



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD

PROYECTO TERMINAL

**ESQUEMAS DESADAPTATIVOS Y CONSUMO DE ALCOHOL
COMO PREDICTORES SIGNIFICATIVOS DE CONDUCTA VIOLENTA
EN JÓVENES DEL ESTADO DE HIDALGO**

Para obtener el grado de
Maestra en Psicología de la Salud

PRESENTA

Lic. Adriana Herrera Palacios

Director de Tesis:
Dr. Rubén García Cruz

Co-directora de tesis:
Dra. Angélica Romero Palencia

San Agustín Tlaxiaca, Hgo., México, junio de 2022



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
 Instituto de Ciencias de la Salud
 School of Medical Sciences
 Área Académica de Psicología
 Department of Psychology

12 de mayo de 2022
 ICSa/MPS/073/2022

Asunto: Asignación de Jurado de Examen

Adriana Herrera Palacios
Alumno de la Maestría en Psicología de la Salud
Presente

Por medio de este conducto le comunico el jurado que le fue asignado a su Tesis titulada "Esquemas desadaptativos y consumo de alcohol como predictores significativos de conducta violenta en jóvenes del Estado de Hidalgo", con el cual obtendrá el **Grado de Maestra en Psicología de la Salud**. Después de revisar la tesis mencionada y haber realizado las correcciones acordadas, han decidido autorizar la impresión de la misma.

A continuación, se anotan las firmas de conformidad de los integrantes del jurado:

PRESIDENTE	Dr. David Jiménez Rodríguez	
SECRETARIO	Dra. Norma Angélica Ortega Andrade	
PRIMER VOCAL	Dr. Rubén García Cruz	
SUPLENTE	Dra. Angélica Romero Palencia	
SUPLENTE	Dr. Jesús Javier Higareda Sánchez	

Sin otro en particular, reitero a usted la seguridad de mi atenta consideración.

Atentamente
 "Amor, Orden y Progreso"

M. C. Esp. Adrián Moya Escalera
 Director del Instituto de Ciencias de la Salud
 Dean

Dra. Lydia López Pontigo
 Coordinadora de Posgrado del ICSa
 Director of Graduate Studies of ICSa

C.c.p. Archivo
 LEBB



Dra. Rebeca Ma. Elena Guzmán Saldaña
 Jefe del Área Académica de Psicología
 Chair of the Department of Psychology

Dra. Lilián Elizabeth Bosques Brugada
 Coordinadora del Programa Educativo
 Director of Graduate Studies

ÁREA ACADÉMICA DE PSICOLOGÍA

Circuito ex-Hacienda La Concepción s/n
 Carretera Pachuca Actopan, San Agustín
 Tlaxiaca, Hidalgo, México, C.P. 42160
 Teléfono: 52 (771) 71 720 00
 Ext. 4325, 4313, 4326
 psicologia@uaeh.edu.mx

www.uaeh.edu.mx



Este proyecto de investigación se realizó con el apoyo del Programa Nacional de Posgrados de Calidad **(PNPC)** y el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología **(CONACYT)** encargados de promover el avance de la investigación científica, bajo el proyecto denominado “Esquemas desadaptativos y consumo de alcohol como predictores significativos de conducta violenta” con el **Número de apoyo 761771**. Bajo la responsabilidad del Dr. García-Cruz y revisión de la Dra. Romero-Palencia, Dr. Higuera-Sánchez, Dr. Jiménez-Rodríguez y Dra. Ortega-Andrade como parte del cuerpo académico salud emocional **(UAEH-ICSA)** de la Maestría en Psicología de la Salud orientada a la investigación con número de cuenta **109934**.

*“Cuando hacemos lo mejor que podemos,
nunca sabemos qué milagro se obrará en nuestra vida o en la vida de otro”*

Helen Keller

Agradecimientos

Agradezco profundamente a todas las personas que hicieron posible el desarrollo del presente trabajo, al Dr. Rubén García Cruz y a la Dra. Angelica Romero Palencia quienes me acompañaron y me ayudaron a solventar cada uno de los obstáculos que se presentaron a lo largo de este proyecto, al Dr. Jesús Javier Higareda que me orientó con su conocimiento, a la Dra. Norma Angelica Ortega Andrade y al Dr. David Jiménez Rodríguez por su meticulosa revisión y apoyo continuo para la mejora del presente trabajo.

Y agradezco especialmente a mi familia por su apoyo incondicional, por motivarme aun en momentos difíciles y por recordarme que lo más importante en la vida es buscar sentido a lo que hacemos, intentando que nuestras acciones contribuyan al desarrollo y/o bienestar común.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1. CONSUMO DE ALCOHOL	3
1.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL CONSUMO DE ALCOHOL	3
1.2 EPIDEMIOLOGÍA	5
1.3 PATRONES DE CONSUMO DE ALCOHOL	8
1.4 FACTORES DE RIESGO	13
1.5 PRINCIPALES CONSECUENCIAS ASOCIADAS AL CONSUMO DE ALCOHOL	16
1.6 TEORÍAS Y MODELOS EXPLICATIVOS DEL CONSUMO NOCIVO DE ALCOHOL	20
1.7 EVALUACIÓN	25
1.8 CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES	28
CAPÍTULO 2. VIOLENCIA	38
2.1 CONCEPTO DE VIOLENCIA	38
2.2 EPIDEMIOLOGÍA Y DATOS DEL CONTEXTO	39
2.3 FORMAS DE LA VIOLENCIA	42
2.4 FACTORES DE RIESGO	44
2.5 EVALUACIÓN	48
2.6 CONSUMO DE ALCOHOL Y VIOLENCIA	49
CAPÍTULO 3. ESQUEMAS DESADAPTATIVOS	52
3.1 MODELO DE ESQUEMAS DESADAPTATIVOS TEMPRANOS (EDT)	52
3.2 ESQUEMAS DESADAPTATIVOS TEMPRANOS (EDT)	54
3.3 DOMINIOS DE ESQUEMAS Y LOS ESQUEMAS TEMPRANOS DESADAPTATIVOS.	58
3.4 OPERACIONES DE LOS ESQUEMAS Y ESTILOS DE AFRONTAMIENTO DESADAPTATIVO.	61
3.5 MODOS DE LOS ESQUEMAS	63
3.6 EVALUACIÓN	66
CAPÍTULO 4. ESQUEMAS DESADAPTATIVOS TEMPRANOS ASOCIADOS CON LA INGESTA DE ALCOHOL Y CONDUCTA VIOLENTA EN JÓVENES	70
CAPÍTULO 5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y MÉTODO	84
FASE 1: VALIDACIÓN DEL YSQ- LS3	88
RESULTADOS	92
FASE 2. MODELO PREDICTIVO DE CONDUCTA VIOLENTA EN JÓVENES HIDALGUENSES	104
RESULTADOS	110
DISCUSIÓN	120
CONCLUSIONES	126
REFERENCIAS	128
ANEXOS	145

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1	
CRITERIOS DSM V PARA EL DIAGNÓSTICO DE UN TRASTORNO POR EL USO DE ALCOHOL	12
TABLA 2	
DOMINIOS Y ESQUEMAS TEMPRANOS DESADAPTATIVOS	60
TABLA 3	
ESTUDIOS QUE RELACIONAN LAS VARIABLES: ESQUEMAS DESADAPTATIVOS TEMPRANOS, CONSUMO DE ALCOHOL Y VIOLENCIA	79
TABLA 4	
DEFINICIÓN DE VARIABLES: FASE 1	89
TABLA 5	
ANÁLISIS FACTORIAL EXPLORATORIO	94
TABLA 6	
FACTORES ADAPTACIÓN DEL YSQ-S3	98
TABLA 7	
DEFINICIÓN DE VARIABLES: FASE 2	106
TABLA 8	
COMPARACIÓN DE MEDIAS GRUPO RIESGO BAJO Y MODERADO-ALTO Y PRUEBA T	112
TABLA 9	
CORRELACIÓN ENTRE LOS ESQUEMAS DESADAPTATIVOS Y LAS VARIABLES DEPENDIENTES POR GRUPOS	116
TABLA 10	
YSQ-S3 COMO PREDICTOR SIGNIFICATIVO DE HOSTILIDAD	117
TABLA 11	
ESQUEMA DE IMPERFECCIÓN COMO PREDICTOR SIGNIFICATIVO DE HOSTILIDAD	118
TABLA 12	
ESQUEMA DE AISLAMIENTO SOCIAL COMO PREDICTOR SIGNIFICATIVO DE HOSTILIDAD	118
TABLA 13	
ESQUEMA DE ABANDONO COMO PREDICTOR SIGNIFICATIVO DE HOSTILIDAD	119
TABLA 14	
ESQUEMAS DESADAPTATIVOS TEMPRANOS COMO PREDICTORES SIGNIFICATIVOS DE CONDUCTA VIOLENTA	145
TABLA 15	

ESQUEMA DE IMPERFECCIÓN COMO PREDICTOR SIGNIFICATIVO DE CONDUCTA VIOLENTA	146
TABLA 16	
ESQUEMA DE PRIVACIÓN EMOCIONAL COMO PREDICTOR SIGNIFICATIVO DE CONDUCTA VIOLENTA	147
TABLA 17	
ESQUEMA DE ABANDONO COMO PREDICTOR SIGNIFICATIVO DE CONDUCTA VIOLENTA	148
TABLA 18	
ESQUEMA DE INHIBICIÓN EMOCIONAL COMO PREDICTOR SIGNIFICATIVO DE CONDUCTA VIOLENTA	149
TABLA 19	
ESQUEMA DE GRANDIOSIDAD COMO PREDICTOR SIGNIFICATIVO DE CONDUCTA VIOLENTA	150
TABLA 20	
ESQUEMA DE PUNITIVIDAD COMO PREDICTOR SIGNIFICATIVOS DE CONDUCTA VIOLENTA	151
TABLA 21	
ESQUEMA DE DEPENDENCIA COMO PREDICTOR SIGNIFICATIVO DE CONDUCTA VIOLENTA	152
TABLA 22	
ESQUEMAS AISLAMIENTO SOCIAL COMO PREDICTOR SIGNIFICATIVO DE CONDUCTA VIOLENTA	153
TABLA 23	
ESQUEMA DE FRACASO COMO PREDICTOR SIGNIFICATIVO DE CONDUCTA VIOLENTA	154
TABLA 24	
ESQUEMA DE AUTOSACRIFICIO COMO PREDICTOR SIGNIFICATIVO DE CONDUCTA VIOLENTA	155

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1	
PRINCIPIOS APRENDIZAJE SOCIAL DE BANDURA Y CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES	24
FIGURA 2	
DIAGRAMA PROCESO DE LA INVESTIGACIÓN	87

Esquemas Desadaptativos y Consumo de Alcohol como Predictores Significativos de Conducta Violenta en Jóvenes del Estado de Hidalgo

Introducción

La violencia interpersonal asociada a la ingesta de bebidas etílicas es considerada como un asunto relevante para la salud pública (Otero et al., 2018). A escala mundial, aproximadamente, cada año se presentan 3 millones de defunciones asociadas directamente con la ingesta de bebidas embriagantes, y de estas aproximadamente el 30% se debió a traumatismos (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018). Referente a la violencia, se ha estimado que cada año, se mueren 200,000 personas con edades entre los 10 y los 29 años, siendo el homicidio la cuarta causa de muerte en jóvenes a nivel mundial, además debe considerarse que, por cada homicidio, bastantes jóvenes más presentan lesiones (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2016).

Son diversas las formas cómo se relacionan el alcohol y la violencia. Las funciones físicas y cognitivas son alteradas debido al consumo de alcohol. Por ello, las personas ebrias presentan un mayor riesgo de recurrir a la violencia, ya que tienen problemas con el autocontrol y para procesar la información que reciben, volviéndolas más vulnerables también para los agresores, pues les será más difícil reconocer señales de peligro en situaciones donde la violencia se encuentra latente (OPS, 2016; Otero et al., 2018). Se estima que cerca de la mitad de los crímenes violentos son realizados por personas en estado de ebriedad (Otero et al., 2018).

De acuerdo con la teoría de los Esquemas Desadaptativos Tempranos, (McGinn & Young, 1996, como se cita en Huerta et al., 2017), los entornos estresantes que tienen un significado relevante o peculiar para cada esquema cognitivo ocasionan que estos se accionen, generando

emociones y reacciones físicas sumamente intensas. Dependiendo el contenido de cada esquema, éstos orientan finalmente el comportamiento del individuo. Conduciendo al sujeto, a una serie de problemas psicológicos. Como medida de prevención es necesario investigar factores de riesgo y de protección de la violencia y del consumo de alcohol que coadyuven a ampliar la explicación teórica y metodológica de estos problemas de salud. La presente investigación pretende aportar información para la futura generación de protocolos de intervención, considerando que la teoría de los esquemas proporciona una orientación para intervenciones clínicas.

La distribución del presente trabajo mantiene la siguiente estructura: El capítulo 1, presenta los antecedentes del consumo de alcohol, epidemiología, patrones de consumo, factores de riesgo, principales consecuencias asociadas a la ingesta de alcohol, teorías y modelos explicativos, los instrumentos que permiten evaluar el consumo y los problemas asociados al alcohol y estudios sobre el consumo de alcohol en la adolescencia y juventud. Posteriormente, en el capítulo 2, se abordarán generalidades de la violencia, datos epidemiológicos, tipos de violencia, factores de riesgo, instrumentos para evaluar la conducta violenta y los principales hallazgos que han logrado vincular al consumo de alcohol con la conducta violenta. El capítulo 3 permitirá al lector comprender el Modelo de los Esquemas Desadaptativos Tempranos conocer su definición y origen, familiarizarse con términos propios del modelo, tales como: dominios, operaciones y modos de esquemas, así como, con los instrumentos desarrollados para su evaluación. En el capítulo 4, se pretende mostrar la integración de las variables mencionadas: consumo de alcohol, esquemas desadaptativos y violencia, mediante una búsqueda sistemática. Finalmente, el capítulo 5 presenta desarrollo práctico del estudio, fundamentado en dos fases, la primera fase permitió validar el cuestionario de esquemas desadaptados y la segunda, determinar si los esquemas desadaptados podrían ser predictores significativos de conducta violenta en jóvenes universitarios que presentan un consumo de riesgo bajo y moderado-alto de alcohol.

Capítulo 1. Consumo de Alcohol

1.1 Antecedentes Históricos del Consumo de Alcohol

El etanol es una materia con propiedades psicoactivas que pueden generar dependencia, para elaborarlo se requiere de: agua, azúcares y levaduras (un tipo de bacterias), así como, una temperatura determinada. La fermentación es el proceso a través del cual estos elementos se mezclan para formar el alcohol. En diversas culturas, este producto se ha utilizado ampliamente, su uso data desde el año 8000 a.C. con el consumo de hidromiel que era una bebida parecida a la cerveza elaborada con miel fermentada (Muñoz, 2010; OMS, 2018).

Posteriormente, 6000 años a.C. los egipcios ya contaban con destilerías y agradecían a Osiris por el don del vino. Los griegos, por su parte, bebían frecuentemente vino, dando gracias a Dionisio o a Baco por su intervención, de aquí surge el término bacanal para referirse a una celebración en la que se beberán grandes cantidades alcohol. Los romanos siguieron este hábito desarrollando cinco términos diferentes para hacer referencia al alcohol en la biblia (Brailowsky, 2010).

De acuerdo con Campollo (2009), en el caso de México el antecedente del uso de alcohol parte desde las culturas mesoamericanas prehispánicas, en donde fue usado en situaciones de orden religioso por los Sacerdotes de Mayahuel, quienes tenían el permiso del uso de mieles fermentadas del maguey (*octli*), hoy conocido como pulque.

Durante este periodo, de acuerdo con el calendario *tonalpohualli*, había múltiples festividades en donde era legítimo la ingesta de alcohol. De acuerdo con el calendario *xiuhpohualli*, aquellas personas que nacieran en la fecha *ome totchli*, también conocida como dos conejos, debían beber pulque sin tener otra opción: el poder de los dioses de la embriaguez, los cuatrocientos conejos, se

internaba de manera tal que pronosticaba un estado de ebriedad como destino de estas personas (Machín, 2015).

Asimismo, los mayas bebían una sustancia con el nombre de balché, se preparaba con una infusión de la corteza de un árbol nativo de América que lleva el mismo nombre, mezclado con miel. La embriaguez era conectada con el uso de la clarividencia, una costumbre que permitía la conexión directa con las ánimas y energías para tener la capacidad de predecir o comprender situaciones que no podían asimilarse de otra forma (Carod-Artal, 2015).

Aquel que abusaba de su consumo era penado, llegando hasta la ejecución, si volvía a reincidir. Durante la misma época, también se llegó a usar como depresivo o sustancia anestésica que administraban a las futuras víctimas del sacrificio humano (Campollo, 2009).

