohol, n° = 116, f = frecuencia, % = porcentaje

En la tabla 7 se muestran los datos descriptivos respecto al segundo dominio de consumo de riesgo o dependiente según el AUDIT; el 44.8% de los adolescentes señalaron que durante el último año menos de una vez al mes no pudieron parar de beber bebidas alcohólicas una vez que había comenzado. En cuanto al quinto reactivo el 54.3%

dijeron que nunca habían dejado de hacer algo por beber alcohol y finalmente el 69.0% de los estudiantes dijeron que nunca bebieron por la mañana después de haber bebido alcohol en exceso el día anterior.

Tabla 8

Datos Descriptivos del Dominio de Consumo Perjudicial o Dañino del AUDIT

AUDIT	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
	% (f)	% (f)	% (f)	% (f)	% (f)
7. Durante el último año ¿con qué frecuencia tuviste remordimiento o te sentiste culpable después de haber bebido alcohol?	48.3 (56)	30.1 (35)	5.2 (6)	5.2 (6)	11.2 (13)
8. Durante el último año ¿con qué frecuencia no pudiste recordar lo que sucedió o algo de lo que pasó cuando estabas bebiendo alcohol?	60.3 (70)	27.6 (32)	5.2 (6)	2.6 (3)	4.3 (5)
			No %	Sí, pero no en el último año %	Sí, en el último año %
			(f)	(f)	(f)
9. ¿Te has lastimado o alguien ha resultado lastimado como consecuencia de tu ingestión de alcohol?			81.0 (94)	14.7 (17)	4.3 (5)
10. ¿Algún familiar, amigo o médico se ha mostrado preocupado por la forma en que bebes o te han sugerido que le bajes a tu forma de beber alcohol?			55.2 (64)	26.7 (31)	18.1 (21)

Nota: *AUDI* = Cuestionario de Identificación de Trastornos debidos al Consumo de Alcohol, $n^c = 116$, f = frecuencia, % = porcentaje

Respecto al tercer dominio de consumo perjudicial o dañino, en la tabla 8 se muestra que en el reactivo siete, el 48.3% de los adolescentes respondieron que nunca han tenido remordimientos o se han sentido culpables después de haber bebido alcohol, mientras que el 11.2% respondió que le sucedía a diario o casi a diario. En cuanto al reactivo 8 el 60.3% de los adolescentes respondieron que nunca han tenido problemas para recordar lo que les sucedió o algo de lo que pasó cuando estaban bebiendo alcohol. Además, el 81.0% de los adolescentes mencionaron no se han lastimado como consecuencia de su consumo de alcohol, sin embargo, el 14.7% de los participantes respondieron que habían resultado heridos o alguien había resultado herido a consecuencia de su ingestión de alcohol, pero no en el último año.

En el último reactivo, el 55.2% de los adolescentes señalaron que ningún familiar, amigo o médico se han mostrado preocupados por la forma en que bebe ni le han sugerido que le baje a su forma de beber alcohol, no obstante, el 18.1% manifestó que algún familiar, amigo o compañero cercano estaba preocupado por su forma de beber en el último año.

Estadística Inferencial

Tabla 9

Medidas de Tendencia Central, Dispersión y Pruebas de Normalidad de Kolmogorov-Smirnov con Correlación de Lillifors para las Variables Continúas y Numéricas

VARIABLES/ESCALAS	n	\bar{X}	Mdn	DE	Min	Max	D ^a	p
Edad	215 ^a	13.2	13.0	.98	12.0	15	.216	.001
Años de estudio formal	215 ^a	7.0	7.0	.89	6.0	8	.285	.001
Edad de inicio de consumo de alcohol	149 ^b	11.1	11.0	1.6	6.0	15	.141	.001
Cantidad de consumo	116 ^c	3.9	2.0	5.2	1.0	24	.312	.001

Nota: n^a = muestra total, n^b = consumidores de alcohol alguna vez en la vida, n^c = consumidores en el último año \bar{X} = media, Mdn = mediana, DE = desviación estándar, D^a = prueba de normalidad, p = significancia

Tabla 9

Medidas de Tendencia Central, Dispersión y Pruebas de Normalidad de Kolmogorov-Smirnov con Corrección de Lilliefors para las Variables Continúas y Numéricas (Continuación...)

Variables/escalas	n	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	D^{α}	<i>p</i>
Índice de Autocontrol	215 ^a	60.7	61.5	15.2	30.7	100	.071	.010
Índice de Autodisciplina	215 ^a	65.6	64.2	13.9	35.7	100	.084	.001
Índice de Control de Impulsos	215 ^a	55.0	54.1	21.1	12.5	100	.082	.001
Índice de AUDIT	116 ^c	21.1	17.5	15.4	2.5	80	.115	.001
Índice de Frecuencia y cantidad	116 ^c	26.8	16.6	19.5	8.3	100	.254	.001
Índice de Consumo dependiente	116 ^c	15.5	8.3	17.9	0	100	.194	.001
Índice de Consumo dañino	116 ^c	21.0	18.7	20.1	0	93.7	.155	.001

Nota: n^a = muestra total, n^b = consumidores de alcohol alguna vez en la vida, n^c = consumidores en el último año \bar{X} = media, *Mdn* = mediana, *DE* = desviación estándar, D^{α} = prueba de normalidad,

En la tabla 9 se reportan medidas de tendencia central y de dispersión, así como, la prueba de Kolmogorov-Smirnov con Corrección de Lilliefors; respecto a la edad se encontró una \bar{X} = 13.2 años (*DE* = .98), los años de estudio formal presentó una media de 7.0 (*DE* = .89), el promedio de edad de inicio al consumo de alcohol fue a los 11 años (*DE* = 1.6) y la cantidad de copas consumidas en un día típico fue de 3.9 bebidas alcohólicas (*DE* = 5.2). Respecto los instrumentos el índice de autocontrol fue presentaron una media de 60.7 (*DE* = 15.2) en las subescalas se documentó en el índice de autodisciplina de 65.6 (*DE* = 13.9) y en el índice de control de impulsos se reportó una de 55.0 (*DE* = 21.1). En relación con el índice del AUDIT se reportó una media de 21.1 (*DE* = 15.4), respecto al índice de frecuencia y cantidad (consumo de bajo riesgo)

se encontró una media de 26.8 ($DE = 19.5$), la media del índice de consumo dependiente fue de 15.5 ($DE = 17.9$) y en el índice de consumo dañino se reportó una media de 21.0 ($DE = 20.1$).

Los resultados de la prueba de Kolmogorov-Smirnov con Corrección de Lilliefors indican que la distribución de los datos no presenta normalidad ($p < .05$), por lo que se utilizaron pruebas no paramétricas para dar respuesta a los objetivos.

Para responder al primer objetivo del estudio que indica describir el autocontrol percibido por sexo, edad y escolaridad de los adolescentes escolarizados de una zona rural, para el sexo se utilizó la U de Mann-Whitney y para la edad y escolaridad se empleó la prueba de H de Kruskal-Wallis, los resultados se muestran en las tablas 10, 11 y 12.

Tabla 10

U de Mann-Whitney para la Escala de Autocontrol-Abreviada (EAC-A) y Subescalas Autodisciplina y Control de Impulsos por Sexo

Variabes	n	\bar{X}	Mdn	DE	U	p
Autocontrol						
Mujer	108	61.5	61.5	15.5	5545.50	.610
Hombre	107	59.9	59.6	15.0		
Autodisciplina						
Mujer	108	66.0	64.2	14.9	5678.00	.826
Hombre	107	65.3	64.2	12.8		
Control de impulsos						
Mujer	108	56.3	54.1	20.5	5453.50	.476
Hombre	107	53.6	54.1	22.6		

Nota: \bar{X} = media, Mdn = mediana, DE = Desviación Estándar, U = U de Mann-Whitney, p = significancia

En la tabla 10 sobre la escala de autocontrol-abreviada y las subescalas autodisciplina y control de impulsos por sexo, no se presentaron diferencias significativas respecto al autocontrol percibido por sexo.

Tabla 11

H de Kruskal-Wallis para la Escala de Autocontrol-Abreviada (EAC-A) y Subescalas

Autodisciplina y Control de Impulsos por Edad

Variabes	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>H</i>	<i>p</i>
Autocontrol						
12	68	64.3	63.4	17.5	6.91	.075
13	56	58.1	57.6	13.2		
14	72	61.0	61.5	13.2		
15	19	54.5	53.8	17.0		
Autodisciplina						
12	68	67.4	67.8	16.2	2.83	.418
13	56	64.3	64.2	12.3		
14	72	66.1	64.2	12.4		
15	19	61.4	57.1	14.1		
Control de impulsos						
12	68	60.7	60.4	22.6	8.89	.031
13	56	50.9	47.9	19.4		
14	72	54.9	54.1	18.8		
15	19	46.4	45.8	23.8		

Nota: n^a = 215, \bar{X} = media, Mdn = mediana, H = H de Kruskal-Wallis, p = significancia

En la tabla 11 sobre la EAC-A y sus subescalas autodisciplina y control de impulsos se observa que en la subescala de control de impulsos se reportó diferencia significativa ($H = 8.89$, $p = .031$) se informa que la media más alta fue en los adolescentes de 12 años ($\bar{X} = 60.7$, $Mdn = 60.4$, $DE = 22.6$) respecto a los de 13 años ($\bar{X} = 50.9$, $Mdn = 47.9$, $DE = 19.4$), 14 ($\bar{X} = 54.9$, $Mdn = 54.1$, $DE = 18.8$) y 15 años ($\bar{X} = 45.8$, $Mdn = 46.4$, $DE = 23.8$). En la escala de autocontrol se observó tendencia a la significancia ($H = 6.91$, $p = .075$) donde se observa que en los adolescentes de 12 años es ligeramente más alto el autocontrol ($\bar{X} = 64.3$, $Mdn = 63.4$, $DE = 17.5$) que en los de 13, 14 y 15 años. Finalmente, en la subescala de autodisciplina no se presentaron

diferencias significativas por edad.

Tabla 12

H de Kruskal-Wallis para Escala de Autocontrol-Abreviada (EAC-A) y Subescalas

Autocontrol y Control de Impulsos por Escolaridad

Variables	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>H</i>	<i>p</i>
Autocontrol						
Primero	79	62.1	61.5	16.6		
Segundo	43	59.3	57.69	15.8	.75	.685
Tercero	93	60.1	61.5	13.8		
Autodisciplina						
Primero	79	66.5	67.8	57.0		
Segundo	43	63.5	60.7	14.6	1.92	.383
Tercero	93	65.9	64.2	12.4		
Control de impulsos						
Primero	79	57.0	54.1	21.5		
Segundo	43	54.5	54.1	22.7	.56	.753
Tercero	93	53.4	54.1	20.0		

Nota: $n^a = 215$, \bar{X} = media, *Mdn* = mediana, *H* = H de Kruskal-Wallis, *p* = significancia

En relación con la tabla 12 sobre la EAC-A y subescalas Autodisciplina y Control de impulsos por escolaridad no se presentaron diferencias significativas ($p > .05$) probablemente porque los datos son muy similares. De esta forma se responde al primer objetivo del estudio.

Para responder al segundo objetivo del estudio que menciona identificar la prevalencia global, lápsica, actual e instantánea de consumo de alcohol por sexo, edad y escolaridad de los adolescentes escolarizados de una zona rural. Se emplearon en primer lugar frecuencias, proporciones, así como la Estimación Puntual por Intervalos de Confianza al 95%, se presenta la tabla 13 con datos de prevalencia en general. Además,

para observar las diferencias de las prevalencias por sexo, edad y escolaridad se utilizó la prueba de Chi Cuadrada de Pearson (tabla 14 -16).

Tabla 13

Prevalencias del Consumo de Alcohol en Adolescentes de Secundaria

Prevalencias de Consumo de Alcohol	Si		No		IC 95%	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	LI	LS
Global	149	69.3	66	30.7	63.0	79.0
Lápsica	116	54.0	99	46.0	47.0	61.0
Actual	70	32.6	145	67.4	26.0	39.0
Instantánea	14	6.5	201	93.5	03.0	10.0

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje, IC 95% = Intervalo de Confianza al 95, *LI* = límite inferior, *LS*=límite superior, *n*^a = 215, *n*^b = 149, *n*^c = 116

De acuerdo con la tabla 13 se observó que en el 69.3%, IC 95% [63.0, 79.0] de los participantes del estudio reportaron una prevalencia global de consumido alcohol, en esa misma población la prevalencia lápsica fue de 54.0%, IC 95% [47.0, 61.0], el 32.6% IC 95% [26.0, 39.0] de los adolescentes reportaron una prevalencia actual o en el último mes y el 6.5% IC 95% [03.0, 10.0] reportó una prevalencia instantánea o un consumo de alcohol en los últimos siete días.

Tabla 14

Chi Cuadrada de Pearson para la Prevalencia de Consumo de Alcohol por Sexo

Prevalencia de Consumo	Mujeres		Hombres		χ^2	<i>p</i>
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
Global						
Si	72	48.3	77	51.7	.70	.400
No	36	54.5	30	45.5		
Lápsica						
Si	55	47.4	61	52.6	.80	.371
No	53	53.5	46	46.5		
Actual						
Si	27	38.6	43	61.4	5.64	.017
No	81	55.9	64	44.1		
Instantánea						
Si	7	50.0	7	50.0	.00	.986
No	101	50.2	100	49.8		

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje, χ^2 = Chi cuadrada de Pearson, *p* = significancia

En la tabla 14 sobre Chi Cuadrada de Pearson para prevalencia de consumo de alcohol por sexo se presentaron diferencias significativas ($\chi^2 = 5.64$, $p = .017$) con respecto a la prevalencia actual por sexo y fue más alta en hombres 61.4% que en mujeres 38.6%; para las prevalencias global, lápsica e instantánea por sexo no se observó significancia en virtud de la similitud de los datos.

Tabla 15

Chi Cuadrada de Pearson para la Prevalencia de Consumo de Alcohol por Edad

<i>Prevalencia de Consumo</i>	<i>Si</i>		<i>No</i>		χ^2	<i>p</i>
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>		
Global						
12 años	45	30.2	23	34.8	4.22	.239
13 años	37	24.8	19	28.8		
14 años	50	33.6	22	33.3		
15 años	17	11.4	2	3.0		
Lápsica						
12 años	33	28.4	35	35.4	5.62	.131
13 años	30	25.9	26	26.3		
14 años	38	32.8	34	34.3		
15 años	15	12.9	4	4.0		
Actual						
12 años	21	30.0	47	32.4	6.93	.074
13 años	19	27.1	37	25.5		
14 años	19	27.1	53	36.6		
15 años	11	15.7	8	5.5		
Instantánea						
12 años	2	14.3	66	32.8	2.35	.502
13 años	4	28.6	52	25.9		
14 años	6	42.9	66	32.8		
15 años	2	14.3	17	8.5		

Nota: *f* = frecuencia, *%* = porcentaje, χ^2 = prueba de Chi cuadrada de Pearson, *p* = significancia

En la tabla 15 sobre prevalencia de consumo de alcohol por edad, no se observó significancia por lo homogéneo de los datos; no obstante, se reportó tendencia a la significancia ($\chi^2 = 6.93$, $p = .074$) en la prevalencia actual por edad donde los adolescentes de 12 años informaron más alta prevalencia de 30.0% respecto los de 13, 14 y 15 años.

Tabla 16

Chi Cuadrada de Pearson para la Prevalencia de Consumo de Alcohol por Escolaridad

<i>Prevalencia de Consumo</i>	<i>Si</i>		<i>No</i>		χ^2	<i>p</i>
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>		
Global						
Primero	52	34.9	27	40.9		
Segundo	30	20.1	13	19.7	.782	.676
Tercero	67	45.0	26	39.4		
Lápsica						
Primero	41	35.3	38	38.4		
Segundo	23	19.8	20	20.2	.282	.869
Tercero	52	44.8	41	41.4		
Actual						
Primero	27	38.6	52	35.9		
Segundo	14	20.0	29	20.0	.174	.916
Tercero	29	41.4	64	44.1		
Instantánea						
Primero	41	35.3	38	38.4		
Segundo	23	19.8	20	20.2	.282	.869
Tercero	52	44.8	41	41.4		

Nota: *f* = frecuencia, *%* = porcentaje, χ^2 = prueba de Chi cuadrada de Pearson, *p* = significancia

En la tabla 16 sobre prevalencia de consumo de alcohol por escolaridad, no se observó significancia ($p > .05$) por lo homogéneo de los datos.

Para responder el tercer objetivo que planteó estimar los tipos de consumo de alcohol, de bajo riesgo, de riesgo o dependiente y perjudicial o dañino por sexo, edad y

escolaridad de los adolescentes escolarizados de una zona rural, los resultados se presentan en las tablas 17 a la 20.

Tabla 17

Tipos de Consumo de Alcohol en Adolescentes de Secundaria

Tipos de Consumo de Alcohol	Si		No		IC 95%	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	LI	LS
Consumo de bajo riesgo	28	24.1	88	75.9	16.0	32.0
Consumo de riesgo o dependiente	31	26.7	85	73.3	18.0	34.0
Consumo perjudicial o dañino	57	49.1	59	50.9	39.0	58.0

Nota: *f*=frecuencia, %=porcentaje, IC 95% = Intervalo de Confianza al 95%

Con relación a los tipos de consumo de alcohol de acuerdo con el AUDIT en la tabla 17 se observa que el 49.1%, IC 95% [39.0, 58.0] de los adolescentes presentaron un consumo perjudicial o dañino, el 26.7%, IC 95% [18.0, 34.0] reportó un consumo de riesgo o dependiente y el 24.1%, IC 95% [16.0, 32.0] de los consumidores de alcohol informaron un consumo de bajo riesgo.

Tabla 18

Chi Cuadrada de Pearson para Tipos de Consumo de Alcohol por Sexo

Tipos de consumo de alcohol	Mujeres		Hombres		χ^2	<i>p</i>
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
Consumo de bajo riesgo	19	67.9	9	32.1	6.53	.038
Consumo de riesgo o dependiente	14	45.2	17	54.8		
Consumo perjudicial o dañino	22	38.6	35	61.4		

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje, χ^2 = prueba de Chi cuadrada de Pearson, *p* = significancia

En la tabla 18 sobre tipos de consumo de alcohol por sexo se observó diferencia significativa ($\chi^2 = 6.53$, *p* =.038), reportando que el consumo de bajo riesgo fue más alto en mujeres (67.9%) que en hombres (32.1%); en el consumo de riesgo o dependiente se observó más alto consumo en hombres (54.8%) que en mujeres (45.2%). Finalmente, en el consumo perjudicial o dañino se reportó más alto consumo en hombres (61.4%) que en mujeres (38.6%).

Tabla 19*Chi Cuadrada de Pearson para Tipos de Consumo de Alcohol por Edad*

Prevalencia de Consumo	Si		No		χ^2	p
	f	%	f	%		
Consumo de bajo riesgo						
12 años	10	35.7	23	26.1	2.02	.568
13 años	6	21.4	24	27.3		
14 años	10	35.7	28	31.8		
15 años	2	7.1	13	14.8		
Consumo de riesgo o dependiente						
12 años	10	32.3	23	27.1	2.05	.562
13 años	9	29.0	21	24.7		
14 años	7	22.6	31	36.5		
15 años	5	16.1	10	11.8		
Consumo perjudicial						
12 años	13	22.8	20	33.9	1.93	.585
13 años	15	26.3	15	25.4		
14 años	21	36.8	17	28.8		
15 años	8	14.0	7	11.9		

Nota: f = frecuencia, % = porcentaje, IC= Intervalo de Confianza, LI = Límite Inferior, LS = Limite Superior

En relación con los tipos de consumo de alcohol por edad en los adolescentes, no se encontraron diferencias significativas ($p > .05$), tal como se muestra en la tabla 19.

Tabla 20*Chi Cuadrada de Pearson para Tipos de Consumo de Alcohol por Escolaridad*

Tipos de consumo de alcohol	Si		No		χ^2	p
	f	%	f	%		
Consumo de bajo riesgo						
Primero	11	39.3	30	34.1	.46	.793
Segundo	6	21.4	17	19.3		
Tercero	11	39.3	41	46.6		
Consumo de riesgo o dependiente						
Primero	11	35.5	30	35.3	1.11	.572
Segundo	8	25.8	15	17.6		
Tercero	12	38.7	40	47.1		
Consumo perjudicial						
Primero	19	33.3	22	37.3	1.96	.374
Segundo	9	15.8	14	23.7		
Tercero	29	50.9	23	39.0		

Nota: f = frecuencia, % = porcentaje, IC = Intervalo de Confianza, LI = Límite Inferior, LS = Limite Superior

En la tabla 20 sobre los tipos de consumo de alcohol y escolaridad, no se observó significancia ($p > .05$), por la similitud de los datos. De esta forma se da respuesta al tercer objetivo.

Para dar respuesta al cuarto objetivo que planteó describir el autocontrol percibido por prevalencia de consumo de alcohol (global, lápsica, actual e instantánea) de los adolescentes escolarizados de una zona rural, los resultados se muestran en la tabla 21, 22 y 23.

Tabla 21

U de Mann-Whitney para el índice de Autocontrol por Prevalencia de Consumo de Alcohol Alguna Vez en la Vida (global), en el Último Año (lápsica), en el Último Mes (actual) y en los Últimos Siete Días (instantánea)

Variable	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Global						
Si	149	57.5	57.6	14.4	3053.5	.001
No	66	67.9	65.3	14.7		
Lápsica						
Si	116	56.3	55.7	15.1	3645.5	.001
No	99	65.8	63.4	13.8		
Actual						
Si	70	54.0	50.0	15.7	3120.0	.001
No	145	63.9	61.5	14.0		
Instantánea						
Si	14	56.8	62.5	15.3	1308.0	.660
No	201	61.0	61.5	15.2		

Nota: \bar{X} = Media, *Mdn* = Mediana, *U* = Estadístico *U* de Mann-Whitney, *p* = significancia

En la tabla 21 en relación con del índice de autocontrol por prevalencia de consumo de alcohol, se observó que el autocontrol según la prevalencia global o alguna vez en la vida mostró diferencia significativa ($U = 3053.5$, $p < .001$) por lo que fue más alto el índice de autocontrol en los que no reportaron prevalencia de consumo global ($\bar{X} = 67.9$, $Mdn = 65.3$, $DE = 14.7$) que en los que si reportaron prevalencia de consumo alguna vez en la vida ($\bar{X} = 57.5$, $Mdn = 57.6$, $DE = 14.4$). Además, se encontró

diferencia significativa ($U = 3645.5, p < .001$) entre el autocontrol y la prevalencia lápsica o en el último año, por lo que fue más alto el índice de autocontrol en los que no reportaron prevalencia de consumo de alcohol en el último año ($\bar{X} = 65.8, Mdn = 63.4, DE = 13.8$) que en los que si reportaron consumo en el último año ($\bar{X} = 56.3, Mdn = 55.7, DE = 15.1$), siguiendo con la tabla 27 se encontró que el autocontrol según la prevalencia de consumo actual tuvo diferencia significativa ($U = 3120.0, p < .001$) por lo que fue más alto el índice de autocontrol en los que no reportaron prevalencia de consumo de alcohol en el último mes ($\bar{X} = 63.9, Mdn = 61.5, DE = 14.0$) que en los que si reportaron consumo en el último mes ($\bar{X} = 54.0, Mdn = 50.0, DE = 15.7$) y finalmente no se encontró diferencia significativa ($p > .05$) entre el autocontrol y el consumo de alcohol en los últimos siete días.