La sociedad afrontó conflictos por el abuso de alcohol, a lo largo de los siglos XVII y XVIII, de tal manera que la ebriedad fue acusada de generar diversos de los problemas sociales que se vivían, tales como miseria, hurto, vagabundeo, homicidio, riñas, rebeliones, etc. Razón por la cual las autoridades virreinales, generaron ordenes jurídicas, de acuerdo con ellas se exigía sancionar severamente a todo aquel que bebiera en exceso o incurriera en algún tipo de crimen, así mismo aplicaron reglamentaciones para los establecimientos que vendieran alcohol. Sin embargo, a través del tiempo algunos agentes sociales convirtieron la ingesta de bebidas alcohólicas en una conducta cotidiana, la cual se mantiene hasta nuestros días (Mendoza, 2017).

La ingesta nociva de alcohol es una conducta que tiene sus orígenes desde la época prehispánica y puede llegar a generar importantes consecuencias sociales, de salud, económicas e incluso trastornos relacionados con su uso. Razón por la cual resulta imprescindible revisar su prevalencia a través de datos epidemiológicos que permitan dimensionar la extensión de este problema de salud.

1.2 Epidemiología

De acuerdo con la OPS (2019), actualmente de manera global, el 44.8% del alcohol total consumido es bebido en licor o bebidas etílicas puras, el 34.3% es consumido en cervezas y un 11.7% en vinos. Asimismo, se calcula que en el mundo el total de ingesta de alcohol per cápita, en individuos con más de 15 años de edad, aumentó de 5.5 litros de alcohol puro en el 2005 a 6.4 litros en 2010 manteniéndose de esta manera hasta el 2016, lo que indica que en promedio cada persona mayor de 15 años consume aproximadamente 6.4 litros de alcohol puro por año.

Es importante considerar que se estima un incremento en el consumo a nivel mundial de 6.6 litros per cápita durante el 2020 a 7.0 litros para el 2025, a no ser que se implementen estrategias que permitan detener e incluso revertir la ingesta de alcohol (OPS, 2019).

Durante el 2016, Europa fue la región que registró un mayor consumo de alcohol con 9.8 litros per cápita, seguido por la región de las Américas con 8.0 litros per cápita en promedio (OPS, 2019).

En México, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018 (Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], 2019), se incrementó el consumo de alcohol en población de 20 años en adelante del 53.9% en el 2012 al 63.8% en el 2018, es importante mencionar que en hombres fue un incremento del 67.8% a un 80.6%, mientras que en las mujeres de un 41.3% aumentó a un 49.9%, lo que sugiere que aproximadamente la mitad de las mujeres y 8 de cada 10 hombres de 20 años en adelante han consumido alcohol alguna vez en su vida.

En cuanto a la frecuencia de consumo, el 5.7% de hombres aseguró presentar un consumo diario a diferencia del 1% de mujeres; en lo referente al consumo semanal 30.2% de hombres refirieron esta frecuencia en comparación con el 9.5% de mujeres; el 14.8% de hombres indicó un consumo mensual en contraste con el 8.1% de mujeres; y finalmente, el 47% de hombres y el 75.9% de mujeres, indicaron un consumo ocasional, mientras que el resto de participantes no respondieron

(INSP, 2019). Es importante señalar que, aunque la mayor parte de la población refirió un consumo ocasional, el riesgo radica en el consumo agudo de alcohol y en los problemas derivados de ello.

De acuerdo con los datos obtenidos por la ENCODAT (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz [INPRFM] et al., 2017) se ha encontrado un aumento del 2011 al 2016 en el número de bebedores que tienen un consumo diario y un consumo consuetudinario y excesivo, considerando como consumo diario a aquellos individuos que beben cada día al menos una copa de bebida que contenga alcohol y al patrón de consumo consuetudinario a aquellos individuos que al menos una vez a la semana ingieren en una sola ocasión a partir de cinco copas en el caso de los hombres y cuatro copas o más para las mujeres. En cuanto al consumo diario pasaron de 0.8% en el 2011 a 2.9% en el 2016 y referente al consumo consuetudinario de 5.4% a 8.5% en la población total; por sexo el consumo diario incremento de 1.4% a 4.5% en hombres y de 0.2% a 1.4% en mujeres; en cuanto al consumo consuetudinario de 9.6% paso a 13.8% en hombres y de 1.4% a 3.5% en mujeres.

Por patrón de consumo, el consumo excesivo en el último mes incrementó de 12.3% en el 2011 a 19.8% en el 2016; en el caso de los hombres aumentó de 20.9% a 29.9% y en mujeres de 4.1% a 10.3%. Así mismo, el 2.2% de la población reportó dependencia al alcohol; en los hombres fue de 3.9% y en las mujeres de 0.6% (INPRFM et al., 2017).

Con relación al consumo per cápita, la población mexicana reportó en promedio beber 4.9 litros de alcohol puro; los varones toman poco más del triple en comparación con las mujeres (7.9 litros hombres y 2.1 litros mujeres). La edad donde se concentra este consumo en mayor proporción es entre los 18 y 29 años con un consumo per cápita de 7.6 litros. El consumo per cápita de alcohol en la población hidalguense es de 3.6 litros en promedio; 6.2 litros en varones y 1.2 litros en mujeres (INPRFM et al., 2017).

La población del Estado de Hidalgo, con edades entre 12 y 65 años, presenta un consumo diario del 2.4% y el rango de edad que tuvo un mayor índice de consumo diario fue el de 12 a 17 años, ubicándolo con el 5.8%. Por otro lado, el 4.7% de los hidalguenses entre las edades de 12 a 65 años mostró un consumo consuetudinario, en el caso de los hombres (14.6%), para las mujeres (4.2%), en este rubro se observa que el mayor consumo se presentó en grupo etario de 18 a 65 años en varones con el 8.4% (INPRFM et al., 2017).

No obstante, es importante mencionar que el consumo de bebidas etílicas en alumnos de nivel bachillerato en el Estado de Hidalgo presentó porcentajes por arriba de los promedios nacionales con una diferencia de: alguna vez en la vida 3%, último año 4.1%, último mes 3.5% y consumo excesivo de alcohol en el último mes 3.4%, donde el uso fue más frecuente en la población masculina, sin embargo los porcentajes de consumo en mujeres a nivel nacional no distan por mucho y se muestran a la alza (INPRFM et al., 2015).

Su consumo puede ser causa de muerte y discapacidad a una edad prematura. En el grupo etario de 20 a 39 años, el 13.5% de las defunciones son atribuibles a las bebidas etílicas (OMS, 2018). Se calcula que cada año ocurren 3 millones de muertes en el mundo debido a la ingesta de bebidas embriagantes, lo que representa un 5.3% del total de defunciones (OMS, 2018). En menores de 19 años, se estima que cada año ocurren aproximadamente 14 mil defunciones asociadas a la ingesta de alcohol (OPS, 2016).

En México, las bebidas etílicas son responsables de una proporción importante de la carga de enfermedad, se estima que ocasiona el 6.5% de muertes prematuras y el 1.5% de los días vividos sin salud, por ello es necesario instrumentar medidas de protección y prevención de la salud, así como de prevención y tratamiento (INPRFM et al., 2017).

De acuerdo con el informe del servicio médico forense en la ENCODAT, durante el 2016 entre las causas frecuentes de decesos bajo la influencia del alcohol, el 77.38% se debió al suicidio, seguido por los homicidios y los accidentes (INPRFM et al., 2017).

Como puede observarse el consumo nocivo de alcohol tiene una alta prevalencia en población mexicana y continúa incrementándose. En el estado de Hidalgo el grupo más perjudicado con el consumo nocivo de alcohol son los jóvenes a nivel bachillerato. De acuerdo con la frecuencia y cantidad de alcohol ingerido por ocasión, principalmente, es posible clasificar de manera muy puntual los patrones de consumo, los cuales se abordarán en el apartado siguiente.

1.3 Patrones de Consumo de Alcohol

La ingesta de bebidas etílicas es valorada como una conducta no saludable. Debido a las múltiples consecuencias de salud en las personas, recientemente, ha incrementado la atención de los profesionales de la salud (OMS, 2018). Existen muchos tipos de patrones de consumo de alcohol, los cuales traen consigo un perjuicio o peligro importante para el sujeto. Es importante para los clínicos conocer el tipo de consumo para identificar a los individuos que podrían auxiliarse con un tratamiento para la reducción o el abandono del consumo (Babor et al., 2001).

En México, con el fin de caracterizar las diferentes prácticas de ingesta de bebidas etílicas, Medina-Mora et al. (2014) hicieron una investigación y basándose en la frecuencia y cantidad de consumo lograron identificar los siguientes siete patrones, además de la dependencia:

- *Abstemios*: Individuos que reportan no beber sustancias embriagantes o realizarlo una vez al año.
- *Bebedores poco frecuentes*: Refieren consumir más de una vez al año, pero menos de una vez al mes.

- *Bebedores moderados de bajo nivel:* Consumo de una vez al mes o más (pero menos de una vez por semana), menos de 5 copas por ocasión.
- *Bebedores moderados de alto nivel:* Consumen una vez al mes o más, pero menos de una vez por semana y toman más de 5 bebidas por ocasión.
- *Bebedores frecuentes de bajo nivel:* Consumen una vez a la semana o con mayor frecuencia y toman menos de 5 copas por ocasión de consumo.
- *Bebedores frecuentes de alto nivel:* Consumen 5 copas o más por ocasión, al menos una vez al año, menos de una vez a la semana.
- *Bebedores frecuentes consuetudinarios:* Los individuos reportan un consumo de 5 copas o más por ocasión, por lo menos una vez a la semana.

Es importante mencionar que, también, se han determinado algunos criterios para clasificar el consumo de alcohol haciendo diferencias por sexo, debido a las condiciones físicas y metabólicas del hombre y la mujer (Porter, 2013). Por ejemplo, la clasificación propuesta por Fuente & Kershenobich (1992), toma en cuenta criterios como la cantidad, el sexo y la frecuencia de ingesta identificando tres tipos: consumo sensato, dependiente y dañino.

- *Consumo sensato:* cuando una mujer consume dos copas y, en el caso del hombre cuatro copas, con una frecuencia menor a tres veces por semana.
- *Consumo dependiente:* cuando los hombres consumen de cuatro a nueve copas por ocasión y, las mujeres de tres a cinco copas por ocasión. También tienen un fuerte deseo hacia las bebidas alcohólicas, problemas para dominar su consumo y pueden tener una ingesta matutina,

- *Consumo dañino*: cuando de manera habitual los hombres beben diez o más copas y las mujeres seis o más copas, además de presentar sentimientos de culpa tras la ingesta de alcohol, presencia de lagunas mentales, sufrir lesiones asociadas con el alcohol o que otras personas se preocupen por el consumo.

Los actuales criterios de la OMS han establecido la presencia de un continuo que inicia desde la abstinencia y llega hasta la dependencia. Además, argumentan que la determinación práctica de los estadios del consumo de alcohol puede identificarse con las primeras tres preguntas del test AUDIT, instrumento que ha mostrado tener un alto valor clínico epidemiológico. Mediante el cual es posible identificar la siguiente clasificación (Babor et al., 2001):

- 1) *Abstinencia*: ausencia de ingesta de alcohol.
- 2) *Consumo probablemente beneficioso*: Ingesta de 10 gramos de alcohol en hombres y 5 gramos en la mujer cada segundo día.
- 3) *Bajo riesgo*: Ingesta habitual de hasta 40 g de alcohol en el hombre y hasta 20 gramos en la mujer
- 4) *Consumo de riesgo*: Ingesta habitual diaria de 40 a 60 gramos de alcohol en el hombre y de 20 a 40 gramos en la mujer (relacionado con consecuencias adversas asociadas con el alcohol)
- 5) *Consumo perjudicial*: Ingesta habitual diaria de más de 60 gramos de alcohol en el hombre o más de 40 gramos en la mujer. Ocasiona perjuicios en la salud física y mental.
- 6) *Dependencia*: es el cúmulo de alteraciones conductuales, cognitivas y fisiológicas, que se caracteriza por establecer el consumo de alcohol como actividad prioritaria frente a otras ocupaciones y/o obligaciones, presentar un deseo imperioso e incontrolable de beber alcohol y la presencia de este cuadro después de un periodo de abstinencia.

No obstante, Muñoz (2010) menciona dos formas de dependencia alcohólica: una psicológica, que se relaciona más con la forma en que el individuo afronta conflictos emocionales y de vínculos interpersonales que el alcohólico ha padecido durante toda su vida; y otra física que se manifiesta tras un periodo de sobriedad y se presenta el síndrome de abstinencia, Así mismo, dentro de la dependencia física existen dos maneras diferentes de ingerir alcohol: 1) Continua: el individuo necesita beber a menudo y 2) Episódica o Dipsomanía: el individuo alterna etapas de abstinencia (una semana o más) con graves recaídas. Se sabe que a diferencia de la persona que sufre alcoholismo continuo, al encontrarse intoxicada, actúa de forma “pasiva”, desgastando sus relaciones interpersonales de manera paulatina, causando perjuicios severos a su organismo; el dipsómano tiene un comportamiento explosivo y violento, incapaz de controlar su conducta, acostumbra implicarse en riñas y accidentes de tránsito. Asimismo, Silva (2014) tras un análisis de los patrones de respuesta del cuestionario AUDIT, identifica que existen 2 subpatrones de consumo que no están contemplados en la guía del inventario AUDIT en individuos con un puntaje alto, que corresponden a: 1) Consumo alto y espaciado, episodio alcohólico y; 2) Consumo alto y constante.

De acuerdo con Kershenobich (2010) el alcoholismo suele considerarse un padecimiento primario y crónico, a menudo progresivo y fatal. Tanto en su desarrollo, como en su expresión clínica intervienen elementos genéticos, psicosociales y ambientales. Principalmente es caracterizado por la falta de autodominio en el consumo de alcohol (sea este continuo o intermitente), la ingesta de bebidas embriagantes pese a la presencia de culpa o malestar por realizarlo o por las consecuencias, así como por problemas de razonamiento que generalmente conlleva a tener una actitud de negación sobre el consumo real

Por otro lado, el DSM-V señala que los criterios diagnósticos asociados con la ingesta de alcohol presenta las siguientes clasificaciones: a) trastorno por uso de alcohol, provoca un deterioro

o malestar clínicamente significativo y se manifiesta en un plazo de los 12 meses; b) intoxicación por alcohol, se presenta un comportamiento sexual inapropiado, agresividad, cambios de humor y juicio alterado, presentándose solo durante o después de la ingesta de alcohol; c) Abstinencia de alcohol, caracterizado por estremecimiento, agitación, sudoración, palpitaciones, ansiedad, irritabilidad, náuseas, vómito, inapetencia, insomnio e incluso alucinaciones visuales o auditivas. Respecto al trastorno asociado al consumo de alcohol deben presentarse al menos 2 de los 11 criterios (ver Tabla 1) para poder diagnosticar algún trastorno asociado con el consumo de alcohol, si la presencia es de 2-3 es leve, 4-5 Moderado y 6 o más grave (American Psychiatric Association [APA], 2014).

Tabla 1

Criterios DSM V para el diagnóstico de un trastorno por el uso de alcohol

Criterios DSM V: Trastorno por uso de alcohol
1. Consumo recurrente que comporta no atender obligaciones relevantes
2. Consumo recurrente en ocasiones que pueden comportar riesgos físicos
3. Consumo continuado a pesar de la existencia de trastornos creados o exacerbados por el alcohol
4. Tolerancia al alcohol (aguantar dosis altas sin presentar signos de intoxicación)
5. Síntomas de abstinencia o consumo de alcohol para evitar la aparición de síntomas de abstinencia
6. Consumo de alcohol en cantidades superiores o por períodos más prolongados de los previstos
7. Deseos persistentes o esfuerzos fracasados para controlar el consumo de alcohol
8. Utilización de mucho tiempo en actividades relacionadas con el alcohol
9. Abandono o reducción de actividades laborales, sociales o familiares debido al consumo de alcohol
10. Seguir bebiendo cuando uno sabe que padece algún problema creado o exacerbado por el alcohol.
11. <i>Craving</i> o deseo muy intenso de consumir bebidas alcohólicas.

Fuente: Tabla tomada y adaptada del DSM-V (APA, 2014)

De acuerdo con Valencia et al. (2014) aún existen aspectos que no han sido consensuados en la clasificación de los patrones de ingesta de alcohol, lo cual obstaculiza la investigación en el tema. Sin embargo, recientemente algunos autores como Da Silva et al. (2021) sugieren tomar en cuenta los

siguientes factores: frecuencia, cantidad, sexo, signos, síntomas, tolerancia al alcohol, situaciones asociadas, problemas relacionados con el consumo y riesgos asociados con la ingesta de alcohol para conceptualizar el patrón de consumo.