Tabla 22

U de Mann-Whitney para el Índice de la subescala I: Autodisciplina con Prevalencia de Consumo de Alcohol Alguna Vez en la Vida (global), en el Último Año (lápsica), en el Último Mes (actual) y en los Últimos Siete Días (instantánea)

Variable	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Global						
Si	149	64.1	64.2	13.2	3986.5	.001
No	66	69.1	67.8	14.8		
Lápsica						
Si	116	63.8	64.2	13.8	4837.5	.046
No	99	67.8	67.8	13.8		
Actual						
Si	70	62.8	60.7	14.6	4130.0	.027
No	145	67.0	67.8	13.4		
Instantánea						
Si	14	65.05	66.0	15.1	1399.0	.972
No	201	65.7	64.2	13.8		

Nota: \bar{X} = Media, *Mdn* = Mediana, *U* = Estadístico *U* de Mann-Whitney, *p* = significancia

Con relación a la tabla 22 del índice de la subescala I autodisciplina por prevalencias de consumo de alcohol, se observó que la autodisciplina según la prevalencia global o alguna vez en la vida mostró diferencia significativa ($U = 3986.5, p < .001$) por lo que fue más alto el índice de autodisciplina en los que no reportaron prevalencia de consumo global ($\bar{X} = 69.1, Mdn = 67.8, DE = 14.8$) que en los que si reportaron prevalencia de consumo de alcohol alguna vez en la vida ($\bar{X} = 64.1, Mdn = 64.2, DE = 13.2$). Respecto a la subescala de autodisciplina por prevalencia lápsica se observó diferencia significativa ($U = 4837.5, p = .046$) por lo que fue más alto el índice de autodisciplina en los que no reportaron prevalencia de consumo de alcohol en el último año ($\bar{X} = 67.8, Mdn = 67.8, DE = 13.8$) que en los que si reportaron consumo en el último año ($\bar{X} = 63.8, Mdn = 64.2, DE = 13.8$). Siguiendo con la tabla 27 se encontró que la autodisciplina según la prevalencia de consumo de alcohol actual o en el último mes tuvo diferencia significativa ($U = 4130.0, p = .027$) por lo que fue más alto el índice de autodisciplina en los que no reportaron prevalencia de consumo actual ($\bar{X} = 67.0, Mdn = 67.8, DE = 13.4$) que en los que si reportaron consumo en el último mes ($\bar{X} = 62.8, Mdn = 60.7, DE = 14.6$) y finalmente no se encontró diferencia significativa entre la autodisciplina y el consumo de alcohol en los últimos siete días ($p > .05$).

Tabla 23

U de Mann-Whitney para el Índice de la Subescala II: Control de Impulsos con Prevalencia de Consumo de Alcohol Alguna Vez en la Vida (global), en el Último Año (lápsica), en el Último Mes (actual) y en los Últimos Siete Días (instantánea)

Variable	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Global						
Si	149	49.8	45.8	19.9	2695.0	.001
No	66	66.5	66.6	19.1		
Lápsica						
Si	116	47.6	45.8	19.7	3166.0	.001
No	99	63.5	62.5	19.3		

Nota: \bar{X} = Media, *Mdn* = Mediana, *U* = Estadístico *U* de Mann-Whitney, *p* = significancia

Tabla 23

U de Mann-Whitney para el Índice de la Subescala II: Control de Impulsos con Prevalencia de Consumo de Alcohol Alguna Vez en la Vida (global), en el Último Año (lápsica), en el Último Mes (actual) y en los Últimos Siete Días (instantánea) (Continuación...)

Variable	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Actual						
Si	70	43.8	37.5	19.7	2730.0	.001
No	145	60.4	58.3	19.6		
Instantánea						
Si	14	47.3	52.0	17.9	1162.5	.276
No	201	55.5	54.1	21.2		

Nota: \bar{X} = Media, *Mdn* = Mediana, *U* = Estadístico *U* de Mann-Whitney, *p* = significancia

Con respecto al índice de la subescala II control de impulsos por prevalencia de consumo de alcohol, se observó diferencia significativa ($U = 2695.0$, $p < .001$) según la prevalencia de consumo de alcohol global o alguna vez en la vida por lo que fue más alto el índice de control de impulsos en los que no reportaron prevalencia de consumo de alcohol global ($\bar{X} = 66.5$, $Mdn = 66.6$, $DE = 19.1$) que en los que si reportaron consumo alguna vez en la vida ($\bar{X} = 49.8$, $Mdn = 45.8$, $DE = 19.9$). Asimismo, se observó que el índice de control de impulsos según la prevalencia lápsica o en el último año tuvo diferencia significativa ($U = 3166.0$, $p < .001$) por lo que fue más alto el índice de control de impulsos en los que no reportaron prevalencia de consumo de alcohol en el último año ($\bar{X} = 63.5$, $Mdn = 62.5$, $DE = 19.3$) que en los que si reportaron consumo de alcohol en el último año ($\bar{X} = 47.6$, $Mdn = 45.8$, $DE = 19.7$).

Siguiendo con la tabla 23 se encontró que la subescala control de impulsos según la prevalencia de consumo de alcohol actual o en el último mes tuvo diferencia significativa ($U = 2730.0$, $p < .001$) por lo que fue más alto el índice de control de impulso en los que no reportaron prevalencia de consumo actual ($\bar{X} = 60.4$, $Mdn = 58.3$, $DE = 19.6$) que en los que si reportaron consumo en el último mes ($\bar{X} = 43.8$, $Mdn = 37.5$, $DE = 19.7$) y finalmente, no se encontró diferencia

significativa entre el control de impulsos y la prevalencia de consumo de alcohol en los últimos siete días ($p > .05$). De esta forma se responde al objetivo cuarto.

Para dar respuesta al quinto objetivo que planteó diferenciar el autocontrol percibido por los tipos de consumo de alcohol de los adolescentes escolarizados de una zona rural, los resultados se observan en la tabla 24

Tabla 24

H de Kruskal-Wallis para el Índice de Autocontrol por Tipos de Consumo de Alcohol

Tipos de consumo de alcohol	<i>n</i>	\bar{y}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>H</i>	<i>p</i>
Consumo de bajo riesgo	28	62.1	61.5	16.6	4.713	.095
Consumo de riesgo o dependiente	31	54.8	53.8	14.8		
Consumo perjudicial o dañino	57	54.3	53.8	14.1		

Nota: \bar{X} = Media, *Mdn* = Mediana, *U* = Estadístico *U* de Mann-Whitney, *p* = significancia

En el quinto objetivo sobre el índice de autocontrol y tipos de consumo de alcohol, no se observó diferencia significativa ($H = 4.71$, $p = .095$). De esta forma se responde al objetivo quinto.

Para dar respuesta al sexto objetivo que propuso examinar la relación del autocontrol percibido y el consumo de alcohol de los adolescentes escolarizados de una zona rural, los resultados se observan en la tabla 25.

Tabla 25

Coefficiente de Correlación de Spearman para el Autocontrol Percibido y el Consumo de Alcohol

Variable	<i>Autocontrol</i>		<i>Autodisciplina</i>		<i>Control de impulsos</i>	
	<i>r_s</i>	<i>p</i>	<i>r_s</i>	<i>p</i>	<i>r_s</i>	<i>p</i>
Edad ^a	-.099	.147	-.046	.502	-.129	.060
Edad de inicio de consumo ^b	.182*	.026	.155	.059	.158	.054

Nota: *r_s* = Coeficiente de Correlación de Spearman, *p* = significancia, * < .05, ** < .01, *** < .001, *n*^a = 215, *n*^b = 147, *n*^c = 116.

Tabla 25

Coefficiente de Correlación de Spearman para el Autocontrol Percibido y el Consumo de Alcohol (Continuación...)

Variable	Autocontrol		Autodisciplina		Control de impulsos	
	r_s	p	r_s	p	r_s	p
Cantidad de copas consumidas en día típico ^c	-.270**	.003	-.192*	.039	-.280**	.002
AUDIT ^c	-.144	.122	-.185	.364	-.179	.054
Índice de frecuencia y cantidad (bajo riesgo) ^c	-.199*	.032	-.122	.192	-.223*	.016
Índice de consumo de riesgo o dependiente ^c	-.194*	.037	-.132	.158	-.209*	.025
Índice de consumo perjudicial o dañino ^c	-.105	.261	-.062	.506	-.135	.147

Nota: r_s = Coeficiente de Correlación de Spearman, p = significancia, * < .05, ** < .01, *** < .001, n^a = 215, n^b = 147, n^c = 116.

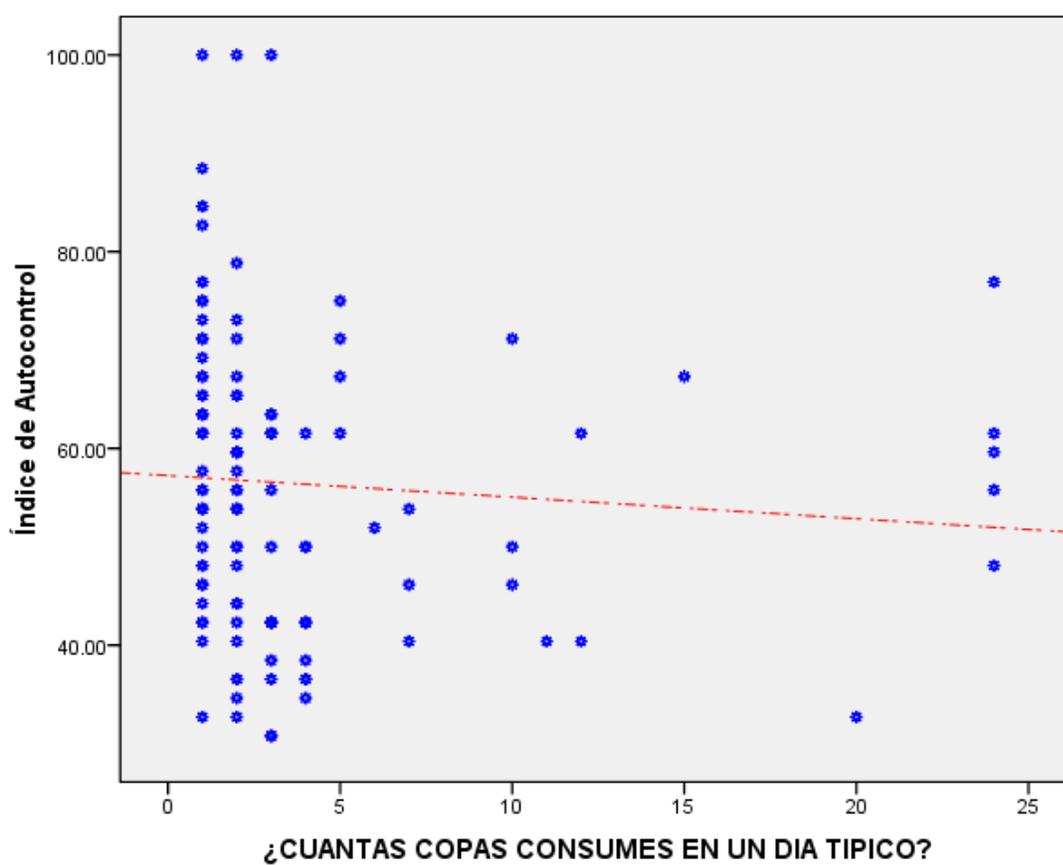
En la tabla 25 se muestran los resultados obtenidos del autocontrol percibido y el consumo de alcohol según el Coeficiente de Correlación de Spearman, se observó una relación negativa y significativa de la escala de autocontrol ($r_s = -.270$, $p = .003$), la subescala de autodisciplina ($r_s = -.192$, $p = .039$) y la subescala de control de impulsos ($r_s = -.280$, $p = .002$) con la cantidad de copas consumidas en un día típico. Además, se observó relación negativa y significativa entre la escala de autocontrol ($r_s = -.199$, $p = .032$) y la subescala de control de impulsos ($r_s = -.223$, $p = .016$) con respecto al índice de frecuencia y cantidad (consumo de bajo riesgo), esto indica que a mayor autocontrol y control de impulsos menor consumo de bajo riesgo. Asimismo, se observó relación negativa y significativa de la escala de autocontrol ($r_s = -.194$, $p = .037$) y la subescala de control de impulsos ($r_s = -.209$, $p = .025$), con el índice de consumo dependiente. Además, la escala de autocontrol ($r_s = .182$, $p = .026$) presentó una relación

positiva y significativa con la edad de inicio al consumo de alcohol.