Resulta importante el conocimiento de estos patrones de consumo, tomando los diferentes factores antes mencionados, ya que cada patrón de consumo supone un nivel de riesgo distinto. Así mismo, es importante conocer los diferentes agentes que contribuyen al inicio de consumo y al desarrollo o mantenimiento de un problema relacionado con la ingesta de alcohol, que a continuación se presentan.

1.4 Factores de Riesgo

La baja percepción de riesgo y la tolerancia social hacia el consumo de alcohol son factores que tienen una importante relación con el consumo. Existe evidencia de que quienes beben alcohol consideran menos peligroso su consumo con relación a los no consumidores. Y que el menor nivel de percepción de riesgo se encuentra en los hombres de 18 a 29 años (Babor et al., 2001; INPRFM et al., 2017).

Así mismo, el consumo de tabaco y el poder adquisitivo pueden predecir el consumo de alcohol de baja graduación. Ambas sustancias mantienen relación con la accesibilidad y permisividad social. Otros factores personales de riesgo para el consumo de alcohol son la edad, el sexo, actitud ligada al varón y el consumo de otras sustancias (Tirado et al., 2009).

Por otro lado, es importante considerar, las expectativas individuales hacia el consumo de alcohol, las cuales se definen como un conjunto de creencias respecto a los efectos positivos y negativos del consumo de alcohol, a éstas se les ha atribuido mayor atención, dado que pueden explicar la conducta del consumo de alcohol en los jóvenes (Mora-Ríos et al., 2005). A mayores

expectativas positivas sobre los efectos del consumo de alcohol, es mayor la probabilidad de que exista su consumo (Trujillo et al., 2013). El deseo de consumir alcohol se presenta en función de la percepción de los estímulos relacionados con el consumo y de los procesos cognoscitivos de la persona. De esta forma, las expectativas relacionadas con el consumo de alcohol son complejas redes de creencias que se desarrollan durante la infancia a partir de las experiencias de aprendizaje y de la exposición a afirmaciones que se archivan a largo plazo y pueden determinar la conducta (Milena et al., 2010). Lo cual pudiera estar relacionado con la propuesta de los Esquemas Desadaptativos Tempranos de Young, quien los define como patrones o esquemas que aparecen en la infancia y se repiten a lo largo de la vida, y que son disfuncionales en un grado significativo (Young et al., 2013).

Además, los individuos que tienen un patrón de riesgo en el consumo de alcohol han mostrado un déficit en la toma de decisiones, se considera que tienden a tomar decisiones basadas sólo en el aspecto reforzante, sin considerar otros aspectos como las posibles consecuencias negativas de la elección. Presentar un consumo de riesgo durante la adolescencia o juventud podría predecir también, una mayor vulnerabilidad a los efectos del alcohol en la adultez, que podría generar una dependencia al alcohol. Por lo tanto, podría existir una relación entre los fenómenos anteriores, ya que un déficit en la toma de decisiones podría facilitar el consumo problemático de alcohol y este consumo, a su vez, podría intensificar las fallas en la toma de decisiones (Goudriaan et al., 2011; López-Caneda et al., 2014; Spear, 2015; como se cita en Michelini et al., 2016).

Otros estudios señalan que las emociones negativas y bajos niveles de inteligencia emocional desembocan en problemas con la salud, tales como ansiedad, depresión, problemas físicos y psicofisiológicos, alteraciones en el sistema inmune, cambios en los hábitos de conductas saludables, desarrollo de conductas adictivas o disminución en la disponibilidad de contactos interpersonales. En lo que respecta a las conductas adictivas, existen estudios que han constatado que bajos niveles de

inteligencia emocional se asocian a un mayor consumo de bebidas alcohólicas. Muchos consumidores tienen problemas para expresar sus emociones y para interpretar el significado de lo que sienten. El consumo aumenta cuando los consumidores habituales no pueden enfrentarse adecuadamente con experiencias emocionales pasadas desagradables y cuando el consumo de dichas sustancias alivia un estado emocional difuso, por lo general, de tristeza, angustia y desagrado (Fernández et al., 2009).

Otra categoría de factores de riesgo podemos ubicarlos en el ámbito relacional, tratándose de aquellos aspectos relativos a la interacción específica de cada sujeto con la familia, los amigos y el contexto (Tirado et al., 2009). Es importante mencionar que el grupo de pares o grupo de amigos se ha manifestado como una de las variables más influyentes a la hora de explicar el consumo de drogas (INPRFM et al., 2017).

Bajo esta perspectiva, aspectos como el poder adquisitivo, la dependencia del grupo, el ocio desarrollado en discotecas y bares y las salidas nocturnas de fin de semana, correlacionan con un mayor consumo de sustancias (Tirado et al., 2009). Asimismo, se ha identificado que la tolerancia social hacia el consumo por parte de la familia y amigos es mayor en consumidores (INPRFM et al., 2017).

Existen una serie de factores que predisponen a una persona al consumo nocivo de alcohol, siendo las principales el inicio de consumo temprano, las expectativas que se tienen en torno al consumo de alcohol, aunado a la incapacidad o baja capacidad del individuo de responder a la presencia de emociones negativas, lo cual puede llevar al individuo a caer en una serie de situaciones de riesgo tanto de su integridad física, social y psicológica. En este siguiente apartado se abordarán las principales consecuencias que se relacionan con el consumo nocivo de alcohol.

1.5 Principales Consecuencias Asociadas al Consumo de Alcohol

El alcohol se absorbe rápidamente en el estómago e intestino delgado, por difusión simple. La rapidez de absorción depende de la presencia de alimentos en el estómago, cantidad de alcohol ingerida y el tipo de bebida. Se distribuye rápidamente por todo el organismo, excepto por el tejido graso, y alcanza la máxima concentración a los 30-90 minutos de su ingesta. El consumo agudo de alcohol produce sedación y euforia por liberación de dopamina. Cuando la intoxicación se hace progresivamente más intensa pasa por tres fases: excitación psicomotriz, incoordinación con depresión cerebral y coma (Ochoa et al., 2009).

Los efectos del consumo de alcohol sobre los resultados sanitarios crónicos y graves de las poblaciones están determinados, en gran medida, por dos dimensiones: 1) el volumen total de alcohol consumido, y 2) las características de la forma de beber (OMS, 2018). Generando diversas consecuencias a nivel físico, mental y psicosocial.

Salud Física El consumo de alcohol desempeña un papel importante en la aparición de daños relacionados con la salud en el grupo de adolescentes y adultos jóvenes. Se han establecido relaciones causales entre el consumo nocivo y la incidencia de enfermedades infecciosas tales como la tuberculosis, hepatitis y el VIH/Sida (OMS, 2018). De acuerdo con Ochoa et al. (2009) el efecto del alcohol en la supresión de los mecanismos inmunológicos puede predisponer a este tipo de enfermedades infecciosas.

A largo plazo, algunas enfermedades no transmisibles se han relacionado con el consumo de alcohol, tales como la diabetes y cirrosis hepática (OPS, 2019); y se ha encontrado asociación entre el consumo de alcohol y el cáncer hepático, de estómago, de garganta y de la cavidad oral (Babor et al., 2001).

Otras consecuencias asociadas al consumo de alcohol han sido los envenenamientos, accidentes y caídas que producen fracturas y traumatismos craneoencefálicos. La exposición a la intemperie puede ocasionar congelación o quemaduras. Lo anterior es correspondiente con los resultados obtenidos en el estudio de Gogeochea-Trejo et al. (2016), quienes encontraron una asociación importante entre el consumo de alcohol y las lesiones reportadas en el área de admisión del servicio de urgencias en un hospital localizado en Veracruz, México.

Así mismo, debido a que el alcohol a menudo se consume antes, junto o después del uso de otras sustancias psicoactivas, y la comorbilidad de la dependencia del alcohol y el tabaco es fuerte y está bien documentada, las políticas, estrategias e intervenciones de salud pública deben tener en cuenta la frecuente asociación del consumo de alcohol con el uso de otras sustancias psicoactivas, en particular con los opioides y las benzodiacepinas, para la prevención de muertes por sobredosis, y con el cannabis, para la seguridad vial (OPS, 2019).

Por otro lado, el consumo de alcohol por parte de una embarazada puede provocar síndrome alcohólico fetal y complicaciones prenatales (OMS, 2018). El síndrome alcohólico fetal es una embriofetopatía que se presenta entre los hijos de madres alcohólicas. Se caracteriza por retraso prenatal y postnatal del crecimiento, deficiencia mental y psicomotora, dismorfología facial con microcefalia, microftalmía o fisuras palpebrales cortas, párpado superior delgado y aplanamiento de la región maxilar. Otras malformaciones son hemangiomas, anomalías menores de articulaciones y extremidades, anomalías genitales, defectos cardíacos, surcos palmares únicos (Ochoa et al., 2009).

Salud Mental La intoxicación patológica se define por alteración conductual importante que aparece a los pocos minutos de la ingestión de alcohol, incluyendo, casi siempre, agresividad. La conducta es atípica, en el sentido de que no se presenta cuando el sujeto no ha bebido (Ochoa et al., 2009). Esto puede deberse a que el consumo de alcohol afecta a las funciones cognitivas de manera

directa, así como reducir el autodominio y la capacidad de procesar la información y sopesar los riesgos; y puede aumentar la impulsividad y hacer que algunos bebedores se vuelvan más propensos a cometer actos violentos (OPS, 2016).

Con alcoholemias bajas, se afectan zonas como el córtex y el sistema reticular activador, deteriorando la capacidad para controlar y modular las emociones, la memoria y la capacidad de concentración. Las alteraciones en el estado de ánimo se deben a efectos sobre el sistema límbico. A concentraciones más elevadas se afecta el mesencéfalo y aparece la sedación, el sueño e incluso coma (Soler et al., 2010).

La vinculación patológica al alcohol evoluciona durante 5 a los 15 años hacia una expresión de alteraciones físicas y psíquicas, consecuencia de la intoxicación prolongada. En este tiempo las alteraciones que produce el alcohol son subclínicas, después surgen las alteraciones psíquicas (Ochoa et al., 2009). Lo anterior podría tener congruencia con los hallazgos encontrados por Tristán et al. (2021), quien menciona que en población española las muertes atribuibles al consumo de alcohol debido a enfermedades neurológicas y mentales han aumentado, siendo el grupo etario de 55 a 74 años en que se presentó con mayor frecuencia, esto podría ser como resultado de varios años de consumo.

Existen diversos trastornos psicológicos relacionados con el consumo de alcohol, tales como:

- 1) el delirium por abstinencia alcohólica;
- 2) la alucinosis alcohólica es una alucinosis orgánica de desarrollo breve (48 horas) con alucinaciones vívidas y persistentes (auditivas o visuales);
- 3) encefalopatía de Wernicke y síndrome de Korsakoff son encefalopatía agudas o subagudas que se producen por deficiencia de tiamina en pacientes alcohólicos crónicos después de varios años de evolución; y/o
- 4) existencia de la demencia alcohólica primaria ha sido discutida. La posible etiología sería la doble vulnerabilidad para los déficits de tiamina y los efectos neurotóxicos directos del alcohol.

Los síntomas característicos de afasia-apraxia-agnosia se observan sólo en un tercio de los casos. La presencia de ataxia y neuropatía periférica es muy frecuente. Los déficits típicos son razonamiento complejo, planificación, pensamiento abstracto, juicio, atención y memoria. Debe realizarse el diagnóstico diferencial con otros tipos de demencia. Aunque las deficiencias persisten pueden mejorar algo si se mantienen años sobrios (Ochoa et al., 2009; Soler et al., 2010).

Asimismo, algunos estudios han encontrado correlación positiva entre el consumo de alcohol y algunos trastornos psicopatológicos tales como: ansiedad generalizada, trastorno antisocial de la personalidad, agorafobia, trastorno de estrés postraumático, fobia social, trastorno histriónico, trastorno narcisista, pasivo agresivo y riesgo suicida (Duque et al., 2022; Rivas et al., 2016). Aunque es muy frecuente encontrar la coexistencia de un problema psiquiátrico en personas con una ingesta problemática de alcohol, es importante recordar que es difícil determinar que se presentó primero si el consumo errático de alcohol o el problema psicológico, lo que es evidente es que la presencia de uno agrava el estado del otro.

Psicosociales Más allá de las consecuencias sanitarias, el consumo nocivo de alcohol también provoca pérdidas sociales y económicas importantes (OMS, 2018). El alcohol con frecuencia incrementa las desigualdades socioeconómicas entre y dentro de los países. Es importante considerar que el desarrollo económico de una sociedad pobre a una más rica puede tener mayor potencial a largo plazo de mitigar el daño relacionado con el alcohol, pero de manera inmediata podría provocar un aumento en el consumo de alcohol y el daño relacionado, a medida que aumenta la disponibilidad de las bebidas alcohólicas (OPS, 2019).

Además, de perjudicar no solo al consumidor sino a otras personas, por ejemplo, familiares, amigos, compañeros de trabajo y desconocidos. Provocando una carga sanitaria, social y económica considerable para el conjunto de la sociedad (OMS, 2018). Cabe señalar que los daños suelen ser

mayores para los bebedores de bajos recursos económicos y sus familias, que para los bebedores con estatus socioeconómico más alto (OPS, 2019). Lo anterior mantiene congruencia por lo referido por la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (INPRFM et al., 2017), quienes consideran que los consumidores de alcohol de estatus socioeconómico bajo son los que con frecuencia beben con patrones más riesgosos.

Una de las mayores complicaciones de la intoxicación etílica son los accidentes de tráfico, seguido por la relación que se ha encontrado con actos criminales y suicidios (Ochoa et al., 2009). Así como, con muertes violentas, embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual, asaltos sexuales, dificultades académicas; con dificultades familiares y violencia de pareja (OMS, 2018).

Como puede notarse son múltiples las consecuencias a las que se exponen las personas que presentan problemas con el consumo de alcohol. No obstante, la prevalencia de dicha conducta sigue en aumento y los modelos explicativos otorgan una guía para la comprensión del problema, a continuación, se presentan los principales modelos.

1.6 Teorías y Modelos explicativos del consumo nocivo de alcohol

Teoría de las expectativas El concepto de expectativas surge del latín *expectationem/expectationem* en Francia en el medioevo, hace referencia a la antelación o espera de algo, es la acción del pasado participio *expectare/exspectare* que quiere decir aguardar o buscar, después el término se utilizó de manera figurada para plantear la anticipación a un evento (Etymonline, 2014 como se cita en Fernández, 2019).

A lo largo del tiempo, “la expectativa” se ha planteado desde diferentes enfoques psicológicos, sobresaliendo el enfoque cognitivo y social, de acuerdo con Cosacov (2007) la expectativa es esencialmente cognitiva pretende adelantar una idea que permita entender conductas

sociales y motivacionales, por otro lado, Consuegra (2010) plantea que la expectativa es de naturaleza social, debido a que se desarrolla de la valoración subjetiva con la que se pueda materializar una meta, lo cual supone que la expectativa tiene elementos cognitivos y sociales. Desde otra perspectiva, VandenBos (2015) refiere que la expectativa es la condición en la que un individuo se adelanta emocionalmente expresando presión o estrés acerca de algo, esto se deriva de la interrelación entre la vivencia con los estímulos generando una actitud, una predisposición hacia algo.

La teoría motivacional define la expectativa como una creencia de que los actos posibilitan el cumplimiento de metas específicas. Desde este punto de vista, al hablar de las expectativas hacia la ingesta de alcohol se hace referencia a la anticipación de un individuo acerca de las metas u objetivos que desea lograr a través de la ingesta de alcohol. En términos generales, Pillati et al. (2013) comprende las expectativas hacia la ingesta de alcohol como creencias desarrolladas por los individuos acerca de lo que piensan que el alcohol les otorga en cuanto a su comportamiento, estado de ánimo y/o sus emociones.

Por lo que, desde esta teoría, la abstinencia, consumo y abuso de alcohol podrían predecirse partiendo de las expectativas positivas o negativas de los efectos que estos producen. De tal forma que las expectativas positivas, sobre todo las relacionadas con la facilitación de la socialización y la elevación del estado de ánimo, conforman predictores importantes del uso de bebidas embriagantes, de la frecuencia y cantidad ingerida, así como de los conflictos asociados al consumo de alcohol (Broen, 1985; Brown, Goldman, Inn y Anderson, 1980; Mora y Natera, 2001; Mora, Natera y Juárez, 2005; Stacy, Widaman y Marlatt, 1990; como se cita en Díaz et al., 2015).