Adicionalmente se elaboró una figura de dispersión (Figura 1) para presentar de manera gráfica el comportamiento del índice de autocontrol con el número de copas consumidas en un día típico y se puede observar que el consumo de 0 a 5 copas en un día típico se aglutina en el índice de 40 a 80 de la escala de autocontrol.

Figura 1

Grafica de Autocontrol Percibido y el Número de Copas de Alcohol Consumidas en un Día Típico



Capítulo IV

Discusión

En el presente estudio fue factible la aplicación empírica del constructo de autocontrol percibido de Tagney et al. (2004) y el consumo de alcohol según Babor et al. (1989) adaptado a población mexicana por De la Fuente y Kershenobich (1992) en una muestra de 215 adolescentes que estudian en una secundaria del área rural de Veracruz. En este capítulo se discuten los principales resultados para dar respuesta a los objetivos de investigación. Finalmente, se presentan las conclusiones y se ofrece recomendaciones para futuras investigaciones.

Respecto a las características sociodemográficas de la muestra del estudio se encontró que un 50.2% corresponde a las mujeres y un 49.8% de varones, así mismo más de un tercio de los participantes tienen 14 años de edad y en su mayoría (43.3%) estudian el tercer año de secundaria. Estos datos son consistentes con las características de los adolescentes que estudian secundaria en el país (INEGI, 2020a). Es importante destacar que son similares las proporciones de mujeres y hombres que estudian secundaria, lo anterior significa que probablemente debido a las políticas de equidad de género se han abierto las posibilidades de que las mujeres tengan la oportunidad de estudiar en las áreas rurales (Lechuga et al., 2018).

En relación con la religión un 86.0% de los adolescentes son católicos, esto es consistente en México dado que en su mayoría profesan la religión católica y en las áreas rurales existe mayor participación en fiestas patronales con lo cual se fortalece el catolicismo (INEGI, 2020b). Respecto a la ocupación un 40.9% de los adolescentes estudian y trabajan y en su mayoría se desempeñan como cortadores de fruta (34.1%); probablemente y dadas las condiciones de vida de esta área rural donde existen viviendas de palma, madera y concreto, los adolescentes necesitan trabajar para apoyar en el gasto familiar (Cossío y Sánchez, 2009). Respecto al trabajo que desempeñan los adolescentes como cortadores de fruta (limón, plátano, liche), esto se explica por los

grandes sembradíos de cultivo de fruta que existen en la región sur de Veracruz, donde son reclutados los adolescentes por los patrones o dueños de los sembradíos.

Finalmente se observa en esta muestra que en su mayoría (55.8%) los adolescentes viven con su papá y mamá seguido de vivir solo con su mamá (20.0%) o con sus abuelos (18.1%) como se puede observar son formas de vida de la familia fundamentalmente extendida y nuclear y en otros casos la madre es cabeza de familia y es la responsable de los hijos o bien los abuelos son responsables por el cuidado y educación de los nietos. Estas formas de organización familiar se observan más en área rural; en relación con el hecho de que en segundo lugar la madre sea cabeza de familia esto puede ser explicado por múltiples factores sobre todo el abandono de la familia o la pérdida del padre, por lo que las madres de familia asumen la responsabilidad de sostener, cuidar y educar a los hijos esto se observa en México (Aguilar, 2016).

Finalmente, el papel de los abuelos es de relevancia en las áreas rurales de México y ante problemas de los padres ellos asumen el cuidado de los nietos, el rol de los abuelos en la sociedad es de enseñanza de normas culturales, tradiciones y valores morales (Triadó et al., 2009).

En relación con la edad de inicio al consumo de alcohol se reportó que es a los 11 años, como se puede observar en esta edad todavía no se alcanza la maduración de funciones, no se ha construido totalmente la personalidad y continúan en etapa de crecimiento y desarrollo, lo cual iniciar a esta edad a consumir alcohol influye en la presencia de problemas escolares, familiares y de salud, con el grave riesgo de incrementar la probabilidad de la dependencia al alcohol en las siguientes etapas de la vida del adolescente (CICAD, 2013; NIDA, 2021; OPS, 2007).

En relación con el primer objetivo del estudio que indicó describir el autocontrol percibido por sexo, edad y escolaridad de los adolescentes escolarizados de una zona rural; se documentó que el autocontrol percibido y las subescalas de autodisciplina y control de impulsos no mostraron diferencia significativa por sexo, probablemente por la

similitud de los datos, esto podría explicarse por el contexto y la cultura rural donde viven, donde hay igualdad en las prácticas de socialización por género, dado que hombres y mujeres son educados y se comparte con ellos por igual las creencias, normas de responsabilidad, disciplina, conducta y respeto. Esto difiere con Oliva et al. (2019) en adolescentes españoles donde se encontró diferencia significativa donde las mujeres reportaron una media más alta de autocontrol que en los varones.

Con respecto a la edad no se encontró diferencia significativa con el autocontrol, ni en la subescala de autodisciplina; lo anterior es diferente a lo documentado por Oliva et al. (2019) en adolescentes españoles, donde se reportó diferencia significativa para el grupo de edad de 12 a 14 años en comparación con el grupo de 15 a 19 años. De igual forma Palm et al. (2021) mostró diferencia significativa de autocontrol en adolescentes femeninas norteamericanas siendo más alto el autocontrol en las chicas de 17 años seguido de las de 16 años y de 13 años.

No obstante, en la subescala de control de impulsos por edad reportó diferencia significativa donde se informa que la media más alta fue en los adolescentes de 12 años respecto a los de 13 años, 14 años y 15 años lo anterior como se señaló anteriormente es consistente con Oliva et al. (2019) en adolescentes españoles y con Palm et al. (2021) en adolescentes femeninas norteamericanas. Se ha indicado además por De Rider et al. (2012) que el autocontrol es una competencia personal que se desarrolla durante los primeros años de la vida y se asocia con el ajuste emocional y conductual. Tangney et al. (2004) por su parte indican que se requiere de fuerza de voluntad para regular conductas inaceptables inhibiendo los impulsos lo que permite el desarrollo de conductas positivas que influyan en el logro de objetivos y metas. Estos datos son relevantes, dado que alertan sobre la importancia de realizar prevención primaria de consumo de alcohol fortaleciendo el autocontrol, desde edades tempranas, sobre todo si se considera que esta también es la principal droga de inicio en el estado de Veracruz (INPRFM et al., 2017).

En cuanto al autocontrol y las subescalas de autodisciplina y control de impulsos

por escolaridad, no mostraron diferencia significativa en los adolescentes de este estudio. Estos resultados llaman la atención debido a que se observó diferencia significativa únicamente de la subescala control de impulsos por edad y se podría suponer que esto igualmente se observaría por escolaridad, no obstante, es probable dado el contexto rural donde viven estos chicos que no existiera correspondencia de la edad y año escolar dado que en esta comunidad en ocasiones se retrasa el inicio de los estudios de secundaria para apoyar a su familia en los quehaceres del campo.

De acuerdo con el segundo objetivo que menciona identificar la prevalencia global, lápsica, actual e instantánea de consumo de alcohol por sexo, edad y escolaridad de los adolescentes. Se documentó que existe diferencia significativa únicamente de sexo por prevalencia de consumo de alcohol actual y fue más alta en hombres que en mujeres, lo anterior es similar a lo encontrado a nivel nacional en la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, en Estudiantes [ENCODE]; (2014), donde reportan que los hombres obtuvieron mayores proporciones de consumo de alcohol actual que las mujeres, esta similitud refleja y confirma el problema de salud pública que representa el consumo de alcohol en los adolescentes en la época actual y en el área rural.

Respecto al sexo por prevalencia global, lápsica e instantánea no se observó diferencia significativa en el estudio; lo anterior se podría explicar debido a la brecha del consumo de alcohol entre hombres y mujeres adolescentes que se ha ido cerrando en los últimos años (INPRFM et al., 2017). Esto podría explicar la ausencia de diferencias significativas de las prevalencias global, lápsica e instantánea por sexo reportadas en este estudio, además, se podría atribuir este resultado a factores sociales y culturales del entorno rural, que cada vez más privilegian la normalización del consumo de alcohol y su correspondencia en la equidad de género que incluyen los comportamientos como el consumo de alcohol (McHugh et al., 2018).

En cuanto a la edad por prevalencia global, lápsica, actual e instantánea de consumo de alcohol, no se observó diferencia significativa esto difiere de lo reportado

en un estudio realizado por Palm et al. (2021) en adolescentes femeninas norteamericanas donde se encontró diferencia significativa según la prevalencia global en los adolescentes siendo más alta en los de 17 años, seguido de 16 años y más baja prevalencia en las chicas de 13 años. Probablemente en este estudio la accesibilidad a la sustancia es igual para los adolescentes tanto si tienen 12 o 17 años y esto puede explicarse por la limitada supervisión del sector salud, en los establecimientos que venden alcohol y que no respetan la normatividad de no vender alcohol a menores de edad.

Según la escolaridad por prevalencia global, lápsica, actual e instantánea de consumo de alcohol, no se observó diferencia significativa; probablemente como se indicó anteriormente se esperaría que el resultado fuera similar al de edad al menos en prevalencia actual. No obstante, dadas las características del entorno donde se observa normalización del consumo y accesibilidad a la sustancia tanto en adolescentes como adultos las prevalencias de consumo son altas y homogéneas. Según la evidencia científica los adolescentes que consumen alcohol y estudian tienen un aumento del riesgo de desarrollar problemas escolares, como falta de concentración, bajo rendimiento académico, reprobación (Navalón-Mira y Ruíz-Callado, 2017; Bugbee et al., 2019) y problemas familiares (Chi y Cui, 2020), lo que podría estar ocurriendo en esta muestra de adolescentes que están estudiando secundaria y consumen alcohol, lo cual sería conveniente analizar este aspecto.