Para Pillati et al. (2013) las expectativas del consumo de alcohol en jóvenes se explican en un esqueleto de seis categorías que son las siguientes: 1) Sociabilidad: El adolescente podría tener la sensación de que el consumir alcohol le hará divertirse más, ser más alegre, gracioso, simpático,

amigable, le facilitará dirigir la palabra (inclusive al sexo opuesto), le hace sentir y genera la percepción de mayor comodidad, menos timidez y tendrá la percepción de que solo de esa manera conseguirá más compañerismo. 2) Relajación: Podría sentir que tendrá un mejor entretenimiento, podrá descansar mejor, que el alcohol lo tranquilizara, lo calmara, lo relajará y, sobre todo, si tiene algún dolor físico, lo disminuirá. 3) Incremento de la sexualidad: Podría tener la expectativa de que las relaciones sexuales le serán más placenteras, hará que todos (varones o mujeres) le parezcan más atractivos sexualmente, manteniendo la excitación en todo momento, creyendo así que es un buen amante sexual. 4) Deterioro cognitivo conductual: Percepción de que le es más difícil responder ante la situación, mantenerse en pie, dolor de cabeza, sueño, confusión, sensación de descomposición, desorientación y habla incoherente. 5) Riesgo y agresividad: Posibilidad de mostrar hostigamiento hacia los demás, de hacer cosas riesgosas, de comportarse bruscamente, de insultar, buscar pelea, discutir y de enojarse rápidamente. 6) Estados negativos: Posibilidad de mostrarse pensativo, angustiado, de sentir culpa por su comportamiento al beber, de sentir culpa o arrepentimiento por lo que ha dicho o hecho y de sentirse avergonzado por lo sucedido.

Un estudio realizado por Kirmani y Suman (2010) reveló que los hombres albergan más expectativas positivas, a diferencia de las mujeres que abrigan expectativas predominantemente negativas referente a los efectos del consumo del alcohol.

En adolescentes las expectativas positivas hacia la ingesta de alcohol engloban la facilitación de la sociabilidad y de la comunicación verbal, desinhibición de la conducta, aumento de la respuesta sexual y la disminución de la tensión psicológica. En los varones, además, puede generar la expectativa de aumento de la agresividad y poder, lo cual contribuye a que se involucren con mayor frecuencia en conflictos o riñas (Mora y Natera, 2001; Quigley, Corbet y Tedeschi, 2002; como se cita en Díaz et al., 2015).

Teoría de la conducta planificada Es uno de los modelos psicológicos más utilizados para estudiar la influencia de factores psicológicos en la intención de realizar conductas. Diversas revisiones empíricas apoyan las relaciones de la intención sobre multitud de conductas. Esta teoría afirma que la conducta está determinada por la intención conductual. Esta intención, a su vez, tiene unos antecedentes que la explican, tales como: la norma subjetiva, que es la percepción del individuo sobre las presiones sociales que tiene para realizar la conducta; la actitud hacia la conducta, que refleja la evaluación que la persona hace sobre la conducta; y finalmente, el Control Comportamental Percibido (CCP), que refleja la percepción del individuo sobre su capacidad en realizar la conducta (Neipp et al., 2015).

Esta teoría explica el uso o abuso de alcohol como resultado de una intención conductual determinada por la actitud del individuo (creencias respecto al uso del alcohol), la norma subjetiva (percepción de que otros significativos aprueban o desaprueban su uso) y control o capacidad percibida de hacer uso o no del alcohol. Se ha encontrado una relación positiva del abuso del alcohol con una actitud favorable al mismo, así como con una percepción de tolerancia en el entorno, mientras que, habría una relación inversa entre la percepción de control y consumo intenso (Díaz et al., 2015).

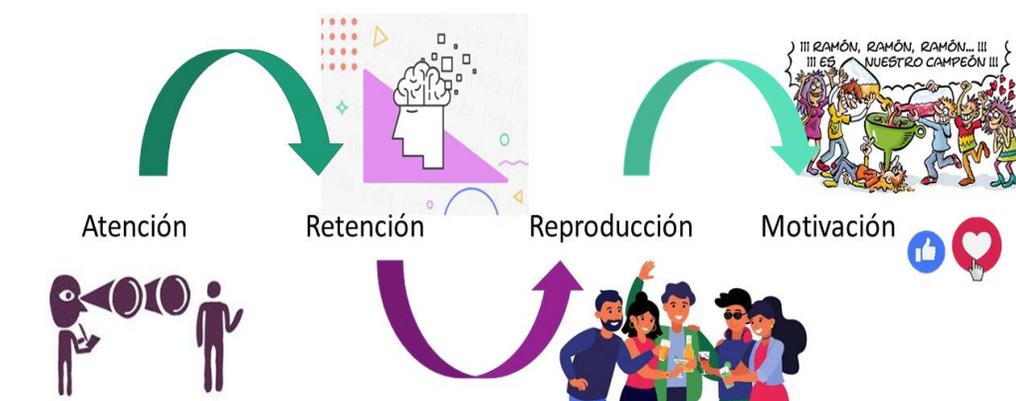
Modelo del aprendizaje social Bandura refiere que a través de la observación e imitación de modelos se llega a un aprendizaje. Señala tres elementos que interactúan constantemente (con reciprocidad) y son responsables del aprendizaje: el ambiente, la situación personal y la conducta. Si los referentes que tienen niños, niñas y adolescentes, presentan errores en su conducta, ya sea por acción u omisión, es probable que ello, genere dificultades en su desarrollo integral, siendo el consumo de alcohol, una posible consecuencia a esta disfuncionalidad social, familiar y/o estatal (1987 como se cita en Amagua Flores, 2019).

Por medio de la observación de la conducta de consumo y su contexto, los jóvenes concluyen que existen ciertas consecuencias positivas que se relacionan con la bebida y desarrollan más expectativas positivas hacia el uso de alcohol. Por medio del modelado los jóvenes aprenden conductas que observan en sus iguales o, también, mediante la observación de sus amigos consumidores, de esta forma los jóvenes con más amigos consumidores tienen un riesgo mayor de consumir alcohol y de abusar de esta sustancia (Fernández, 2019).

El modelo del aprendizaje social incluye los constructos de imitación que son los modelos significativos de uso de alcohol; la asociación diferencial de pares que hace referencia a la percepción del uso de alcohol entre pares; el reforzamiento diferencial que son las expectativas positivas o negativas de su uso; y definiciones, que representa la aprobación o desaprobación de su consumo. El modelo sostiene que el abuso de alcohol es una función de la imitación, la percepción de un alto nivel de uso entre los conocidos y las actitudes y expectativas favorables asociadas a su uso, a continuación, se presenta un esquema que representa los principios del aprendizaje social aplicado al consumo de alcohol (Díaz et al., 2015).

Figura 1

Principios Aprendizaje Social de Bandura y Consumo de alcohol en adolescentes



Fuente: Elaboración personal

Hasta este punto se puede observar la importancia de tomar en cuenta las motivaciones y factores que influyen en la conducta de consumo, así como, la frecuencia y cantidad, con la finalidad de aminorar los daños y conflictos asociados a dicha conducta. Ya que, aunque no todos los consumidores de riesgo desarrollan dependencia, no es posible que alguien sea dependiente sin haber mantenido durante cierto tiempo un consumo de riesgo. Para poder intervenir de manera adecuada y prevenir problemas asociados con el alcohol es necesario identificar a los individuos que tienen dependencia o que tienen un consumo de riesgo, con tal objetivo se han desarrollado una serie de instrumentos que se detallan en el siguiente apartado.

1.7 Evaluación

La forma de detectar a bebedores con un consumo de riesgo o dependientes al alcohol es a través de instrumentos de tamizaje, éstos pueden definirse como el uso adecuado de procedimientos para detectar y diferenciar a aquellas personas con un posible trastorno por uso de alcohol de aquellos con una baja probabilidad de tenerlo (Conde et al., 2018).

El Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT) es un instrumento desarrollado por la OMS, como un método de tamizaje del consumo excesivo de alcohol y como un apoyo en la evaluación breve. La primera edición fue publicada en 1989 y debido a la extensa utilización ha atravesado diversas modificaciones que incorporan los avances en la investigación y la experiencia clínica (Babor et al., 2001).

El contenido de la escala AUDIT comprende 10 ítems, que evalúan el consumo de riesgo, síntomas de dependencia y consumo perjudicial de alcohol. Además, éste es consistente con las definiciones del CIE-10 de dependencia y de consumo perjudicial de alcohol (Babor et al., 2001).

Dicha prueba cuenta con estudios de validación y confiabilidad en población mexicana. De acuerdo con el estudio realizado por Gómez-Maqueo, Gómez, Morales y Pérez, en el 2009, la escala obtuvo un coeficiente Alpha de .82 y una significancia de $p=0.01$. Por otro lado, en un estudio realizado por Moral et al. (2017) se obtuvo un Alpha de Cronbach de .87. Así mismo, ha presentado porcentajes altos de sensibilidad y especificidad (Cremonte et al., 2010). Por tanto, la escala AUDIT ha mostrado ser válida y confiable para esta población.

Otra prueba utilizada frecuentemente para detectar problemas con el consumo de alcohol es el cuestionario CAGE (*Cut-Down, Annoyed, Guilty, Eye-Opener*), desarrollado por Jhon Erwin en 1984, está conformado por cuatro ítems y un puntaje positivo por cada uno de ellos. Éstos evalúan si la persona tuvo alguna vez, en los últimos 12 meses, alguna crítica social, culpa, ingesta matutina y/o la necesidad de abandono (Conde et al., 2018)

El Cuestionario Breve para Alcohólicos (CBA) es también llamado Test Abreviado de Alcoholismo (KFA), se publicó en Alemania, por Feuerlein y colaboradores en 1976, está conformado por veintidós ítems que hacen referencia a los últimos dos años y explora las alteraciones somáticas ocasionadas por el alcoholismo, no obstante, se llegó a considerar incompleto (Bobes et al., 2002).

Razón por la cual, Feuerlein et al. (1977 en Bobes et al., 2002) publican la escala MALT (*Munchner Alcoholismus Test*) consta de dos partes inseparables: MALT-O constituido por siete ítems, considerados como indicadores orgánicos de la dependencia alcohólica y; MALT-S formado por veinticuatro ítems que informan sobre la percepción subjetiva del paciente sobre sus problemas con el alcohol Este instrumento es validado en México por Gorenc et al. (1990).

De igual manera la escala MAST (*Michigan Alcoholism Screening Test*) es un instrumento de 25 preguntas desarrollado por Selzer y colaboradores en 1971 (en Bobes et al., 2002), para identificar el reconocimiento subjetivo de problemas derivados del abuso del alcohol. Existen diferentes

versiones reducidas de esta prueba, como el MAST Abreviado (*Brief-MAST*, con 10 ítems), SMAST (*Short MAST*, con 13 ítems), Mm-MAST (*Malmöe MAST*, con 9 ítems). Así como el F-MAST y el M-MAST, que evalúan el consumo de alcohol del padre y de la madre, respectivamente y cuentan con 13 ítems cada uno.

Una variación de la escala MAST es el SAAST, es un test autoadministrado que cuenta con 37 ítems, evalúa las consecuencias sociales, económicas, maritales y médicas, relacionadas con el consumo de alcohol (Davis et al., 1989). Otra variación del MAST es el YAAPST (*Young Adult Alcohol Problems Screening Test*), cuenta con 27 ítems que evalúan las consecuencias negativas del consumo de alcohol en jóvenes, durante el curso de la vida, el año anterior, y la frecuencia durante el último año. Evalúa consecuencias tradicionales como resacas, lagunas o conducir en estado de ebriedad y consecuencias propias de la juventud como faltar a clases o involucrarse en situaciones sexuales no deseadas (Torres et al., 2006).

Por otro lado, existen escalas diseñadas para la detección de casos en mujeres embarazadas. La escala TWEAK (*Tolerance, Worried, Eye-opener, Amnesia y Cut down*) conformada por cinco ítems cada uno evalúa un aspecto del acrónimo. Y la escala T-ACE que consta de 4 ítems y se deriva de la escala CAGE (Bobes et al., 2002).

Estos instrumentos permitirán al profesional realizar estudios de tamizaje e identificar a los individuos que ya presentan una dependencia propiamente dicha y/o el riesgo de que se desarrolle. Es importante mencionar que la población especialmente vulnerable son los adolescentes y adultos jóvenes por lo que en el siguiente apartado se presentarán los estudios que se han hecho en torno a este grupo poblacional.

1.8 Consumo de alcohol en adolescentes

Como se presentó anteriormente el consumo nocivo de alcohol es una conducta que va en aumento, que tiene diversos efectos y consecuencias en los consumidores y afecta a cualquier grupo de edad. Sin embargo, el consumo de alcohol en población adolescente y en adultos jóvenes cobra especial importancia, ya que es una población particularmente vulnerable. En este apartado se hablará de algunos estudios que evalúan los riesgos, efectos y consecuencias de la ingesta de bebidas embriagantes en este sector de la población.

Ya se ha mencionado que la prevalencia del consumo de alcohol en adolescentes ha aumentado, sobre todo en el caso de las mujeres, en este sentido (Fernández et al., 2019) desarrollaron un estudio cualitativo que tuvo como objetivo conocer la influencia que ejercen los roles de género en los patrones de consumo en adolescentes y jóvenes. La muestra estuvo conformada por 44 adolescentes y jóvenes, 23 mujeres y 21 hombres, con un rango de edad de 13 a 24 años. Se formaron 6 grupos focales, la mitad de ellos del sexo femenino, y la otra mitad del sexo masculino, cada grupo formado por integrantes del mismo sexo, para facilitar que el discurso fluyera de manera libre y no se viera condicionado por la presencia de personas del sexo opuesto, además, se establecieron tres cohortes diferenciadas por criterios evolutivos en torno a la madurez cognitiva y emocional (13-15 años; 16-18 años y; 19-24 años). La selección de los participantes se realizó en función de las siguientes variables: edad, sexo, diversidad socioeconómica y nivel educativo, siguiendo los criterios de: I) muestreo intencional y razonado; II) selección de informantes que puedan explicar mejor el fenómeno estudiado; III) muestreo acumulativo y secuencial hasta conseguir la saturación del discurso; IV) información exhaustiva, rica en matices, profunda y completa. Los grupos focales fueron grabados y transcritos, para posteriormente ser codificados y analizados con el programa informático ATLAS Ti versión 7, cada una de las investigadoras realizó una codificación por separado de los grupos focales, que se puso en común en sucesivas reuniones.

Los resultados mostraron que las variables de género y edad actúan de forma combinada en el aprendizaje del consumo de bebidas embriagantes, así como en las expectativas y motivaciones que los jóvenes tienen sobre dicha práctica. Además, señalan que la implicación con el alcohol se asocia a ciertos periodos de desarrollo, identifican tres etapas diferenciadas: 1) en la primera etapa los roles de género se encuentran claramente definidos el consumo de alcohol y los contextos de ocio son prácticas y espacios masculinos a la que acceden a través de figuras de mayor edad con las que existe un vínculo, por otro lado, existe una práctica relacionada con el cuidado y la protección, se ha identificado que el grupo de iguales funciona como una comunidad protectora que favorece la seguridad de sus integrantes cuando se llevan a cabo conductas de riesgo (en el caso de las mujeres), o bien, de aquellos individuos pertenecientes al mismo grupo y practican un menor consumo (en el caso de los hombres). Los discursos de ambos sexos vinculan la ingesta excesiva de bebidas alcohólicas y la violencia como expresión normalizada y aceptada de la masculinidad; 2) en la segunda etapa se observa cierta transgresión de los roles de género, principalmente por parte de las mujeres donde se observa la generalización del consumo riesgoso en las mujeres que se presenta en la adolescencia tardía (entre los 16 y 18 años), donde se normaliza el consumo asociado con una actitud transgresora. Así mismo, en los grupos focales, ambos sexos refieren algunos episodios violentos realizados por mujeres que son interpretados como una ruptura con los tradicionales roles de género, pero también sobre todo por parte de las mujeres como un modo de subversión y de empoderamiento femenino y; 3) en la última etapa, durante la adolescencia tardía (entre los 19 y 24 años) se advierte una vuelta a los tradicionales roles de género y desaparece ese deseo de transgresión a través del consumo excesivo (Fernández et al., 2019).

De la misma manera otros estudios han buscado explicar el consumo nocivo de alcohol en adolescentes como el elaborado por Gámez-Medina et al. (2017) que tuvo como objetivo identificar la relación entre el consumo de alcohol y el nivel de autoestima en adolescentes mexicanos

escolarizados, en el que participaron una muestra de 688 estudiantes con un rango de edad de 15 a 19 años, a quienes se les aplicó el test AUDIT (Babor et al., 2001) para evaluar el consumo de alcohol, la Escala de Autoestima de Rosenberg que evalúa la percepción positiva/negativa que la persona tiene de sí misma. Se encontró que la media de edad de inicio de consumo es alrededor de los 14 años. Con base en los modelos de regresión logística, se encontró una relación significativa sobre la autoestima y el consumo de alcohol en el último mes ($p < 0.05$) y en los últimos siete días ($p < 0.01$), los datos anteriores podrían explicarse debido a la minimización de los riesgos y la asociación positiva del consumo de alcohol, considerando que el alcohol les brinda estatus, valor, autoconfianza, etc. reforzando la autoestima y que ésta (la autoestima) actúe como factor de incremento en la frecuencia de consumo.

Los resultados hallados anteriormente son consecuentes con los resultados encontrados en el estudio de diseño descriptivo-correlacional de corte transversal, realizado por Ahumada-Cortez et al. (2018) que tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre las expectativas hacia el consumo y el consumo de alcohol en adolescentes mexicanos de nivel medio, la muestra estuvo conformada por 604 estudiantes de 12 instituciones, a quienes se les aplicó el Cuestionario de Expectativas Hacia el Alcohol AEQ (Brown et al., 1980) y el Test de Identificación de Desórdenes por uso de Alcohol AUDIT (Babor et al., 2001). Los resultados mostraron que el 13.7% presento un consumo consuetudinario, el 62.7% fueron del sexo masculino y el 37.3% del sexo femenino. Además, una correlación positiva y significativa de las dimensiones de relajación y sociabilidad con el consumo de alcohol. Es decir que cuando los adolescentes perciben mayor relajación al consumir alcohol, mayor es el consumo de alcohol que se presenta; y al percibir que al consumir alcohol es mayor la sociabilidad con sus iguales, mayor es su consumo.

De la misma forma, Méndez-Ruiz et al., (2018) diseñó un estudio correlacional de corte transversal que tuvo el objetivo de determinar la relación entre la percepción de riesgo frente a las bebidas alcohólicas y el consumo de alcohol en adolescentes mexicanos, la prevalencia de consumo, nivel de percepción de riesgo y los patrones de consumo según el sexo. Se seleccionó una muestra, mediante un muestreo probabilístico de 251 estudiantes de segundo semestre de preparatoria con una media de edad de 15.34 años, el 57.4% fue del sexo masculino, a quienes se les solicitó llenar una cédula de identificación y se les aplicó una adaptación para población mexicana del Cuestionario de Percepción de Riesgo hacia el Consumo de Alcohol (Uribe et al., 2011; en Méndez-Ruiz et al., 2018) y el Test de Identificación de Trastornos Relacionados con el Consumo de Alcohol AUDIT (Babor et al., 2001). Los resultados mostraron, como era esperado, que un mayor nivel de percepción de riesgo frente al alcohol se relacionó con un menor consumo de dicha sustancia, y en mujeres se registró una tendencia a percibir un mayor riesgo. También, la mayoría de los adolescentes (59%) ya habían consumido alcohol en algún momento de su vida y en el último año (51%). El promedio de edad de inicio de consumo en mujeres fue de 13.73 años, y en los hombres de 13.31 años. Respecto a la identificación de patrones de consumo según el sexo, es importante notar que no se registraron diferencias significativas en la percepción de riesgo y los patrones de consumo. Lo cual muestra que la población de estudio es vulnerable al consumo de alcohol.

En otros países también se ha estudiado este fenómeno, Creswell, (2021) tras una revisión sistemática identifica que la mayoría de los adolescentes estadounidenses consumen alcohol en situaciones sociales, teniendo como principal motivación la creencia de “pasar un buen rato con los amigos”. No obstante, una minoría, también consume alcohol en solitario, aproximadamente 14% de adolescentes y entre el 15% al 24% de adultos jóvenes. Encontrando que ambos modos de consumo, el modo social y en solitario, se asocian con un consumo nocivo y problemas relacionados con su ingesta, el consumo social se asocia con un incremento en el consumo cuando el consumo excesivo

se normaliza socialmente, aunque no está completamente explicado por los modelos sociales es atribuible a las características de consumo individuales (por ejemplo, creencias como la anticipación de facilitar sociabilidad) y del contexto social (nivel de familiaridad en los miembros del grupo). Por otro lado, el consumo en solitario ha sido vinculado con el incremento de problemas derivados de la ingesta de alcohol, los adolescentes y adultos jóvenes que beben en solitario refieren un consumo significativamente mayor a aquellos que sólo beben en situaciones sociales. Se ha demostrado que este tipo de consumo puede predecir el desarrollo de un Trastorno por Uso de Alcohol. Así mismo, es importante destacar que los adolescentes y adultos jóvenes reportaron un consumo en solitario y la mayor parte del tiempo bebían en situaciones sociales, sólo de manera ocasional en solitario, de esta forma es posible vincular el consumo nocivo de alcohol tanto en consumidores sociales como cuando beben en solitario.

Sin embargo, parecen ser diferentes los mecanismos de riesgo, los adolescentes y adultos jóvenes que presentan un consumo social reportan la percepción de mejorar las emociones positivas y las experiencias sociales, estas creencias asociadas al alcohol están relacionadas con un consumo problemático y predice problemas subsecuentes por la ingesta de alcohol y síntomas del Trastorno por Uso de Alcohol TUA años después. Los individuos altamente sensibles a estas recompensas sociales y emocionales son particularmente vulnerables a desarrollar un TUA. Otra variable, considerada fue la personalidad, personas extrovertidas reportan un ánimo más positivo y un mayor vínculo social con el uso de alcohol, que aquellas personas menos extrovertidas, además las personas extrovertidas no sólo reciben el refuerzo obtenido por el consumo, sino que derivado de sus altos niveles de extraversión comparten sonrisas con su grupo y reciben mayor refuerzo positivo con las reacciones de su grupo, que aquellos que presentan menor extroversión. En cambio, los consumidores en solitario usan la ingesta de alcohol como una automedicación para hacer frente a las emociones

negativas. Los adolescentes y adultos jóvenes que reportaron este tipo de consumo refirieron beber durante episodios de afecto negativo, pero no durante episodios de afecto positivo (Creswell, 2021).

Estos argumentos mantienen congruencia con el metaanálisis desarrollado por Skrzynski & Creswell (2020), que pretendía comprobar si el consumo de alcohol en solitario podría representar un marcador de riesgo temprano para predecir un trastorno por consumo de alcohol en adolescentes y adultos jóvenes, se tomó como referencia 21 estudios que incluyeron a 28,372 participantes con un rango de edad de 12 a 30 años, logrando concluir que el consumo de alcohol en solitario entre adolescentes y adultos jóvenes parece estar asociado con problemas psicosociales y como una forma de hacer frente a los problemas, lo que supone que el consumo en solitario es considerado como un modo de afrontamiento y con la creencia de que el alcohol tiene la capacidad de aminorar o mitigar los sentimientos negativos y percibirse incapaz de resistirse a beber mientras se experimenta el afecto negativo.

El estudio elaborado por Heinrich et al. (2016) relaciona aspectos de personalidad, además de otros factores para explicar el consumo de alcohol en adolescentes. El estudio tuvo un diseño longitudinal y su objetivo fue relacionar las siguientes variables de riesgo: rasgos de personalidad, comportamiento, respuestas cerebrales y las variaciones genéticas (todas ellas en relación con la sensibilidad a la recompensa) con el consumo de alcohol en la adolescencia temprana, para predecir el consumo dos años después y su incremento en la ingesta.

El estudio se realizó con 736 adolescentes con una media de edad de adolescencia temprana de 14.36 y posteriormente una media de edad de 16.45, a quienes se les aplicó en dos tiempos el Inventario revisado de Temperamento y Carácter TCI-R (Cloninger, Przybeck & Svrakic, 1991; en Heinrich et al., 2016), Escala de perfil de riesgo de uso de sustancias SURPS (Woicik, Stewart, Pihl & Conrod, 2009; en Heinrich et al., 2016), Inventario de cinco factores Neuroticismo-Extraversión-

Autenticidad (Costa & McCrae, 1997; en Heinrich et al., 2016) que evalúa la búsqueda de novedad, búsqueda de sensaciones, impulsividad y extraversión, estos instrumentos evaluaron aspectos de personalidad y comportamiento, el test AUDIT (Babor et al., 2001) para evaluar el consumo de alcohol y se utilizó la técnica de imagen por resonancia magnética funcional para evaluar la actividad cerebral referente al proceso de reforzamiento usando una versión modificada del retraso de incentivo monetario MID (Knutson et al., 2001; en Heinrich et al., 2016).

Al realizar el modelo de ecuaciones estructurales los resultados mostraron que la personalidad constituye una variable importante para explicar el consumo de alcohol en la adolescencia temprana, por otro lado, las variaciones genéticas juegan un papel importante en la predicción del consumo de alcohol dos años después y son más importantes para predecir el aumento en la ingesta, es importante mencionar que no hubo diferencias significativas referentes al sexo. Estos resultados pueden complementarse con la investigación desarrollada por Pilatti et al. (2017), que tuvo por objetivo examinar, mediante un estudio longitudinal de dos mediciones, donde se evaluó la impulsividad (como rasgo y conductual) y la toma de riesgos para identificar su influencia recíproca sobre el posterior consumo de alcohol en adolescentes argentinos. Los resultados permitieron evidenciar que el consumo de alcohol en el tiempo 1, de manera particular el consumo episódico elevado, impactaron sobre una mayor toma de riesgos e impulsividad en el tiempo 2. También se identificó que un mayor nivel de impulsividad constituye un rasgo de personalidad con efecto positivo y prospectivo sobre la frecuencia y cantidad de consumo de alcohol, indicando un efecto prospectivo bidireccional positivo entre el consumo de alcohol, la impulsividad y la toma de riesgos.

Los resultados de este estudio son congruentes con los obtenidos en el estudio realizado por Diaz y Moral (2018), que tenía por objetivo identificar la relación entre el consumo de alcohol y la conducta antisocial e impulsividad, para ello se evaluaron 212 adolescentes españoles con un rango

de edad de los 12 a los 18 años, 104 mujeres y 108 hombres, a quienes se les aplicaron los siguientes instrumentos: *Escala Rutgers Alcohol Problem Index* [RAPI] (White & Labouvie, 1989; en Diaz & Moral, 2018)) para evaluar el consumo de alcohol, La Escala de conducta antisocial y Delictiva en Adolescentes (Andreu y Peña, 2013; en Diaz & Moral, 2018) y la Escala de Impulsividad de Barratt (2000; en Diaz & Moral, 2018) para evaluar la conducta antisocial. Se encontró que el consumo de alcohol y la impulsividad cognitiva pueden predecir la conducta antisocial, además no se hallaron diferencias en los patrones de consumo por género, no obstante, si se encontraron diferencias significativas referente a la conducta antisocial siendo está a favor de las mujeres, lo que indica que las mujeres participan más en situaciones de violencia o de conducta antisocial. Esto podría estar relacionado con los hallazgos de la investigación desarrollada por Fernández et al. (2019) en donde se evidencia que en la etapa de los 16 a los 18 años se presenta una actitud transgresora de los roles de género, principalmente en las mujeres.

Por otro lado, existen estudios que permiten identificar el efecto a nivel cerebral que tiene el consumo consuetudinario de alcohol (del que se ha estado hablando) y el de mayor prevalencia en jóvenes y adolescentes de México, en otros idiomas y países se la ha denominado como “*binge drinking*” a este tipo de consumo.

El Consorcio de Neurobiología en Consumidores de alcohol Adolescentes en la Adulthood, NADIA por sus siglas en inglés, es una organización que tiene por objetivo identificar el impacto del consumo consuetudinario de alcohol durante la adolescencia en el desarrollo cerebral y particularmente en los efectos que persisten durante la adultez. Usando modelos animales han logrado comprender las consecuencias específicas de la exposición al alcohol durante este periodo de desarrollo y los mecanismos subyacentes. Se identificó que el consumo intermitente y nocivo de alcohol durante la adolescencia produce cambios duraderos en la conducta del adulto, los cuales son consistentes con

las observaciones en humanos, tales como: el incremento en la ingesta de alcohol, aumento de la ansiedad (particularmente la ansiedad social), incremento de la impulsividad, reducción del comportamiento flexible, daño de la memoria, disrupción del sueño y respuestas alteradas al alcohol. Estos cambios están asociados con múltiples alteraciones moleculares, celulares y fisiológicas en el cerebro. Por lo que el antecedente de consumo nocivo de alcohol durante la adolescencia se relaciona en la adultez con una reducción en la expresión colinérgica, serotoninérgica y de marcadores neuronales dopaminérgicos, disminución en el grosor cortical, decremento de la neurogénesis, alteración de la columna dendrítica y morfología glial. Muchos de estos cambios cerebrales inducidos por el consumo nocivo de alcohol en la adolescencia en modelos animales son replicados en los hallazgos observados en cerebros post mortem de humanos con trastorno por consumo de alcohol (TUA). Estos estudios apoyan la hipótesis de que el consumo excesivo de alcohol en los adolescentes aumenta el riesgo de consumo peligroso de alcohol en la adultez e influye negativamente en el desarrollo del cerebro, proporcionando información sobre nuevos objetivos terapéuticos para neuropatología inducida por el consumo nocivo de alcohol durante la adolescencia y el trastorno por uso de alcohol (Crews et al., 2019).

En este capítulo se pudo revisar la incidencia del abuso en el consumo de alcohol y como el inicio de consumo se ha hecho a edades más tempranas, son diversos los factores que influyen en que los individuos inicien el consumo, sin embargo, en los adolescentes destaca la accesibilidad a la sustancia y las expectativas positivas que se asocian a ella. Las bebidas étlicas afectan al individuo en diferentes áreas: área de la salud, laboral/escolar y social el grado de severidad depende de la cantidad y la frecuencia con la que se consumen. Este apartado permite dilucidar que los adolescentes y jóvenes son una población especialmente vulnerable al consumo de alcohol, debido genera una serie de cambios a nivel cerebral, produciendo alteraciones cognitivas y conductuales, aunadas a una serie de dificultades psicológicas que pueden estar asociadas o no al consumo, y que pudieran

propiciar la conducta violenta. Existen diversos estudios que vinculan el consumo de alcohol con la violencia, de acuerdo con el Reporte Mundial de Drogas (World Drug Report, 2020) la embriaguez puede ser un factor importante del homicidio, desempeña un papel más importante que cualquier otra droga en la violencia. En el siguiente capítulo se abordará el tema de la violencia y su asociación con el consumo de alcohol de manera más detallada.

Capítulo 2. Violencia

La violencia hace referencia a una conducta que perjudica a otra persona ya sea de manera física, estructural o simbólica. La violencia constituye un sistema de interrelaciones que se manifiestan de acuerdo con el sentido social de la época. Dado que es un fenómeno social, representa un área de maleabilidades definidas por los niveles de tolerancia hacia la misma. Esta tolerancia es circunstancial y se define en concordancia con la época y la cultura de una sociedad (González et al., 2012).

La tolerancia a la violencia se asocia fuertemente con la moralidad pública, con las reglas de convivencia para vigilar y controlar a los iguales, con la ética social que genera la tolerancia y con la justificación de ciertos grados de violencia (González et al., 2012). De ahí que sea tan importante tener claridad acerca del concepto de violencia y el contexto donde se aplica.

2.1 Concepto de violencia

Es importante mencionar que la definición de violencia puede equivaler al de agresión, pero no al de agresividad. Tanto la violencia como la agresión son conductas objetivas, observables, no obstante, la agresividad es más una tendencia o impulso del individuo, algo que le puede llevar a actuar de forma violenta, de esta manera la agresividad sería un factor de riesgo (Loínaz, 2017).

Shaver y Mikulincer (2011), definen a la violencia, desde el punto de vista psicológico, como una forma de agresión extrema, especialmente destructiva y cruel. Distinguen entre dos tipos de violencia entre la proactiva, también conocida como instrumental o premeditada; y la violencia reactiva, la cual es hostil e impulsiva.

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud define a la violencia como el *“uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho, o como amenaza, contra uno mismo, otra persona u otro grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte,*

daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones” (Krug et al., 2003; en OPS, 2016). Tales como la intimidación, agresión física con o sin el uso de un arma y la violencia de pandillas. Por lo regular acontece afuera del domicilio, entre individuos con un rango de edad de 10 a 29 años que no son consanguíneos. Frecuentemente las tasas más altas de agresión y victimización se expanden hacia los 30 o 35 años por lo que se sugiere tratar de comprender y prevenir la violencia tomando en cuenta a este grupo de edad (OPS, 2016).

Es importante, considerar que, además, la definición de violencia dependerá del objetivo concreto de cada herramienta o ámbito de aplicación. Asimismo, las víctimas pueden ser conscientes de la agresión, pero no dar consentimiento, someterse bajo coacción o no poseer la capacidad de consentir, aunque no se opongan (por discapacidad o edad) o no ser conscientes de estar siendo agredidas (Loínaz, 2017).

Se recomienda, para comprender mejor el fenómeno de la violencia, tomar en cuenta las características propias de la conducta violenta, que, en resumen, son: 1) Compleja: componentes de diversa índole y con distintas finalidades; 2) Heterogénea: existen distintos tipos de violencia, de agresor y de víctima; 3) Multicausal: es necesaria la combinación de múltiples factores; 4) Intencionada: es resultado de una decisión voluntaria de producir daño, aunque en ocasiones la capacidad de decidir se vea afectada; 5) Infrecuente: al margen de la alarma social, la violencia tiene una baja frecuencia que dificulta su predicción (Pueyo & Redondo, 2007).