En relación con el tercer objetivo que planteó estimar por sexo, edad y escolaridad los tipos de consumo de alcohol, de bajo riesgo, de riesgo o dependiente y perjudicial o dañino se mostró diferencia significativa reportando que el consumo de bajo riesgo fue más alto en mujeres (67.9%) que en hombres (32.1%); en el consumo de riesgo o dependiente se observó más alto consumo en hombres (54.8%) que en mujeres (45.2%) y en el consumo perjudicial o dañino se reportó más alto consumo en hombres (61.4%) que en mujeres (38.6%). Estos resultados son similares a los obtenidos por

Telumbre et al. (2018) en adolescentes de Ciudad del Carmen Campeche, donde documentó que en los hombres predomina un consumo de dependiente y en las mujeres predominó un consumo de bajo riesgo. No obstante, no coincide con lo que reporta Méndez-Ruíz et al. (2018) en adolescentes de Tamaulipas, quienes no encontraron diferencias significativas del género por los tipos de consumo de alcohol. Sin embargo, se refuerza este hallazgo con lo reportado por Puente et al. (2016) en un área suburbana de Nuevo León, donde informó diferencias significativas del género por los tipos de consumo de alcohol siendo mayor en los hombres que en las mujeres. Esto podría explicarse por la presión de pares y el deseo de ser aceptados por sus iguales, lo anterior puede observarse tanto para los hombres como para las mujeres; probablemente por la cultura del alcohol en área rural, donde es más aceptado el consumo de alcohol incluso el dependiente y dañino en los varones porque se asocia con fortaleza, agresividad y masculinidad que en las mujeres, en las que se acepta un consumo de alcohol limitado que evite mostrar actitudes escasamente femeninas.

En cuanto a la edad y los tipos de consumo de alcohol en este estudio no se encontraron diferencias significativas, llama la atención que el consumo de alcohol de riesgo y dependiente fue más alto en los chicos de 12 y 13 años y menor consumo en los de 15 años. Aunado a lo anterior se documentó que la edad de inicio al consumo fue a los 11 años y es posible que los efectos obtenidos al inicio de la conducta les ofrezca algunas sensaciones placenteras y disminuyan sus emociones negativas por lo que continúen con este consumo incluso de riesgo y dependiente como se señaló con anterioridad a los 12 y 13 años. Además, el no haber encontrado diferencias significativas en los tipos de consumo por edad, no coincide con lo reportado por Arrijoja et al. (2017) en adolescentes de Puebla y por Golpe et al. (2017) en adolescentes de España, probablemente se explique lo anterior en razón del tipo de contexto rural en el cual habitan los adolescentes donde existen menos recursos para la recreación y menos oportunidades para el desarrollo del adolescente en comparación con los autores antes

citados realizaron el estudio en áreas urbanas.

En cuanto a la escolaridad y los tipos de consumo de alcohol en este estudio no se encontraron diferencias significativas. Esto difiere con Marca (2020), en adolescentes peruanos que reporta diferencia significativa del consumo de riesgo en el grupo de tercer año de secundaria. Lo observado en este estudio probablemente tenga relación con el entorno cultural donde viven y estudian los adolescentes de este estudio, los que probablemente están influenciados por las creencias, costumbres y hábitos de consumo de alcohol de los adultos con los que conviven y trabajan en el campo rural.

Con relación al cuarto objetivo que planteó describir el autocontrol percibido por prevalencia de consumo de alcohol (global, lápsica, actual e instantánea) de los adolescentes, en este estudio se observó que el autocontrol según la prevalencia global o alguna vez en la vida mostró diferencia significativa por lo que fue más alto el índice de autocontrol en los que no reportaron prevalencia de consumo global que en los que si reportaron prevalencia de consumo alguna vez en la vida. Esto es consistente con lo reportado por Oliva et al. (2019) en estudiantes españoles, quien explica que el autocontrol es un factor protector frente a las conductas de riesgo como lo es el inicio y la experimentación (que se puede considerar como prevalencia global) del consumo de alcohol en la adolescencia.

En cuanto al autocontrol y la prevalencia lápsica o en el último año se encontró diferencia significativa por lo que fue más alto el índice de autocontrol en los que no reportaron prevalencia de consumo de alcohol en el último año que en los que si reportaron consumo de alcohol. Esto es similar a lo reportado por Oliva et al. (2019) en adolescentes españoles, y con Marca (2020) en adolescentes peruanos, quienes explican que el bajo puntaje de autocontrol es un factor de riesgo para el consumo de alcohol y la pérdida de este podría ocasionar que el adolescente se involucre con conductas de riesgo como es el consumo de alcohol.

Con respecto al autocontrol según la prevalencia de consumo actual en este

estudio reportó diferencia significativa por lo que fue más alto el índice de autocontrol en los que no reportaron prevalencia de consumo de alcohol en el último mes que en los que si reportaron consumo. Al respecto Marca (2020) señala que esto puede deberse a que el autocontrol va incrementándose de forma paulatina por lo que aumenta la capacidad de poder inhibir la conducta de consumo, con lo que probablemente se pueden evitar el consumo del alcohol.

Además, no se encontró diferencia significativa entre el autocontrol y el consumo de alcohol en los últimos siete días. Lo anterior probablemente se explique debido a los escasos datos en la prevalencia de consumo en últimos siete días, lo que parece ser que no se ha cimentado todavía la conducta de consumo de forma regular es decir de forma semanal. Llama la atención que el índice de autocontrol fue muy similar entre los que consumieron en la última semana y los que no consumieron, lo que sería contrario a lo que teóricamente se señala que el autocontrol es más alto en lo que no consumen drogas que en los que si consumen (Tangney et al., 2004). Además la conducta de consumo es considerada cultural y existen pautas socioculturales como beber alcohol en festividades sociales y religiosas donde incluso se acepta el consumo de adolescentes; no obstante debe el adolescente tener autocontrol para evitar el consumo semanal ya que no es bien visto que el adolescente consuma cada fin de semana y es sancionado a través de normas familiares que son supervisadas por sus padres; por ello fueron escasos datos de prevalencia de consumo de alcohol (Cortes et al., 2011). Esto podría explicarse debido a que la adolescencia es una de las etapas críticas de la vida; las inseguridades, las nuevas experiencias, la gestión de emociones y el autocontrol suponen un desafío constante para el adolescente y su familia.

De acuerdo con el quinto objetivo planteó diferenciar el autocontrol percibido por los tipos de consumo de alcohol de los adolescentes, en este estudio no se observó diferencia significativa. Lo cual difiere por lo encontrado por Marca (2020) en adolescentes peruanos, quien reportó relación significativa entre el autocontrol y los

tipos de consumo de alcohol de bajo riesgo, dependiente o dañino y consumo perjudicial de alcohol, lo que muestra que a mayor autocontrol menor es el consumo de alcohol. Además, el autocontrol en adolescentes puede autorregular su comportamiento; sin embargo, al no haber construido el autocontrol, desde las etapas tempranas de la vida es probable que, al aparecer al exponerse a conductas de riesgo como el consumo de alcohol, no se tenga la competencia de controlar los impulsos pudiendo iniciar o mantener el consumo de alcohol incluso el problemático.

En relación con el sexto objetivo donde se propuso examinar la relación del autocontrol percibido y el consumo de alcohol de los adolescentes escolarizados de una zona rural en este estudio se observó una relación negativa y significativa de la escala de autocontrol, la subescala de autodisciplina y la subescala de control de impulsos, con la cantidad de copas consumidas en un día típico. Esto es consistente con Oliva et al. (2020) en adolescentes españoles donde encontró correlación negativa y significativa del autocontrol y el consumo de alcohol. Estos resultados son teóricamente consistentes y esperados ya que la capacidad de controlar impulsos o autocontrolarse, inhibe conductas de riesgo como es el consumo de alcohol y es factible el logro de metas de largo plazo (Tagney et al., 2004). No obstante, las personas con bajos puntajes de autocontrol tienen mayores dificultades para lograr objetivos, lo que podría conducirlos a sentimientos de malestar y frustración que los coloca en situación de vulnerabilidad para el consumo de alcohol. En este sentido, se confirma una tendencia a que cuanto más autocontrol posean los adolescentes será menor el consumo de alcohol.

Además, en este estudio se observó relación negativa y significativa entre la escala de autocontrol y la subescala de control de impulsos con respecto al índice de frecuencia y cantidad (consumo de bajo riesgo), esto indica que a mayor autocontrol y control de impulsos menor consumo de bajo riesgo. Esto es consistente con lo encontrado en el estudio de Oliva et al. (2020) en adolescentes españoles y Marca (2020) en adolescentes peruanos donde encontraron que a un mayor puntaje de autocontrol

menor es el riesgo de consumir alcohol en los adolescentes. Esto podría deberse a que el autocontrol se relaciona con el consumo de alcohol de manera inversa, es decir a medida que los niveles de autocontrol aumentan, disminuye la cantidad y cronicidad de consumo de alcohol.

Asimismo, se observó relación negativa y significativa de la escala de autocontrol y la subescala de control de impulsos, con el índice de consumo dependiente. Esto es similar a lo reportado por Marca (2020) en adolescentes peruanos, quien reportó una relación significativa entre el autocontrol y el consumo de alcohol dependiente, lo que muestra que a mayor autocontrol menor es el consumo de alcohol dependiente. Esto puede explicarse porque el autocontrol conceptualmente incluye la regulación exitosa de los impulsos, siendo una competencia donde el adolescente tiene la capacidad de negarse o inhibir conductas que perjudiquen su salud como lo es el consumo de alcohol dependiente, además puede ser un factor de protección para el consumo de alcohol. El resistir o inhibir impulsos socialmente inaceptables puede ser visto como un facilitador del afrontamiento a situaciones de riesgo al consumo de alcohol lo que permite afirmar que los estudiantes con altos niveles de autocontrol son más autónomos y exitosos.

Conclusiones

No se observaron diferencias significativas de sexo y escolaridad en el autocontrol percibido y en las subescalas de autodisciplina y control de impulsos. Únicamente en la subescala de control de impulsos por edad reportó diferencia significativa donde la media más alta fue en los adolescentes de 12 años.

Respecto al sexo, edad y escolaridad por prevalencias global, lápsica e instantánea no se observaron diferencias significativas. Sin embargo, si se documentó diferencia significativa de sexo por prevalencia de consumo de alcohol actual y fue más alta en hombres, que en mujeres.

Se encontraron diferencias significativas de sexo por los tipos de consumo de

alcohol reportando que el consumo de bajo riesgo fue más alto en mujeres que en hombres; el consumo de riesgo o dependiente fue más alto en hombres que en mujeres; igualmente en el consumo perjudicial o dañino se reportó más alto en hombres que en mujeres. Respecto a la edad y escolaridad por los tipos de consumo de alcohol no se encontraron diferencias significativas.

Se observó que el autocontrol según la prevalencia global, la prevalencia lápsica y la prevalencia actual mostraron diferencias significativas por lo que fue más alto el índice de autocontrol en los que no reportaron prevalencia de consumo global, lápsica y actual que en los que, si reportaron. No se documentó diferencia significativa entre el autocontrol y el consumo de alcohol en los últimos siete días.

No se presentaron diferencias significativas entre autocontrol y los tipos de consumo de alcohol; únicamente se encontró relación negativa y significativa de la escala de autocontrol, la subescala de autodisciplina y la subescala de control de impulsos, con la cantidad de copas consumidas en un día típico. Se observó relación negativa y significativa entre la escala de autocontrol y la subescala de control de impulsos respecto al índice de frecuencia y cantidad (consumo de bajo riesgo) y con el índice de consumo de alcohol dependiente. Como hallazgo adicional se encontró relación positiva y significativa de la edad de inicio al consumo de alcohol y la escala de autocontrol.