2.2 Epidemiología y datos del contexto

De acuerdo con Rodríguez (2016), el homicidio se ha utilizado como un indicador razonable de la delincuencia violenta, así como un indicador de los niveles de seguridad dentro de los estados. A nivel mundial, aproximadamente 200,000 homicidios se registran cada año en jóvenes con un rango de edad de 10 a 29 años, colocando al homicidio como la cuarta causa de muerte en este grupo de

edad. Se calcula que el 83% de las víctimas de homicidio en este grupo etario son de sexo masculino y ocurren en su mayoría en países de ingresos bajos y medianos (OPS, 2016; United Nations Office on Drugs and Crime, 2013).

Durante el 2012, los niveles de violencia en México, presentó una tasa de 21.5 por cada 100,000 de homicidios, apenas por arriba de la tasa por región. No obstante, es importante destacar que dicha tasa ha incrementado exponencialmente tan solo en el 2007 se tenía una tasa de homicidio del 8.1 por cada 100,000 habitantes, siendo este año el récord más bajo en tasa de homicidios y la tasa se ha visto al alza desde entonces (Heinle et al., 2016).

Durante el 2017, se tuvo una tasa de 25.9 por cada 100,000 habitantes, se registraron 47,274 homicidios de los cuales el 62.2% fue de tipo doloso, es decir que el actor de manera voluntaria y deliberada tuvo la intención de matar a la otra persona; y el 37.8% de tipo culposo, que hace referencia a aquella acción en la que se causa la muerte a alguien por imprudencia, negligencia o impericia (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2019; Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública, 2020).

Y durante el 2018 se ha alcanzado una tasa del 29.3 por cada 100,000 habitantes, que representa el 11.6% del total de defunciones registradas. Lo cual indica que aproximadamente 1 de cada 10 defunciones fueron por causas accidentales y violentas, principalmente accidentes, homicidios y suicidios. Es importante mencionar que los homicidios representan la quinta causa de muerte en población en general y la cuarta causa de muerte en hombres. (INEGI, 2019).

Por grupos etarios entre los 15 y los 34 años, en el 2018 las primeras causas de muerte fueron los homicidios, seguido por los accidentes, en esta última categoría se destaca como principal causa a los accidentes automovilísticos. Y de los 15 a los 24 años la tercera causa resulto ser el suicidio, ocupando la quinta causa de muerte en el grupo etario de los 25 a los 34 años (INEGI, 2019).

Por otro lado, hablando de situaciones delictivas y violentas que no concluyeron en homicidio, de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía, durante el 2018 se presentó una tasa de 37,807 incidencias delictivas por cada 100,000 habitantes. De los cuales, las lesiones obtuvieron una tasa de 6,542 por cada 100,000 habitantes, ocupando el segundo lugar de incidencias por tipo de delito (INEGI, 2019).

En lo que respecta a jóvenes que han sido sometidos a diferentes medidas a causa de cometer alguna infracción fue de 13,327 individuos, a inicios del 2016, de los cuales el 93% son hombres. Del total de adolescentes sujetos a alguna medida el 27% se encontraban privados de su libertad por haber realizado una falta grave (Comisión Nacional de los Derechos Humanos [CNDH], 2017).

Durante el mismo año, el estado de Hidalgo obtuvo una tasa de 11.3 por cada 100,000 habitantes de defunciones por homicidio, ocupando el octavo lugar de las tasas más bajas de homicidios en el país. En lo referente a muertes asociadas a causas accidentes y violentas obtuvo una tasa de 49.1 por cada 100,000 habitantes, de las cuales el 62.9% se debió a un presunto accidente violento, el 23% a causa de un presunto homicidio y el 7.8% por presunto suicidio, el resto no tuvo una intención especificada. Es importante mencionar que se encontró por encima de la tasa nacional en defunciones registradas por accidente (INEGI, 2019).

La violencia puede manifestarse de diferentes maneras el homicidio es la manera más extrema, pero también menos frecuente, en el siguiente apartado se presentarán las diferentes formas de la violencia.

2.3 Formas de la violencia

De acuerdo con la tipología por Krug y colaboradores (2003; en OPS, 2016), la violencia puede dividirse en tres categorías generales, según el contexto en que acontezca: violencia dirigida contra uno mismo; violencia interpersonal; y violencia colectiva.

- La violencia dirigida contra uno mismo se subdivide en comportamiento suicida y automaltrato. Lo primero comprende las ideas suicidas, los intentos de suicidio y los suicidios consumados. En cambio, el automaltrato comprende actos tales como la automutilación (OPS, 2016).
- La violencia interpersonal es la que se produce entre individuos. La categoría se subdivide en violencia doméstica y de pareja, la cual abarca el maltrato infantil, violencia perpetrada por la pareja y el maltrato contra las personas de edad avanzada; y, por otro lado, la violencia comunitaria, la cual se subdivide en violencia perpetrada por personas conocidas o por extraños y comprende la violencia juvenil, la violencia a manos de desconocidos, la violencia relacionada con delitos contra la propiedad y la violencia en los lugares de trabajo y otros contextos institucionales (OPS. 2016).
- Finalmente, la violencia colectiva hace referencia a los actos de violencia cometidos por grupos más grandes y puede subdividirse en violencia de orden social, político o económico (OPS, 2016)

A la clasificación anterior se yuxtapone la clasificación por la naturaleza de los actos violentos, que puede ser de manera física, sexual, emocional, psicológica y/o como resultado de la negligencia (OPS, 2016).

Ismael Loinaz (2017), identifica las siguientes categorías de violencia:

- Violencia interpersonal inespecífica: dirigida contra cualquier persona con la que no exista una relación de pareja y no tenga contenido sexual
- Violencia sexual: incluye conductas sexuales de cualquier tipo.
- Violencia de pareja: dirigida en contra de una persona con la que existe o existía una vinculación afectiva de pareja.
- Acoso: acecho consistente en contactos de cualquier tipo (comunicación, aproximación, envío de objetos, etc.) repetidos e indeseados por la víctima.
- Violencia laboral: conductas airadas, acoso, *mobbing*, amenazas u homicidio dentro del contexto laboral.
- Violencia patriarcal: crímenes de honor, dirigidos principalmente contra las mujeres por considerar que ha ofendido el honor de la familia, el cual debe ser restaurado a través de esta agresión.
- Violencia intrainstitucional: violencia dentro de instituciones como centros penitenciarios, psiquiátricos. En muchos casos se incluyen bajo esta etiqueta las autolesiones y la victimización.
- Radicalización, extremismo o terrorismo: Actos de violencia ideológicamente motivados.
- Suicidio: violencia dirigida contra uno mismo.
- Maltrato a ancianos: daño físico real, intentado o amenazado, a una persona de edad avanzada.

En resumen, la tipología de la violencia se clasifica por la naturaleza que puede ser: física, sexual, psicológica y/o de privación o negligencia; y por la dirección a la afecta: autodirigida (conducta suicida, automaltrato), interpersonal (familia/pareja y comunitaria) o colectiva (social, política y económica). Para explicar la presencia de este fenómeno se presentarán, a continuación, los factores que están implicados y que facilitan dicha conducta.

2.4 Factores de riesgo

La violencia obedece a la influencia de factores de riesgo en muy distintos niveles y en diferentes etapas de la vida de una persona, mientras más factores de riesgo estén acumulados mayor es la probabilidad de que la persona se vea involucrada en episodios de violencia. Los factores de riesgo se producen a nivel individual, en el de la familia y personas cercanas, en el de la comunidad y en el de la sociedad en general. Es importante considerar que los factores que se presentan en la lactancia o primera infancia pueden aumentar ostensiblemente la probabilidad de que una persona se vea involucrada en actos de violencia en la adolescencia y la edad adulta (OPS, 2016; Loinaz, 2017).

Un estudio realizado en la República Dominicana con adolescentes reclusos mostró que la mayoría de éstos presentan conductas de riesgo a edades tempranas, la mayoría reportó robos para vender y adquirir alcohol y drogas. Asimismo, encontraron que las motivaciones principales al delito fueron la impulsividad, desregulación afectiva, así como la disponibilidad de oportunidades para delinquir acompañadas de la falta de consecuencias ante dichas conductas cometidas (Ripley et al., 2014).

Conducta Agresiva y Antecedentes de Violencia La agresividad y las conductas violentas tienden a manifestarse de manera temprana. Los niños con conductas problemáticas o tendencias agresivas tienen mayor riesgo de presentar conductas violentas. Se ha visto que la aparición de

conductas agresivas antes de los 13 años es un predictivo para la aparición de conducta violenta (OPS, 2016).

Implicación de Delitos Graves y en la Delincuencia La participación en actividades delictivas es uno de los factores que tienen mayor asociación con la violencia juvenil al cabo de los años. Los delitos juveniles, aunque no sean violentos, son el factor predictivo más importante respecto de la presencia de conductas violentas y delitos graves futuros (OPS, 2016).

El Alcohol y las Drogas Ilícitas Existen estudios que demuestran que la mayoría de los incidentes violentos suelen ocurrir en situaciones de intoxicación alcohólica. Esto podría estar asociado al efecto que tiene el alcohol, puesto que afecta las funciones cognitivas y físicas de manera directa, reduciendo el autodomínio y la capacidad de procesar la información y sopesar los riesgos (OPS, 2016)

El Sexo Los jóvenes de sexo masculino tienen mayor riesgo de cometer actos de violencia y/o de ser víctima de ellos (OPS, 2016). Este dato es congruente con lo reportado por el INEGI (2019), donde es posible notar que la mayor prevalencia de homicidios, accidentes violentos y suicidios se presentan en el sexo masculino.

Educación El mal desempeño académico, la falta de apego a la escuela, los cambios de escuela frecuentes, el ausentismo y la deserción escolar son factores de riesgo de violencia juvenil (OPS, 2016).

En México de cada 100 niños que entran a la primaria, 76 ingresan a la secundaria, 48 al bachillerato y 21 a la universidad, aunque solamente 13 logren titularse. Solo el 54% están inscritos en el sistema educativo, lo que constituye el promedio más bajo entre los países de La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (Ramírez, 2016).

Además, México es el que cuenta con mayor nivel de deserción escolar, especialmente en adolescentes de entre 15 y 18 años. Las dos principales razones por las que desertan los adolescentes en el nivel medio-superior son: las carencias económicas de sus hogares (52%) y los embarazos tempranos, que representó el 23% de los casos (CNDH, 2017).

Pobreza Se ha encontrado que la pobreza tanto en el hogar como en la comunidad es un indicio de futura violencia. Los jóvenes de familias de estrato socioeconómico bajo tienen un riesgo dos veces mayor de participar en delitos violentos. Asimismo, la baja situación socioeconómica se asocia con un riesgo mayor de cometer intimidación o ser víctima de ella. Además, se ha encontrado una asociación directa de la pobreza y desigualdad económica con las tasas de homicidios (OPS, 2016).

Maltrato Infantil El maltrato físico, el abuso sexual, el maltrato emocional y el desamparo de los niños se considera maltrato infantil. Los niños que han sido maltratados tienden a ser antisociales y violentos en la niñez y la adolescencia y tienen una mayor tendencia a cometer delitos violentos en etapas posteriores (OPS, 2016)

La aptitud de crianza de los padres y la relación Padres-Hijos Varios aspectos de las relaciones entre padre e hijos permiten pronosticar si un niño se verá involucrado en conductas delictivas y/o de violencia. Entre ellos figuran la supervisión, la disciplina ejercida por los padres y los mecanismos de refuerzo, la calidad de la relación emocional y la medida en que los padres procuran interactuar con sus hijos. Se ha evidenciado que la disciplina demasiado dura o punitiva también resulta ser un factor predictivo en relación con la violencia en años posteriores (OPS, 2016).

Compañeros Antisociales y Falta de Vinculación social El trato con amigos de conducta agresiva, violenta o delictiva aumenta el riesgo de que un joven participe en actos violentos (OPS, 2016). La dirección de la asociación no se ha clarificado, puesto que algunos estudios indican que los compañeros antisociales pueden reforzar la conducta antisocial, otros sustentan que los adolescentes

y jóvenes que ya son propensos a cometer actos violentos eligen asociarse con compañeros antisociales (Kendler et al., 2008).

Implicación de los Padres y/o Familiares en Conductas Antisociales y Delictivas El comportamiento antisocial tiende a concentrarse en las familias. Los padres que manifiestan conductas antisociales tienden a tener hijos que también las manifiestan. También existen mayores probabilidades de que se presenten este tipo de conductas si hermanos o primos han presentado previamente conductas de violencia y/o delictivas (OPS, 2016).

Psicopatología y Violencia Diversas variables psicológicas que guardan relación con la impulsividad permiten pronosticar la violencia. Por ejemplo, la hiperactividad, falta de concentración, agitación, conductas de riesgo y la búsqueda de sensaciones intensas. Estos rasgos de personalidad y de conducta se han visto asociados con ciertas afecciones del sistema nervioso y predisposiciones genéticas que, al combinarse con circunstancias adversas en la infancia, pueden aumentar el riesgo de presentar conductas violentas (OPS, 2016).

Existen algunos otros factores que se han encontrado relacionados con las conductas violentas pero que no tienen una relación directa o tienen menor fuerza de relación pero que deben tomarse en cuenta, estos son: la poca inteligencia, padres adolescentes y acceso a las armas de fuego (OPS, 2016).

Por otro lado, se ha encontrado que los mecanismos de protección social muestran una asociación inversa con las tasas nacionales de homicidios, lo que sugiere que las políticas económicas que fortalecen la protección social pueden mitigar las consecuencias sociales y económicas en quienes viven la pobreza, y que confieren protección contra la violencia (OPS, 2016).

La violencia es un fenómeno complejo que se alimenta de múltiples factores, puede presentarse de múltiples maneras e incluso puede encubrirse, disimularse e incluso normalizarse por lo que es importante contar con una serie de herramientas que permitan evaluar este fenómeno.

2.5 Evaluación

La evaluación de sujetos violentos o delincuentes es un objetivo muy complejo en el que influyen muchos factores como los siguientes: la deseabilidad, subjetividad y la relación de causalidad (la búsqueda de una explicación a conductas atroces). En la evaluación de violencia resulta importante considerar no solo la conducta en sí, sino también su intención y sus consecuencias (Loinaz, 2017).

La estrategia más utilizada para predecir el comportamiento violento, anclada en la tradición clínica, consiste en evaluar o diagnosticar la peligrosidad en un individuo. Frente a esta estrategia se ha propuesto la valoración del riesgo de violencia (Pueyo & Redondo, 2007). Son diversas las herramientas y técnicas existentes para evaluar aspectos relacionados con la violencia, la agresividad o variables vinculadas a alguna de estas, como los distintos rasgos de personalidad (Loinaz, 2017).

En México, para la evaluación del riesgo de violencia, se cuenta con la validación del Cuestionario de Agresividad A-Q, el cuestionario de personalidad EPQ-A y la Escala de Conducta Disocial (ECODI27)

Escala de Conducta Disocial (ECODI 27) La versión adaptada y validada para población mexicana cuenta con 27 ítems divididos en seis escalas: robo y vandalismo, travesuras, abandono escolar, pleitos y armas, grafiti y conducta opositora desafiante. Su formato de respuesta es una escala Likert 1 'totalmente de acuerdo' a 5 'totalmente en desacuerdo'. Presenta un Alfa de Cronbach de .91 (Moral & Pacheco, 2011).

El Cuestionario de agresión A-Q (Bussy y Perry, 1992; en Pérez, 2013), consta de 29 reactivos, que evalúan la agresividad física, la agresividad verbal, la ira y hostilidad, presenta un formato de Likert que va de 1 'muy rara vez' a 5 'muy frecuentemente'. En México se han estudiado las propiedades psicométricas de este instrumento por Pérez (2013), mostrando índices aceptables de validez y confiabilidad.

El cuestionario de personalidad de Eysenck, cuenta con 86 reactivos que evalúan las tres dimensiones del modelo de Eysenck: Extraversión, Neuroticismo y Psicoticismo. Cuenta con un rango de confiabilidad de 0.68 a 0.87 (Eynseck y Lara-Cantú, 1989 en Loinaz, 2017). Existe también la versión adaptada para niños, dicha versión consta de 97 reactivos y su rango de Confiabilidad es de 0.84 a 0.69 (Eynseck y Lara-Cantú, 1992 en Loinaz, 2017).

Como se ha visto no es fácil la evaluación de la violencia y existen importantes huecos de conocimiento en torno a este problema social. Ya se han citado algunos estudios que han permitido reconocer el importante papel que tiene el consumo de alcohol durante la adolescencia en la aparición de dicho problema. Por consiguiente, a continuación, se presentan los estudios más recientes que evalúan la relación y prevalencia entre el consumo de alcohol y la presencia de conductas violentas.

2.6 Consumo de Alcohol y violencia

El consumo de alcohol afecta las funciones cognitivas y físicas de manera directa, lo cual reduce o altera el autodominio y la capacidad de procesar la información y sopesar los riesgos. Además, puede aumentar la impulsividad y hacer que algunos bebedores se vuelvan más propensos a cometer actos violentos. La población que comienza a beber a una edad temprana y con frecuencia es especialmente susceptible de cometer actos de violencia o de ser víctima de estos (OPS, 2016).

Desde el punto de vista de la neurobiología, se ha demostrado que las diferencias individuales en la neurotransmisión serotoninérgica y las interacciones con influencias ambientales aversivas son un factor importante en la predisposición para que el consumo de alcohol induzca a presentar conductas agresivas. Debido a que las influencias ambientales estresantes (como el aislamiento social en la primera infancia) está asociado a la disminución del metabolismo central de la serotonina generando un aumento en la impulsividad, la agresión y el consumo excesivo de alcohol (Barr et al., 2004). Sería importante que esto pudiera relacionarse, asimismo, con la presencia de esquemas desadaptativos tempranos.

El metabolismo de la serotonina también correlaciona con el grado de inhibición del metabolismo prefrontal resultante del consumo de alcohol, es decir, los efectos sedantes agudos del alcohol se reducen en individuos con un metabolismo bajo de serotonina, esto predispone al individuo a un consumo excesivo de alcohol, probablemente porque falta esa señal de advertencia cuando se consume “demasiado” alcohol. Una predisposición genética a la vulnerabilidad al estrés, que conduce a una reducción de la neurotransmisión serotoninérgica en caso de influencias ambientales negativas, por lo tanto, puede favorecer tanto el desarrollo del consumo excesivo de alcohol como la manifestación de un comportamiento agresivo (Heinz et al., 2001).

En este capítulo fue posible exponer la complejidad de la conducta violenta y considerar como existen diferencias culturales para considerar una conducta como violenta, esto hace que sea difícil su evaluación. Las formas de la violencia son múltiples y pueden ir dirigidas hacia uno mismo, hacia otra persona o hacia alguna organización o comunidad. Existen diversos factores que influyen en la aparición de esta conducta, tales como el nivel educativo, el sexo, un nivel socioeconómico bajo, ser víctima de violencia o vivir en un entorno violento y el consumo de sustancias, siendo el alcohol el que se ha encontrado tiene mayor relación con la presencia de conducta violenta.

Es importante considerar que la violencia interpersonal y el consumo nocivo o peligroso del alcohol son algunos de los principales problemas a los que se enfrenta la salud pública mundial. Ambos suponen pesadas cargas para la salud de las poblaciones, la cohesión de las comunidades y la prestación de servicios públicos como la atención sanitaria y la justicia penal. Además, ambos están relacionados con características de personalidad tales como impulsividad, dificultad para el manejo de emociones negativas y la presencia de conductas desadaptadas. Así mismo, es importante considerar que la población más vulnerable son los adolescentes y adultos jóvenes, de acuerdo con la OMS (OPS, 2016).

Partiendo de la teoría de los esquemas desadaptativos (Young, McGinn y Young, 1996, en Huerta et al., 2017) tanto la conducta violenta como el consumo de sustancias podrían tener su origen de manera indirecta o directa con estas estructuras que se manifiestan por los ambientes estresantes que son significativos a cada esquema particular. Cuando estos se accionan, los esquemas dan lugar a emociones enormemente fuertes en el individuo, dependiendo de los contenidos de los esquemas éstos orientan finalmente el comportamiento del individuo, conduciendo al sujeto a una sucesión de dificultades psicológicas. Siguiendo con esta lógica se explica el modelo en el siguiente capítulo.

Capítulo 3. Esquemas Desadaptativos

3.1 Modelo de Esquemas Desadaptativos Tempranos (EDT)

La terapia de esquemas (TE) es un vasto modelo conceptual de tratamiento unificado que mezcla nociones, procedimientos terapéuticos y componentes de los siguientes enfoques: cognitivo-conductual, Gestalt, teoría de apego, relaciones objetales, psicoanálisis y constructivismo, construyendo un sólido modelo teórico (López et al., 2011; Young et al., 2013) Aunque cabe destacar que esta teoría se fundamenta principalmente en el concepto de *esquema central* de la teoría cognitiva (Londoño et al., 2012)

Desde la perspectiva de Young (1999), la Terapia Cognitiva (TC) clásica no poseía con un progreso lo suficientemente extenso y especial para dar servicio a personas diagnosticadas con un trastorno de personalidad, en consecuencia, propone con fundamentos hacer modificaciones al modelo. Asimismo, argumenta que individuos con trastornos de personalidad no cuentan con los siete supuestos de la TC, los cuales se enuncian a continuación:

1. *Los pacientes tienen acceso a sus emociones con un periodo corto de adiestramiento.* Sin embargo, individuos con trastornos de personalidad tienen la tendencia afectiva de bloquear sus emociones.
2. *Los pacientes pueden acceder a sus pensamientos en un periodo corto de adiestramiento.* Personas con problemas de personalidad afirman ser incapaces de identificar sus pensamientos automáticos o no poseer imágenes cognitivas.
3. *Los individuos tienen identificado su problema en el cual se centran (enfocan).* Sin embargo, a algunos pacientes difíciles les cuesta trabajo o presentan vaguedad para definir su problema.

4. *El paciente tiene la motivación para realizar las tareas asignadas, así como para llevar a cabo las estrategias de autocontrol aprendidas.* Pero es complicado obtener la participación y motivación para trabajar entre las sesiones con pacientes que presentan un trastorno de personalidad. Además de que resulta difícil el seguimiento de las tareas y/o deberes que se asignan en terapia.
5. *El paciente puede entablar una relación de colaboración con el terapeuta en unas pocas sesiones.* Los pacientes con trastornos de personalidad muestran dificultades en sus relaciones interpersonales, lo cual interfiere para establecer una buena alianza terapéutica.
6. *Las dificultades en la relación terapéutica no es el objeto principal del problema.* Sin embargo, en los pacientes con trastornos de personalidad, el problema central suele ser interpersonal, por lo que el terapeuta puede hacer uso de la relación terapéutica para observar ese problema.
7. *Todos los pensamientos y conductas patrones pueden ser cambiados mediante el análisis empírico, discurso lógico, experimentación, práctica y cambios progresivos.* A menudo se presentan dificultades para modificar las creencias rígidas en este tipo de pacientes. Y las técnicas utilizadas en la terapia cognitiva, en muchos casos no es suficiente para cambiar los patrones autodestructivos y la rigidez de los pensamientos.

Por estas razones, Young (1999) busca completar e incrementar la eficacia clínica en los pacientes que presentan un trastorno de personalidad, mediante la propuesta de una nueva forma de terapia. Hipotetiza que algunos esquemas, se desarrollan principalmente como resultado de experiencias infantiles nocivas y podrían ser el núcleo de trastornos y problemas caracterológicos leves.

La TE es desarrollada por Jeffrey Young (1990; 1993 en López et al., 2011) para tratar a pacientes que reciben un diagnóstico de trastornos de personalidad o aquellas personas con

problemas psicológicos que se consideran difíciles de tratar. O bien, para problemas psicológicos graves, arraigados, de larga duración, y que presentan dificultades por generar y mantener la estabilidad sintomática, recaídas constantes, problemas interpersonales o rigidez de patrones conductuales.

Con la finalidad de explorar esta idea, él definió a este subconjunto de esquemas con el nombre de Esquemas Desadaptativos Tempranos (EDT). Y pone especial atención en su contenido; desarrolla los conceptos de esquemas desadaptativos tempranos, dominios de los esquemas y de los procesos responsables de perpetuar dichos esquemas: mantenimiento, evitación y compensación de los esquemas (Londoño et al., 2012).

Dentro de este enfoque un esquema desadaptativo temprano se define como una estructura extremadamente estable y duradera que se elabora durante la infancia, se desarrolla a través de toda la vida del individuo, y son altamente disfuncionales (Young, 1999). Posteriormente se definen a los esquemas como un *“tema o patrón amplio y generalizado, que comprende recuerdos, emociones, cogniciones y sensaciones corporales, que influyen en la relación con uno mismo y con otros”*. También, sostienen que son desarrollados durante la infancia o la adolescencia, pero que siguen elaborándose a lo largo de la vida y tienen un nivel altamente disfuncional (Young et al., 2013).

Los esquemas desadaptativos cuentan con una serie de particularidades, que les permiten identificarse y son importantes a considerar para poder comprenderlos, las cuales se enuncian en el apartado siguiente.

3.2 Esquemas Desadaptativos Tempranos (EDT)

De acuerdo con Young et al. (2013), los EDT tienen las siguientes características que los definen:

1. Son convicciones y emociones incondicionales (constantes) respecto a uno mismo en correspondencia con el medio. Son certezas (prejuicios) tácitas, aceptadas por el individuo. Cuando estas creencias son activadas, las personas creen que lo más que pueden hacer es ocultar o retardar los resultados negativos, ya que estos resultados son inevitables, como el rechazo o el castigo.
2. Los EDT se autoperpetúan, haciéndose extremadamente inflexibles al cambio. Debido a que éstos se desarrollan a etapas tempranas de la vida del individuo, a menudo conforman el núcleo de ideas que conformarán el autoconcepto, así como el concepto que el individuo formará de su entorno. La amenaza de un cambio de esquemas representa una rotura brusca para la estructura mental. Razón por la cual, la persona recurre a diversas maniobras cognitivas (las cuales se describirán más adelante) para mantener dichos esquemas intactos.
3. Por definición los Esquemas Desadaptativos Tempranos deben ser significativamente disfuncionales y recurrentes. Young tiene la hipótesis de que los EDT pueden conducir directa o indirectamente a estados de malestar psicológico (*distress*), tal como la depresión o el pánico; a relaciones destructivas o a la soledad; a un inadecuado desempeño en el trabajo; a adicciones; o a trastornos psicósomáticos.
4. Por lo regular, los EDT se activan por situaciones significativas para un esquema particular. Esto producirá pensamientos congruentes con el esquema acompañados de una gran carga afectiva.
5. Los esquemas desadaptativos tempranos están usualmente mucho más vinculados con altos niveles afectivos cuando son activados, que las asunciones fundamentales.

6. Finalmente, los EDT podrían ser la consecuencia de la relación entre temperamento innato infantil y la interrelación con experiencias disfuncionales con las figuras parentales, hermanos y compañeros. Más que un efecto de situaciones traumáticas aisladas.

Asimismo, es importante comprender la etiología de los esquemas, la cual será muy particular para cada individuo. Ahora, se presentarán las diferentes circunstancias o causas que dan origen a los esquemas desadaptativos. De acuerdo con López et al. (2011) los esquemas deben su origen a diversos factores tales como:

Necesidades Emocionales Básicas Insatisfechas Los esquemas son el resultado de necesidades emocionales básicas que no fueron satisfechas durante la infancia. Postulan cinco necesidades emocionales básicas humanas (Young et al., 2013):

- 1) Apego seguro (pertenencia): incluye seguridad, estabilidad, aceptación, afecto y cariño.
- 2) Autonomía, sentido de competencia e identidad.
- 3) Libertad de expresar y validar necesidades y emociones.
- 4) Espontaneidad y juego.
- 5) Límites realistas y autocontrol.

Estas necesidades son universales, en el 2010, Young incluye al amor, el elogio, la empatía y a la protección de daños y abusos como necesidades básicas infantiles. Una persona psicológicamente sana es aquella que puede satisfacer de forma adaptativa esas necesidades básicas (Young et al., 2013). El objetivo de la terapia de esquemas es ayudar a los pacientes a encontrar una manera saludable y adaptativa de satisfacer esas necesidades (Young, 1999).

Experiencias Infantiles Negativas (tóxicas) Los esquemas que se desarrollan durante la infancia, y que generalmente son más fuertes, tienen su origen dentro del núcleo familiar. En gran

medida estas experiencias familiares infantiles representan toda la dinámica del mundo del niño. Cuando un paciente se encuentra en una situación adulta que le activa sus EDT, usualmente lo que están experimentando es un drama de su infancia, usualmente con uno de los padres (Young et al., 2013).

Otras circunstancias que pueden influir en la madurez del niño, y contribuir en el desarrollo de esquemas, son aquellas situaciones que se viven con los compañeros e iguales, la escuela, grupos de la comunidad y la cultura en la que se desarrolla el individuo. Aquellos esquemas que se desarrollan a una edad más tardía son generalmente mucho menos dominantes y fuertes. Es decir, la mayor severidad y resistencia al cambio depende de lo temprano o tardío de la edad en que se generaron, de la cantidad de figuras significativas que lo generaron y de la cantidad o duración de las situaciones que lo generaron (Young & Klosko, 2007 en López et al., 2011).

Los tipos de experiencias vitales que promueven el desarrollo de EDT son cuatro: 1) *frustración tóxica de necesidades*, esto ocurre cuando el niño recibe muy poco de “algo” bueno; 2) *traumatización o victimización*, esto se debe a la crítica, daño, victimización y control excesivo del niño; 3) *Recibir “demasiado de algo bueno”*, que en moderación resultaría saludable y, finalmente; 4) *Interiorización selectiva o identificación con otros significativos*, el niño se identifica de manera selectiva e interioriza los pensamientos, sentimientos, experiencias y comportamientos de sus padres.

Temperamento Emocional El temperamento emocional de los niños es especialmente importante, cada niño posee una única y distinta personalidad o temperamento desde el nacimiento. Kagan et al. (1988 en Young et al., 2013) han generado un acervo de investigaciones acerca de los rasgos temperamentales presentes en la infancia y han encontrado que estos son notablemente estables a lo largo de la vida. Es posible que el temperamento se mantenga a lo largo de toda la vida de un sujeto y que sea relativamente inmodificable mediante la psicoterapia únicamente. El

temperamento emocional interactúa con los eventos infantiles dolorosos en la formación de esquemas. Desde la perspectiva de estos autores los diferentes temperamentos exponen a los niños a diferentes condiciones de vida, es decir, diferentes temperamentos hacen que circunstancias similares de vida tengan un efecto distinto en cada niño, haciendo a unos niños más susceptibles a una situación que a otros (Young, 2010).

3.3 Dominios de Esquemas y Los Esquemas Tempranos Desadaptativos.

El modelo propuesto por Young (1999, 2013) consta de dieciocho esquemas distribuidos en cinco categorías que representan necesidades básicas emocionales insatisfechas, a las cuales nombró dominios de esquemas, los cuales se mencionan a continuación:

Dominio I: Desconexión y rechazo. Se mantiene la expectativa de que las necesidades de seguridad, crianza, estabilidad, empatía, compartir sentimientos, aceptación y respeto, no se cumplirán de una forma predecible. El origen familiar es típicamente desintegrado, frío, rechazante, retraído (*withholding*), solitario, explosivo impredecible o abusivo (Young et al., 2013).

Dominio II: Daño de la autonomía y rendimiento Expectativas acerca de que uno mismo y el ambiente interfieren con las habilidades percibidas como necesarias, para la emancipación individual, sustento, independencia o para el desempeño exitoso. El origen familiar típico de estos sujetos es un hogar confuso que socava la confianza de los niños, es sobreprotector, o bien, no refuerza a los niños a un desempeño competente para la realización de actividades fuera del hogar (Young et al., 2013).

Dominio III: Límites insuficientes. Deficiencia en los límites internos, responsabilidad con los otros u orientación hacia metas a largo plazo. Conduciendo a la dificultad para respetar los derechos de otros, cooperar con otros, hacer compromisos, o establecer y cumplir objetivos realistas personales. Las familias se caracterizan por ser permisivas, sobreindulgentes, con falta de orientación,

o con un sentido de superioridad, en lugar de una confrontación apropiada, límites y disciplina en relación con la toma de responsabilidades, cooperación recíproca y el establecimiento de metas (Young et al., 2013).

Dominio IV: Orientación hacia los otros. Atención excesiva a los deseos, sentimientos y respuestas de los otros, a expensas de las propias necesidades con la finalidad de obtener amor o aprobación, mantener una sensación de conexión, o evitar represalias. Por lo general, implica la supresión y la falta de conciencia acerca de la propia ira y predisposición natural. Los individuos que desarrollan esquemas contemplados dentro de este dominio provienen de familias que basan la aprobación en condiciones, obligando a los niños a suprimir aspectos importantes de sí mismos. En muchas familias las necesidades de los padres, o las demandas para mantener un estatus o la aceptación social, tienen mayor importancia que las necesidades o emociones de los niños (Young et al., 2013).