Recomendaciones

Se sugiere que este estudio sea replicado en otras zonas rurales de México y con una muestra más grande.

Realizar estudios cualitativos para poder identificar desde la perspectiva de los adolescentes escolarizados de área rural el significado que construyen del consumo de alcohol.

Se sugiere considerar los resultados del estudio para diseñar a futuro programas o intervenciones de enfermería enfocados a retrasar la edad de inicio al consumo de

alcohol y limitar el consumo a través de fortalecer el autocontrol.

Continuar aplicando los instrumentos utilizados en el estudio como la Escala de Autocontrol-Abreviada (EAC-A) de Tagney et al. (2004) y el Cuestionario de Identificación de Trastornos debidos al Consumo de Alcohol [AUDIT] (Babor et al., 1989) adaptado a población mexicana por De la Fuente y Kershenobich (1992) en virtud de su confiabilidad.

Referencias

- Aguilar, L. (2016). Mujeres jefas de hogar y algunas características de los hogares que dirigen. Una visión sociodemográfica. Dirección general de Estudios Sociodemográficos y Prospectiva. Consejo Nacional de Población.
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/232091/05_Aguilar.pdf
- Ahumada-Cortez, J. G., Gámez-Medina, M. E., & Valdez-Montero, C. (2017). El consumo de alcohol como problema de salud pública. *Ra Ximhai*, 13(2), 13-24.
<https://www.redalyc.org/pdf/461/46154510001.pdf>
- Arrijoja M. G., Frari G. S. A., Torres R. A., Gargantua A. S. R. Ávila A. M. L., & Morales C. F. A. (2017). Factores de riesgo para el consumo de alcohol en adolescentes estudiantes. SMAD, *Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas*, 13(1), 22-29.
- Babor, T.F., de la Fuente, J.R., Saunders, & Grant, M. (1989). AUDIT The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Health Care. WHO/MNH/DAT 89.4, *World Health Organization*, Geneva
- Baumeister, R. F., Vohs, K. D., & Tice, D. M. (2007). El modelo de fuerza del autocontrol. *Direcciones actuales en la ciencia psicológica*, 16(6), 351–355.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2007.00534.x>
- Burns, N., & Grove S. (2019). Metodología cuantitativa, Elsevier: Saunders, (3a. ed.). Investigación en Enfermería (pp.123-134) España.
- Chi, X. & Cui, X. (2020). Externalizing problem behaviors among adolescents in a southern city of China: Gender differences in prevalence and correlates. *Children and Youth Services Review*, 119(3). doi: 10.1016/j.childyouth.2020.105632
- Cohen, I. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*, 2a Ed.
- Comisión Interamericana para el Control de Abuso de Drogas [CICAD]. (2013). El problema de Drogas en las Américas: Estudios.

http://www.cicad.oas.org/drogas/elinforme/informeDrogas2013/drugsPublicHealth_ESP.pdf

- Cortés, M. T., Espejo, B., Giménez, J. A., Luque, L., Gómez, R., & Motos, P. (2011). Creencias asociadas al consumo intensivo de alcohol entre adolescentes. *Salud y drogas*, 11(2), 179-202. <https://www.redalyc.org/pdf/839/83922546005.pdf>
- Cossío, A. & Sánchez, A. (2009). La juventud indígena y la construcción de una nueva ruralidad en El Nigromante y Nuevo San Martín. En M. T. Rodríguez y B. Tallet (Ed.), *Historias de hombres y tierras: una lectura sobre la conformación territorial del Municipio de Playa Vicente, Veracruz* (219-263). Publicaciones de la Casa Chata Marseille: *IRD Éditions*. doi:10.4000/books.irdeditions.20171
- Davies, L., Kuipers, M., Junger, M., & Kunst, A. E. (2017). The role of self-control and cognitive functioning in educational inequalities in adolescent smoking and binge drinking. *BMC public health*, 17(1), 714. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4753-2>
- De la Cruz-Irineo, E., Reséndiz-Avendaño, C. L., Chávez-González, L. L., Hernández-Castañón, M. A., Garza-González, B., & Mendoza, A. Z. (2016). Prevalencia y patrones de consumo de alcohol en adolescentes de secundaria en una comunidad rural. *Lux Médica*, 11(32), 15-20. 15–20. <https://doi.org/10.33064/32lm2016732>
- De la Fuente, J. R., & Kershenobich, D. (1992). El alcoholismo como problema médico. *Revista UNAM*, 35(2), 47-51. Facultad de Medicina.
<http://www.revistas.unam.mx/index.php/rfm/article/view/74093/65471>
- De Ridder, D., Lensvelt-Mulders, G., Finkenauer, C., Stok, F. M., & Baumeister, R. F. (2012). A meta-analysis of how trait self-control relates to a wide range of behaviors. *Personality and Social Psychology Review*, 16, 76- 99.
<https://doi.org/10.1177/1088868311418749>
- Del Valle, M., Galli, J. I., Urquijo, S., & Canet Juric, L. (2019). Adaptación al español de la Escala de Autocontrol y de la Escala de Autocontrol-Abreviada y

evidencias de validez en población universitaria. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 11(2), 52-64.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=728>

Delgado, J. R. P. (2012). Exploración de los motivos para consumir alcohol en adolescentes. *Psicología Iberoamericana*, 20(1), 29-39.

Elashoff, J. D. (2007). nQuery Advisor Version 7.0 Statistical Solutions Ltd. Cork, Ireland. https://cdn2.hubspot.net/hubfs/488764/nQ70_Manual.pdf

Evora Soldo S. (2017). Alcohol y fisiología humana. Capítulo 2. Donde todo comienza. El alcohol en el aparato digestivo. *Elsevier*. <https://www.elsevier.com/es-es/connect/medicina/alcohol-y-fisiologia-humana-capitulo-2-donde-todo-comienza-el-alcohol-en-el-aparato-digestivo>

Franken, A., Moffitt, TE & Steglich, C. (2016). El papel del autocontrol y las amistades de los primeros adolescentes en el desarrollo de conductas externalizantes: el estudio SNARE. *J Youth Adolescence* 45, 1800–1811
<https://doi.org/10.1007/s10964-015-0287-z>

Golpe, S., Gómez, P., Braña, T., Varela, J., & Rial, A. (2017). Relación entre el consumo de alcohol y otras drogas y el uso problemático de Internet en adolescentes. *Adicciones*, 29(4), 268-277.

González, A.F.J. & Nolla, H.E. (2015). ¿Qué dice la ley sobre el consumo de alcohol en menores de edad? Fundación de Investigadores sociales A.C.
<http://www.alcoholinformate.org.mx/?contenido=articulo.cfm&catid=8&id=465&container=contenedor>

Hinojosa Palomino, A. L. (2020). Evidencias psicométricas de la versión española de la Escala Breve de Autocontrol de Tangney, Baumeister y Boone en adolescentes de Lima Metropolitana.
<https://repositorioacademico.upc.edu.pe/handle/10757/653945>

- Hofmann, W., Schmeichel, B. J., & Baddeley, A. D. (2012). Funciones ejecutivas y autorregulación. *Tendencias en ciencias cognitivas*, 16(3), 174–180.
<https://doi.org/10.1016/j.tics.2012.01.006>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2020a). Nivel de escolaridad del estado de Veracruz.
<https://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/ver/poblacion/educacion.aspx?tema=me&e=30>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2020b). Religión de la población Mexicana <https://www.inegi.org.mx/temas/religion/>
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Comisión Nacional Contra las Adicciones Secretaría de Salud. (2015) *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes* [ENCODE] (2014). Reporte de Alcohol. México D.F.
http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/investigacion/ENCODE_ALCOHOL_2014.pdf
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública; Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud. (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco, 2016-2017: Reporte de Alcohol*. México, D.F.
https://encuestas.insp.mx/ena/encodat2017/reporte_encodat_alcohol_2016_2017.pdf
- Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], (2020). El consumo excesivo de alcohol en adolescentes. <https://www.insp.mx/avisos/el-consumo-excesivo-de-alcohol-en-adolescentes>.
- Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas; Institutos Nacionales de la Salud; Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (2020). *Las drogas, el cerebro y la conducta: bases científicas de la adicción*.
https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/soa_sp.pdf

- Lechuga Montenegro, Jesús, Ramírez Argumosa, Giovanna, & Guerrero Tostado, Maricruz. (2018). Educación y género. El largo trayecto de la mujer hacia la modernidad en México. *Economía UNAM*, 15(43), 110-139.
<https://doi.org/10.22201/fe.24488143e.2018.43.387>
- Marca Huatarungo, A. U. (2020). Consumo de alcohol y autocontrol en estudiantes de nivel secundaria de dos instituciones educativas de Villa El Salvador (Tesis de pregrado). Universidad Autónoma del Perú, Lima, Perú.
<http://repositorio.autonoma.edu.pe/handle/AUTONOMA/1319>
- Marqués-Sánchez, P., Quiroga Sánchez, E., Liébana-Presa, C., Fernández-Martínez, E., García-Rodríguez, I., & Benítez-Andrades, J. A. (2020). The consumption of alcohol by adolescent schoolchildren: differences in the triadic relationship pattern between rural and urban environments. *PloS one*, 15(11).
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241135>
- Marschall-Lévesque, S., Castellanos-Ryan, N., Vitaro, F., & Séguin, J. R. (2014). Moderators of the association between peer and target adolescent substance use. *Addictive behaviors*, 39(1), 48-70.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0306460313002955>
- McHugh, R. K., Votaw, V. R., Sugarman, D. E., & Greenfield, S. F. (2018). Sex and gender differences in substance use disorders. *Clinical Psychology Review*, 66, 12-23.
- Mendez-Ruiz, M. D., Ortiz-Moreno, G. A., Eligio-Tejada, I. A., Yáñez-Castillo, B. G., & Villegas-Pantoja, M. Á. (2018). Percepción del riesgo y consumo de alcohol en adolescentes de preparatoria. *Aquichan*, 18(4), 438-448.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). Guía sobre drogas. Secretaría General de Sanidad Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas de España.
https://www.girona.cat/adminwebs/docs/g/u/guia__drogas.pdf
- Movendi International. (2019). Cómo el alcohol afecta los ODS.

<https://movendi.ngo/news/2019/12/04/new-resource-how-alcohol-affects-the-sdgs/>

- Naciones Unidas. (2015). Transformar Nuestro Mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. https://unctad.org/system/files/official-document/ares70d1_es.pdf
- Naciones Unidas. (2018). La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe Santiago. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40155/24/S1801141_es.pdf
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (2014). Drinking Levels Defined (Informe). <https://www.niaaa.nih.gov/alcohol-health/overview-alcohol-consumption/moderate-binge-drinking>
- National Institute on Drug Abuse. (2021). Efectos del alcohol en la salud/Consumición de menores de edad. Actualizado en mayo de 2021. <https://www.niaaa.nih.gov/publications/brochures-and-fact-sheets/underage-drinking>
- Navalón-Mira, A., y Ruíz-Callado, R. (2017). Consumo de sustancias psicoactivas y rendimiento académico. Una investigación en estudiantes de educación secundaria obligatoria. *Salud y Drogas*, 17(1), 45-52.
- Nico, Y. (2004). El concepto skinneriano de autocontrol: un análisis teórico. *Pensamiento psicológico*, (2), 3. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4800688>
- Noh-Moo, P. M., Ahumada-Cortez, J. G., Gámez-Medina, M. E., López-Cisneros, M. A., & Castillo-Arcos, L. D. C. (2021). Autoestima, autoeficacia y consumo de alcohol en adolescentes de preparatoria. *Health & Addictions/Salud y Drogas*, 21(1). <https://doi.org/10.21134/haaj.v21i1.565>
- Oliva, A., Antolín-Suárez, L., & Rodríguez-Meirinhos, A. (2019). Descubriendo el vínculo entre el autocontrol, la edad y la inadaptación psicológica en

adolescentes y adultos jóvenes españoles. *Intervención Psicosocial*, 28, 49 - 55.

<https://doi.org/10.5093/pi2019a1>

Organización Mundial de la Salud. (1994). Glosario de términos de alcohol y drogas.

https://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2007). Segundo informe / Comité de Expertos de la OMS en Problemas Relacionados con el Consumo de Alcohol (2006)

https://www.who.int/substance_abuse/expert_committee_alcohol_trs944_spanish.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2018a). Nota descriptivas Alcohol.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>

Organización Mundial de la Salud. (2018b). El Consumo Nocivo de Alcohol Mata a más de 3 Millones de Personas al Año, en su Mayoría Hombres.

<https://www.who.int/es/news-room/detail/21-09-2018-harmful-use-of-alcohol-kills-more-than-3-million-people-each-year--most-of-them-men>

Organización Panamericana de la Salud. (2005). Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas 2004.

https://www.who.int/substance_abuse/publications/neuroscience_spanish.pdf

Organización Panamericana de la Salud. (2007). Alcohol y Salud Pública en las Américas, un caso para la acción.

https://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_public_health_americas_spanish.pdf

Organización Panamericana de la Salud. (2019). Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud 2018. Washington, D.C.

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51352/OPSNMH19012_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Palm, M. H., Latendresse, S. J., Chung, T., Hipwell, A. E., & Sartor, C. E. (2021). Patterns of bi-directional relations across alcohol use, religiosity, and self-control in adolescent girls. *Addictive behaviors*, 114, 106739. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106739>
- Pelechano, V. (1996). El análisis lingüístico contemporáneo: Los «grandes». En V. Pelechano (Dir.), *Psicología de la personalidad I. Teorías* (pp. 89-109). Barcelona: Ariel
- Puente, L. A. R., Castillo, B. A. A., Castillo, M. M. A., Castillo, M. T. A., García, N. A. A., & Rodríguez, N. N. O. (2016). Consumo de alcohol y tabaco en adolescentes. *SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)*, 12(4), 200-206.
- Rodríguez, M. T., & Tallet, B. (Eds.) (2009). *Historias de hombres y tierras: Una lectura sobre la conformación territorial del municipio de Playa Vicente, Veracruz*. IRD Éditions. https://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers18-07/010052483.pdf
- Salazar, M., Álvarez, A. C., Galarza, C., & Martínez, K. I. (2008). Inventario de situaciones de consumo de drogas en adolescentes rurales: construcción y características psicométricas. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 24(2), 191-208.
- Secretaría de Salud (1987). Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud, México. DOF 02-04-2014 <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
- Secretaría de Salud [SS]. (2009) Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones [NOM-028-SSA2-2009]. http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=2053271&fecha=31/12/1969
- Tangney, J. P., Baumeister, R.F., & Boone, A.L. (2004). High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. *Journal of*

Personality, 72, 271-324. <https://doi.org/10.1111/j.0022-3506.2004.00263.x>
https://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers18-07/010052483.pdf

Tegoma-Ruiz, V.M., & Cortaza-Ramírez, L. (2016). Prevalencia del consumo de alcohol en adolescentes de una secundaria de Coatzacoalcos, Veracruz. *Enfermería Universitaria*, 13(4),239-245.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358748563007>

Telumbre Terrero, J. Y., Lopez Cisneros, M. A., Noh Moo, P. M., Villanueva Echavarría, J. R., & Torres Obregón, R. (2018). Autoestima y consumo de alcohol en adolescentes de secundaria de Ciudad del Carmen, Campeche. *Sanus*, (6), 20-31. <https://biblat.unam.mx/hevila/Sanus/2018/no6/3.pdf>

Triadó, C., Villar, F., Solé, C., Celdrán, M., Pinazo, S., & Conde, L. (2009). Los abuelos/as cuidadores de sus nietos: percepción de ayudas recibidas, conductas problemáticas de los nietos y satisfacción con el rol. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 3(1), 497-505.

<https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832322055.pdf>

Walters, K. J., Simons, J. S., & Simons, R. M. (2018). Self-control demands and alcohol-related problems: Within- and between-person associations. *Psychology of addictive behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 32(6), 573–582. <https://doi.org/10.1037/adb0000387>

Apéndice

Apéndice A

Cedula de Datos Personales y Prevalencias de Consumo de Alcohol (CDPPCA)

Instrucciones: A continuación, se te harán unas preguntas sobre tus datos personales y si consumes alcohol y cada cuando, en algunas preguntas solo completa los datos y en otras marca con una X tu respuesta. La información que se proporcione en este formato será completamente anónima y confidencial, por lo cual se solicita tu colaboración para contestar todas las preguntas que se presentan a continuación.

I.- Datos personales

- 1.- ¿Cuántos años tienes? ____ años
- 2.- ¿Cuál es tu Sexo?: Mujer () Hombre ()
- 3.- ¿Cuántos años ha estudiado de manera formal? ____ años
- 4.- ¿Qué año escolar cursas de la secundaria? Primero () Segundo () Tercero ()
- 5.- ¿Cuál es tu religión actualmente? Católico__ Testigo de Jehová__ Cristiano__
Otro _____
- 6.- ¿Cuál es tu ocupación actual?: Solo estudio__ Estudio y trabajo__
Si trabaja, responde la siguiente pregunta ¿En que trabaja?
Siembra () Pesca () Ganadería () Cortadores de frutas () Albañilería ()
Ayudante en tiendas comerciales () Ayuda en negocio de la familia ()
Otros _____
- 7.- Con quien vive actualmente: Papá y mamá __ Solo con mamá __ Solo con papá__
Con papá y su pareja__ Con mamá y su pareja__ Con amigos__
Con familiares o parientes__

II.- Prevalencias de Consumo de Alcohol

Instrucciones: Lee por favor cuidadosamente cada una de las preguntas relacionadas con el consumo de alcohol y contesta lo que más se apegue a tu realidad, en algunas preguntas solo completa los datos y en otras marca con una X tu respuesta. La información que proporciones es totalmente confidencial y anónima.

Has consumido Alcohol (cerveza, vino, licor, aguardiente, tequila, bebidas preparadas)	8- ¿Has consumido alcohol alguna vez en la vida?		9. ¿Has consumido alcohol en el último año?		10. ¿Has consumido alcohol en el último mes?		11. ¿Has consumido alcohol en la última semana?	
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
	12. ¿A qué edad iniciaste a consumir alcohol? _____		13. ¿Cuántas bebidas alcohólicas consumes en un día típico? _____		14. ¿Qué tan frecuente consumes alcohol? 1) Diario 2) 4 o más veces por semana 3) 2 o 3 veces por semana 4) 2 o 4 veces al mes 5) 1 vez al mes 6) No consumo			

15. Señala tu bebida alcohólica preferida marcando con una X:

a) Cerveza___ b) Vino___ c) Licor___ d) Bebidas alcohólicas preparadas___ e) Otros_

Apéndice B

Escala de Autocontrol-Abreviada (EAC-A)

Instrucciones: Las preguntas en esta escala hacen referencia a tus sentimientos y pensamientos sobre tu habilidad para inhibir y regular impulsos socialmente inaceptables. Lee detalladamente, por favor indique con una “X” la respuesta más acorde a tu realidad. La información que proporcionas en este formato será completamente anónima y confidencial, por lo cual se solicita tu colaboración para contestar todas las preguntas que se presentan a continuación.

Reactivo	Estoy totalmente en desacuerdo	Estoy en desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	Estoy de acuerdo	Estoy totalmente de acuerdo
1. Soy bueno/a para resistir tentaciones	1	2	3	4	5
2. Me cuesta trabajo romper o dejar hábitos	1	2	3	4	5
3. Hago algunas cosas que son malas para mí porque son divertidas	1	2	3	4	5
4. Rechazo las cosas que son malas para mí	1	2	3	4	5
5. Me gustaría tener más disciplina	1	2	3	4	5
6. La gente diría que tengo mucha disciplina	1	2	3	4	5
7. Tengo problemas para concentrarme	1	2	3	4	5
8. Soy capaz de trabajar bien para conseguir objetivos a largo plazo	1	2	3	4	5
9. A veces no soy capaz de dejar de hacer algo, aunque sepa que está mal.	1	2	3	4	5
10. A veces actúo sin considerar todas las opciones.	1	2	3	4	5
11. Soy perezoso/a o flojo/a.	1	2	3	4	5
12. Digo cosas inadecuadas o inapropiadas.	1	2	3	4	5
13. El placer y la diversión a veces me distraen y me impiden hacer bien mis tareas escolares.	1	2	3	4	5

Apéndice C

Cuestionario de Identificación de Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT)

Instrucciones: A continuación, se plantean algunas preguntas sobre el consumo de alcohol. Lee detalladamente y subraya la respuesta más acorde a tu realidad. La información será completamente anónima y confidencial.

<p>1.- ¿Qué tan frecuente ingieres bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, bebidas preparadas, tequila, vodka, whisky, etc.)</p> <p>0) Nunca 1) Una o menos veces al mes 2) De 2 a 4 veces al mes 3) De 2 a 3 veces a la semana 4) 4 o más veces a la semana</p>	<p>2.- ¿Cuántas cervezas o copas de bebida alcohólica sueles tomar en un día típico de los que bebes?</p> <p>0) 1 o 2 1) 3 o 4 2) 5 o 6 3) 7 a 9 4) 10 o más</p>
<p>3.- ¿Con qué frecuencia tomas 5 o más bebidas alcohólicas en una misma ocasión?</p> <p>0) Nunca 1) Menos de una vez al mes 2) Mensualmente 3) Semanalmente 4) A diario o casi a diario</p>	<p>4.- Durante el último año ¿con qué frecuencia no pudiste parar de beber bebidas alcohólicas una vez que habías comenzado?</p> <p>0) Nunca 1) Menos de una vez al mes 2) Mensualmente 3) Semanalmente 4) A diario o casi a diario</p>
<p>5.- Durante el último año ¿con qué frecuencia dejaste de hacer algo que debías haber hecho por beber alcohol?</p> <p>0) Nunca 1) Menos de una vez al mes 2) Mensualmente 3) Semanalmente 4) A diario o casi a diario</p>	<p>6.- Durante el último año ¿con qué frecuencia bebiste alcohol por la mañana después de haber bebido en exceso el día anterior?</p> <p>0) Nunca 1) Menos de una vez al mes 2) Mensualmente 3) Semanalmente 4) A diario o casi a diario</p>
<p>7.- Durante el último año ¿con qué frecuencia tuviste remordimiento o te sentiste culpable después de haber bebido alcohol?</p> <p>0) Nunca 1) Menos de una vez al mes 2) Mensualmente 3) Semanalmente 4) A diario o casi a diario</p>	<p>8.- Durante el último año ¿con qué frecuencia no pudiste recordar lo que sucedió o algo de lo que pasó cuando estabas bebiendo alcohol?</p> <p>0) Nunca 1) Menos de una vez al mes 2) Mensualmente 3) Semanalmente 4) A diario o casi a diario</p>
<p>9.- ¿Te has lastimado o alguien ha resultado lastimado como consecuencia de tu ingestión de alcohol?</p> <p>0) No 2) Sí, pero no en el último año 4) Sí, en el último año</p>	<p>10.- ¿Algún familiar, amigo o médico se ha mostrado preocupado por la forma en que bebes o te han sugerido que le bajes a tu forma de beber alcohol?</p> <p>0) No 2) Sí, pero no en el último año 4) Sí, en el último año</p>

Apéndice D

Consentimiento Informado para Padres o Tutores

Título de proyecto: Autocontrol percibido y consumo de alcohol en adolescentes escolarizados de una zona rural

Estudiante Autor Principal: Brenda Soledad Clara Carrera

Director de Tesis: Dra. María Magdalena Alonso Castillo

Estimado(a) Señor/Señora:

Introducción/Objetivo:

Estoy realizando un estudio como parte de mis estudios de Maestría en Ciencias de Enfermería. El objetivo es conocer cómo controlan las reacciones los adolescentes como su hijo o hija y si consumen alcohol los adolescentes que estudian secundaria. El estudio se realizará en la Telesecundaria en la localidad de Nuevo Ixcatlán perteneciente al municipio de Playa Vicente Veracruz.

Procedimientos:

Si Usted acepta la participación de su hijo(a) en el estudio, ocurrirá lo siguiente: Se invitará a los alumnos a participar en dicho estudio, se les dará la información necesaria para que estén enterados de que trata, si Usted acepta que su hijo(a) participe en este estudio, le pediremos que firme este formulario de consentimiento informado y lo envíe con su hijo al siguiente día y lo entregue al autor del estudio, el cual procederá a entregarle a su hijo o hija un sobre que contenga los cuestionarios que va a responder; la duración aproximada para contestar los dos cuestionarios y una cedula será de 20 minutos aproximadamente. La aplicación de los cuestionarios será en un área asignada por las autoridades del plantel en un horario que no perjudicará al alumno en sus clases. Se le realizarán algunas preguntas acerca de cómo controlan sus reacciones y algunas preguntas sobre el consumo de alcohol. Le aclaramos que la aplicación de los cuestionarios será realizada por personal capacitado.

Posibles Riesgos Potenciales/Compensación:

No existen riesgos relacionados con la participación de su hijo hija en este estudio. Sin embargo, si alguna de las preguntas le hiciera sentir un poco incómodo(a), a su hijo(a), tiene el derecho de cancelar su participación o bien detener su participación y reiniciar a contestar cuando su hijo o hija lo indique. Si la decisión es retirarse del estudio lo podrá hacer cuando él o ella lo deseen. Usted y su hijo(a) no recibirán ningún pago por participar en el estudio, y tampoco implicará algún costo para usted.

Beneficios:

Ni Usted ni su hijo(a) recibirán un beneficio directo inmediato por su participación en el estudio, sin embargo, si usted acepta participar, esto permitirá en un primer momento conocer cómo controlan los adolescentes sus reacciones y si existe consumo de alcohol. Esta información posiblemente en un futuro se considere como elemento sustancial para el diseño de intervenciones de enfermería enfocadas a la prevención del consumo de alcohol en los adolescentes y fortalecer el control de las reacciones.

Compensación: No se dará ninguna compensación por participar en el estudio, sin embargo, estará colaborando para conocer cómo controlan los adolescentes sus reacciones y si existe consumo de alcohol en estudiantes que estudian secundaria

Confidencialidad:

Toda la información que Usted y su hijo proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por la autora principal del estudio para realizar su tesis de maestría y no estará disponible la información para ningún otro propósito y para ninguna persona.

Autorización para el uso y distribución de la información para la investigación:

Ninguna información sobre su hijo(a) dada por él o ella durante el estudio será distribuida a otros; es decir, sus respuestas no serán reveladas a maestros y directivos de la escuela, así como a compañeros o padres de familia. De ninguna manera sus

respuestas pueden ser identificadas, ya que, en los cuestionarios a responder, no se solicitará su nombre ni dirección. Sin embargo, los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrán ser identificados(as) los datos de su hijo o hija.

Participación Voluntaria/Retiro:

La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a dejar participar a su hijo(a). Su decisión de participar o de no participar no afectará de ninguna manera la formación académica actual o futura de su hijo(a) en la Telesecundaria. Si decide que su hijo(a) participe, está en libertad para retirarse en cualquier momento sin que esto afecte esa relación.

Preguntas:

Si tiene alguna pregunta sobre sus derechos de su hijo o hija como participante en el estudio, por favor comuníquese a la Subdirección de Investigación de la Facultad de Enfermería de la UANL ubicada en la Ave. Gonzalitos #1500, Col. Mitras Centro en la Cd. De Monterrey, Nuevo León, o bien, al correo electrónico: investigación.fae@gmail.com y a los Teléfono 83-48-63-28 y 83-48-18-47 ext. 111, donde debe solicitar hablar con el Presidente del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la UANL, en un horario de 9:00 a 16:00 hrs. Si usted acepta que su hijo participe en el estudio, le entregaremos una copia de este documento que le pedimos sea tan amable de firmar. Se deberá firmar el formato por el padre de familia o tutor y dos testigos que usted decida ya sean vecinos, familiares o profesores de la telesecundaria, se entregará un duplicado de formato de consentimiento informado, así como la hoja de firmas.

Consentimiento del padre/madre o tutor para su participación y la de su hijo(a)

Yo voluntariamente autorizo para que mi hijo(a) participe en este estudio y que se colecte información sobre su persona. Yo he leído la información en este formato y todas mis preguntas han sido respondidas. Aunque estoy aceptando la participación de

mi hijo(a) en este estudio, no estoy renunciando a ningún derecho. Su firma indica su aceptación para que su hijo (a) participe voluntariamente en el presente estudio.

Firma del padre de familia o tutor

Fecha

Día / Mes / Año

Firma del autor del estudio

Fecha

Día / Mes / Año

Firma Testigo 1

Firma Testigo 2

Apéndice E

Carta de Asentimiento

Título de proyecto: Autocontrol percibido y consumo de alcohol en adolescentes escolarizados de una zona rural

Estudiante Autor principal: Brenda Soledad Clara Carrera

Director de Tesis: Dra. María Magdalena Alonso Castillo

Mi nombre es Brenda Soledad Clara Carrera soy estudiante de la Facultad de Enfermería de la UANL. Actualmente estoy realizando un estudio de Maestría en Ciencias de Enfermería para conocer si pueden controlar sus reacciones y si consumen alcohol los adolescentes que estudian en la telesecundaria y para ello queremos pedirte que participes.

Tu participación en el estudio consistiría en:

1. Responder 3 cuestionarios con un tiempo estimado de 20 minutos.
2. Dichos instrumentos se aplicarán en un área asignada por las autoridades del plantel en un horario que no les perjudique a ustedes.
3. Al finalizar de contestar los cuestionarios te suplicamos contestar todas las preguntas y por favor en el mismo sobre donde se entregarán los cuestionarios allí volver a guardarlos y por último te pedimos colocar el sobre con los cuestionarios en la caja que se encontrará en la parte posterior del aula.

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando alguno de tus padres haya dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que, si en un momento del estudio ya no quieres continuar, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema, y será tu decisión continuar o no en el estudio.

Toda la información que proporcionas me ayudará para presentar mi tesis de maestría y posiblemente en un futuro se considere como elemento sustancial para el diseño

de intervenciones de enfermería enfocadas a la prevención del consumo de alcohol en los adolescentes y fortalecer el control de las reacciones.

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una (X) en el cuadrado de abajo que dice “Sí quiero participar” y escribe tu nombre.

Si no quieres participar, no pongas ninguna (X), ni escribas tu nombre.

Sí quiero participar y escribe tu nombre

Nombre: _____

Nombre y firma de la persona que recibe o obtiene el asentimiento:

Fecha: a _____ de _____ de _____

Apéndice F

Carta de Solicitud de Autorización a la Institución Educativa



UANL
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



Secretaría de Investigación
SI-125/2022

MTRO. RODOLFO DE JESÚS VILLAGRANA PALACIOS
Director de la Telesecundaria Cultura y Progreso Clave: 30DTV0320A
Nuevo Ixcatlián, perteneciente al Municipio de Playa Vicente, Veracruz
Presente.-

Por medio de la presente reciba un cordial saludo, asimismo me permito solicitar a Usted de la manera más atenta su autorización para que la estudiante **LIC. BRENDA SOLEDAD CLARA CARRERA** quien cursa el **Programa de Maestría en Ciencias de Enfermería** que se oferta en esta Facultad, pueda recolectar datos, para la prueba piloto, de su estudio de tesis titulado **"AUTOCONTROL PERCIBIDO Y CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS DE UNA ZONA RURAL"**. De ser favorecida con esta petición, consistirá en la aplicación de los siguientes instrumentos¹) Cédula de Datos Personales Prevalencias de Consumo de Alcohol (CDPPCA), 2) Escala de Autocontrol Breve de 13 ítems (EAC-A) y 3) Cuestionario de Identificación de Trastornos debidos al Consumo de Alcohol [AUDIT], la aplicación de estos instrumentos serán a adolescentes que asisten a la institución que Usted dignamente dirige. Asimismo, me permito hacer de su conocimiento que dicho proyecto será revisado por el Comité de Investigación y de Ética en Investigación de esta Facultad de Enfermería.

Agradezco las atenciones que se sirva brindar a la presente y en espera de una respuesta favorable a esta solicitud, aprovecho la oportunidad para reiterarle mi más atenta y distinguida consideración.

Atentamente,
"Alere Flammam Veritatis"
Monterrey Nuevo León, 29. de Marzo de 2022



S.E.V
Gest. de Educ. Sec.
de TELESECUNDARIA
C TELESECUNDARIA
CULTURA Y PROGRESO
Clave 30DTV0320A
NUEVO IXCATLIÁN,
Playa Vicente Ver.



DRA. KARLA SELENE LÓPEZ GARCÍA
Secretario de Investigación



SECRETARIA DE INVESTIGACION



VISION UANL 2030
CONSEJO DE LA CALIDAD PARA TRANSFORMAR Y FORTALECER NUESTRO PAÍS EN LA EDUCACIÓN



La excelencia por principio la educación como instrumento

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
Ave. Dr. José Eleuterio González 1500, Col. Mitras Centro, Monterrey, Nuevo León, México C.P. 64460
+52 81 8348 8943

Resumen Autobiográfico

Lic. Brenda Soledad Clara Carrera

Candidata para obtener el grado de Maestría en Ciencias de Enfermería

Tesis: AUTOCONTROL PERCIBIDO Y CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS DE UNA ZONA RURAL

LGAC: Prevención de Adicciones: Drogas Lícitas e Ilícita

Biografía: Nacida en Arroyo León perteneciente al municipio de Playa Vicente, Veracruz el 13 de febrero de 1995, es hija de la Sra. Higinia Carrera Pedro y del Sr. Valentín Clara Cruz.

Educación: Egresada de la Universidad del Papaloapan, Campus Tuxtepec Oaxaca, como Licenciada en Enfermería en el año 2018.

Becario del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología para realizar estudios de Maestría en Ciencias de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, en el periodo 2021-2023.

Experiencia laboral: Pasante del Servicio social realizado en el Hospital General Amigo de la Madre y del Niño, de Tuxtepec Oaxaca, de Julio 2018 – Julio 2019.

Enfermera general del Laboratorio Humana en San Juan Bautista Tuxtepec Oaxaca, de Agosto 2018 – Abril 2020.

Enfermera general de la agencia de enfermería Nurse Life en Monterrey Nuevo León, de Mayo 2020 – Enero 2021.

Correo electrónico

bs_carrera13@hotmail.com