Dominio V: Hipervigilancia e Inhibición. Inclinação por suprimir los sentimientos espontáneos, impulsos y elecciones, exigir cumplimiento rígido, internalización de reglas y expectativas acerca del rendimiento y comportamiento ético, a menudo a expensas de la felicidad, expresión, relajación, relaciones cercanas o la salud. Son familias severas, demandantes y punitivas. Por lo general, hay una corriente de pesimismo y preocupación constante de que las cosas se colapsen si uno deja de estar alerta y cuidadoso (Young et al., 2013). A continuación, en la Tabla 2, se presentan los esquemas distribuidos en los cinco dominios y que se originan a partir de estos.

Tabla 2

Dominios y Esquemas Tempranos Desadaptativos

Dominio	ETD	Definición
I. Desconexión y rechazo	1) Abandono	Impresión de que el apoyo y la relación con los demás es inestable o poco seguro
	2) Desconfianza/Abuso	Creencia de que las otras personas podrían herirlos, manipularlos, humillarlos, abusarán o les mentirán
	3) Privación emocional	Sensación de que no serán satisfechas las necesidades emocionales por los demás. Formas habituales: carencia de cuidados, empatía y seguridad
	4) Defectuosidad/ Vergüenza	La idea que uno es imperfecto, indigno, bajo, insufrible o inaceptable. Los demás no pueden quererlo significativamente
	5) Aislamiento social /Alienación	Percepción de no-pertenencia y que es distinto a los otros, que está aislado del resto del mundo
II. Daño de la autonomía y rendimiento	6) Dependencia/ Incompetencia	Sensación de incapacidad para hacer las actividades habituales de forma competente, sin ayuda
	7) Vulnerabilidad	Temores desproporcionados a un desastre que no se pueda prevenir (médicos, emocionales, fobias o catástrofes externas)
	8) Apego confuso/ Yo inmaduro	Perdida de la individualización, evolución social anormal debido a un involucramiento emocional excesivo (padres)
	9) Fracaso	Certeza de que se fracasó, se equivocará o es deficiente su rendimiento en comparación con grupos de iguales
III. Límites insuficientes	10) Grandiosidad	Sensación de superioridad, dándole beneficios y derechos particulares, sin tener que limitarse a reglas de reciprocidad
	11) Insuficiente autocontrol o autodisciplina	Problemas para tolerar la frustración o tener el autodomio para conseguir metas
IV. Orientación hacia los otros	12) Subyugación	Sumamente sometidos al poder o dominio de los otros, para evitar enojos, venganza, desprecio o abandono.
	13) Autosacrificio	Enfocarse de manera desmedida y voluntaria a las necesidades de otros, a costa de la autosatisfacción
	14) Aprobación o reconocimiento	Atención excesiva en la atención, aceptación o reconocimiento de los demás, a costa de la seguridad realista en uno mismo
V. Hipervigilancia e inhibición	15) Negatividad/Pesimismo	Enfocarse en elementos negativos de la vida diario, minimizando o negando lo positivo
	16) Inhibición emocional	Abstinencia exagerada de actuar, sentir o comunicarse de manera natural, desinhibida
	17) Estándares inflexibles/Hiper crítica	Convicción aguda de tener que afanarse por alcanzar unos estándares de rendimiento y conducta muy altos.
	18) Punitividad	Suponer que los individuos deben ser castigados ante cualquier falla, inclusive si se trata de sí mismo

Fuente: Elaboración personal

Como resultado de la insatisfacción de estas cinco necesidades básicas identificadas por Young, los esquemas tendrán mecanismos que les permitan perpetuarse y mantener vigentes una serie de creencias, de respuestas emocionales y conductuales vinculadas con cada esquema particular, a continuación, se describen los mecanismos antes mencionados.

3.4 Operaciones de los Esquemas y Estilos de Afrontamiento Desadaptativo.

En 1999 Young identificó tres principales procesos de los esquemas a los que nombró: 1) Rendición del esquema; 2) Evitación del esquema; y 3) Compensación del esquema. Más tarde Young et al., (2013), identificaron a estos tres procesos como estilos de afrontamiento desadaptativos y se reagruparon en dos los procesos básicos de los esquemas: 1) Perpetuación, que incluye todo lo que hace el paciente (pensamientos, emociones o conductas) que sostiene y perpetúa al esquema; y 2) Sanación, se refiere a todo lo que el paciente haga y le produzca la disminución de cualquiera de los componentes del esquema (disminuir la intensidad de los recuerdos conectados con el esquema, la carga emocional, la intensidad de las sensaciones corporales y las cogniciones desadaptativas), y que conlleva a un cambio en la conducta, donde el paciente reemplaza los estilos de afrontamiento desadaptativos por patrones conductuales adaptativos, lo que representa el objetivo de la terapia de esquemas (Young & Klosko, 2007 en López et al., 2011).

Los tres estilos de afrontamiento desadaptativo hacen referencia a las tres respuestas básicas ante la amenaza: lucha, huida y quedarse inmóvil; específicamente la lucha es sobrecompensación, huida es evitación y quedarse inmóvil es rendición. Los estilos de afrontamiento descritos por Young y colaboradores (2003; 2007 en López et al., 2011) se presentan a continuación.

Mantenimiento del Esquema o Rendición Procesos mediante los cuales los esquemas desadaptativos tempranos son reforzados, estos procesos incluyen las distorsiones cognitivas y patrones de conducta autodestructivos. En el nivel cognitivo, el mantenimiento del esquema

usualmente consiste en exagerar o recalcar la información que es congruente con el esquema, y minimizar, negar o anular la información que es contradictoria al esquema; lo que provoca la resistencia del esquema al cambio, manteniéndolo intacto. En cambio, en el nivel conductual, el mantenimiento del esquema se logra mediante patrones de comportamiento autodestructivos. Quizás estos patrones de comportamiento resultaban funcionales dentro de su ambiente familiar donde se desarrollaron. Más tarde, estos patrones conductuales a menudo son autodestructivos y sirven para reforzar los esquemas del paciente (Young et al., 2013).

Evitación del Esquema La intensidad emocional, que se produce ante la activación de un esquema es, por lo general, displacentera, por lo que el individuo desarrolla procesos volitivos y automáticos para evitar la activación del esquema o la experiencia afectiva ligada a éste. Estos procesos pueden ser explicados como un condicionamiento aversivo. Se han observado varios tipos de evitación del esquema, los tres principales tipos son: a) evitación cognitiva, que consiste en el intento volitivo o automático de bloquear los pensamientos y/o imágenes cognitivas que activan el esquema, algunas estrategias para la evitación cognitiva son los llamados mecanismos de defensa del psicoanálisis, tal como la represión, supresión y negación, o bien, la despersonalización; b) evitación afectiva, es el intento volitivo o automático de bloquear los sentimientos que son activados por los esquemas; y c) evitación conductual, es la tendencia a evitar situaciones cotidianas reales o circunstancias que activan esquemas dolorosos, en situaciones extremas la evitación conductual se presenta en casos de aislamiento, agorafobia, evitación de responsabilidades familiares y en el fracaso de intentar hacer cualquier tipo de carrera productiva (Young et al., 2013).

Sobre-Compensación del Esquema Algunos pacientes adoptan unos estilos cognitivos o comportamentales que parecen ser opuestos a lo que se predice, según el conocimiento de sus esquemas tempranos. Los procesos de compensación del esquema suelen ser vistos como un intento

parcialmente exitoso por los pacientes para cambiar sus esquemas, desafortunadamente este proceso implica un fracaso para reconocer la vulnerabilidad subyacente (profunda), lo que deja al paciente sin preparación para el gran dolor emocional en caso de que la compensación del esquema falle o el esquema erupcione (Young,1999; Young et al., 2013).

Por otro lado, los esquemas desadaptativos también tienen un modo particular de manifestarse en cada persona y en cada situación, por lo que este modo es variable, ahora se presentaran los diferentes modos a los que hace referencia el modelo.

3.5 Modos de los Esquemas

El concepto de modos de esquema comprende varios elementos, lo que hace difícil su definición. Involucra el momento a momento de los estados emocionales y de las respuestas de afrontamiento (adaptativas o desadaptativas) que todos experimentamos (Young et al., 2013).

Frente a determinados disparadores el individuo activa algunos de sus esquemas. Lo cual produce que los esquemas activos desplieguen alguno de los varios estilos de afrontamiento característicos de la persona, concretado en cada caso en una de las conductas posibles dentro de ese estilo. Sin embargo, es importante destacar que ciertos esquemas y estilos de afrontamiento se disparan juntos, a estos esquemas y/o estilos de afrontamiento agrupados son los que se denominan “modos”. De tal forma que los “modos” consisten así en pensamientos, emociones y conductas relacionadas que forman parte de un patrón recurrente en la vida del sujeto. Los modos son temporales y se activan ante determinados estímulos (López et al., 2011; Young, 2003).

Young et al. (2013) ha identificado 10 modos de esquema que pueden ser agrupados en 4 categorías: a) Modos de niño; b) Modos disfuncionales de afrontamiento; c) Modos parentales disfuncionales; d) Modos saludables (funcional).

Modos de Niño De acuerdo con Young et al. (2013) los modos de niño son innatos y universales, suponen que todos los individuos poseen la capacidad de desarrollarlos, sin embargo, los acontecimientos o circunstancias de la infancia pueden reducir, anular o incrementar ciertos modos de niño. Más tarde Young y Klosko (2007 como se cita en López et al., 2011) advierten que también representan el campo emotivo de los seres humanos, y que más tarde describirán el estado emocional del paciente, presuponiendo una influencia de variables temperamentales. Establecen cuatro tipos de modo de niño, los cuales se muestran a continuación:

1. *Niño Vulnerable*: Las experiencias usuales para estos esquemas nucleares son las del niño abandonado, niño abusado, niño carente de afecto o niño rechazado.
2. *Niño Enojado*: Surge como resultado de necesidades emocionales insatisfechas. Este modo se identifica cuando la persona se enoja, grita o violenta, sin considerar las consecuencias.
3. *Niño Impulsivo/Indisciplinado*: Manifiesta emociones, acciona por deseo, siguiendo las propias inclinaciones del momento a momento de manera imprudente, sin considerar las posibles consecuencias en ellos u otros.
4. *Niño Feliz*. Es un modo saludable, en ausencia de la activación de esquemas inadaptados. En el modo niño feliz te sientes juguetón, alegre y curioso.

Modos disfuncionales de afrontamiento Son las maneras de afrontamiento aprendidos para poder enfrentar los “modos de niño”, explican cómo los pacientes solucionan eventos problemáticos y manejan las emociones asociadas. Además, coinciden con los tres estilos de afrontamiento desadaptativo descritos con anterioridad (Young et al., 2013).

5. *Sumiso/Claudicante*: Corresponde al estilo de “mantenimiento del esquema o rendición”, es una persona pasiva que cede a los deseos de otros, podría obedecer hasta el punto de

consentir abusos y descalificación, para mantener el vínculo con la otra persona o evadir venganzas o repuestas aversivas.

6. *Distanciado*: Se asocia con el estilo de “evitación”, esta persona elude el dolor provocado mediante una desconexión emocional, abuso de sustancias, autoestimulación, retraimiento, aislamiento u otras formas de escape.
7. *Sobrecompensador*: Los pacientes actúan como si tuvieran la certeza de que fuera verdad todo lo contrario a su esquema desadaptado.

Modos Parentales Disfuncionales Se presentan cuando el individuo imita las actitudes disfuncionales internalizadas de las figuras parentales, que corresponden a las enseñanzas o mandatos recibidos por ellos durante la infancia (Young & Klosko, 2007 en López et al., 2011).

8. *Padre Punitivo*. Desaprueba y castiga las fallas o inhibe las necesidades básicas de la persona.
9. *Padre Demandante*: Busca la perfección y niveles altos de desempeño en el niño, cuando esto no ocurre, se desilusiona, se muestra defraudado, o bien, se culpan a sí mismos por ello, generando culpa o vergüenza en el niño.

Modos Saludables. Son los modos que se busca incrementar mediante la terapia de esquemas, ya que resultan funcionales para el sujeto y están relacionados con el bienestar (Young & Klosko, 2007 en López et al., 2011).

10. *Adulto saludable*. Se muestra con mayor frecuencia en adultos sanos, tiene el poder de modular otros modos. El objetivo de la TE es incrementar y desarrollar la aparición y vigor de este modo, enseñando al paciente a modular, disminuir o sanar otros modos de esquema. El adulto saludable, se relaciona con un buen autoconcepto, lo que genera una sensación de autoeficacia en las propias habilidades, autoestima y compasión (Young & Klosko, 2007 en López et al., 2011).

3.6 Evaluación

Con el objetivo de evaluar los EDT, se desarrolló un cuestionario de esquemas (Schema Questionnaire). La primera versión, se publica en 1990, contenía 123 ítems e identificaba quince esquemas desadaptativos. Más tarde, ese mismo año, Young estableció la existencia de dieciséis esquemas distribuidos en cinco dimensiones. Para identificar las propiedades psicométricas del cuestionario, Young y colaboradores, diseñaron un estudio dividido en tres fases; el primer estudio se realizó con universitarios, hicieron un análisis factorial e indicaron índices de confiabilidad por Alpha de Cronbach por encima de .50 en todas las subescalas; el segundo estudio se llevó a cabo con pacientes ambulatorios de una clínica de salud mental los resultados del análisis factorial coincidieron con el estudio hecho con estudiantes, la principal diferencia entre la muestra de estudiantes y pacientes fue que los esquemas que se distribuyeron en la segunda muestra de estudiantes emergieron como factores independientes en la muestra de pacientes, lo que indica que estos esquemas son los suficientemente distintos en la muestra clínica; y finalmente, en un tercer estudio, participaron 181 estudiantes, a quienes se les aplicó un paquete de pruebas de autoevaluación, que incluyó los siguientes instrumentos: Inventario de Depresión de Beck (1979 en Schmidt et al., 1995), Escala de actitudes disfuncionales DAS (Weissman, 1978 en Schmidt et al., 1995), Cuestionario de Diagnostico de Personalidad – Revisado PDQ-R (Hyer & Rieder, 1987 en Schmidt et al., 1995), Escala de Afectividad positiva/afectividad negativa PANAS (Watson et al., 1988 en Schmidt et al., 1995), Cuestionario de Autoestima de Rosenberg SEQ (Rosenberg, 1965), Cuestionario de esquemas SQ, aplicado en el estudio 1 (Young, 1990) la Lista de 90 síntomas- Revisado. (SCL-90-R, Derogatis, 1994 en Schmidt et al., 1995); los resultados permitieron evaluar la validez convergente y discriminante del cuestionario de esquemas (SQ).

Hasta el momento, la cantidad de esquemas hipotetizados y su definición han ido evolucionando de acuerdo con las diversas revisiones y propuestas. La primera versión abreviada es

publicada en 1998 (Young, 1999). Ambas versiones muestran ser equivalentes en su estructura factorial y confiabilidad (Stopa et al., 2001). De hecho, el cuestionario en su versión abreviada se considera que es más puro factorialmente, ya que está constituido de los cinco ítems de mayor carga factorial del cuestionario en su versión extendida. No obstante, la versión extendida identifica matices más delicados de cada esquema/factor (Young et al., 2013).

Existen estudios previos realizados del Cuestionario de esquemas de Young - tercera versión abreviada, encontrando validaciones en países como: Rumania (Trip, 2006), Turquía (Soygüt et al., 2009), Canadá (Hawke & Provencher, 2012), Alemania (Kriston et al., 2013), Corea (Lee et al., 2015), Estados Unidos (Di Francisco, 2017), Francia (Bouvard et al., 2018), Chile (Quiñones et al., 2018), Australia (Phillips et al., 2019) e Italia (Aloi et al., 2020)

La mayoría de estos estudios no refieren haber aplicado un Análisis Factorial Exploratorio AFE (Aloi et al., 2020; Bouvard et al., 2018; Lee et al., 2015; Phillips et al., 2019; Quiñones et al., 2018; Trip, 2006), no obstante, dos autores mencionan haber empleado el Análisis de Componentes Principales (Schmidt et al., 1995; Soygüt et al., 2009), aun no es posible definir una estructura factorial definitiva. Referente al Análisis Factorial Confirmatorio AFC, los datos son diferentes, mientras que algunas investigaciones demostraron un ajuste adecuado al modelo de 18 esquemas divididos en cinco dominios, propuesto por Young (1999), otras han obtenido resultados distintos (Aloi et al., 2020; Bouvard et al., 2018; Hawke & Provencher, 2012; Lee et al., 2015; Quiñones et al., 2018).

Hasta el momento, no se halló un estudio que evalúe las propiedades psicométricas del YSQ-S3 en población mexicana. Sin embargo, se encontraron análisis psicométricos de la tercera versión extendida (Del Castillo et al., 2016; Herrera, 2014) y de una adaptación infantil (Pedroza Atitlán et al., 2019), en el caso de este instrumento es desarrollado por la autora con base a la teoría de esquemas. En el desarrollo del estudio se realizó un AFC para comprobar la estructura factorial del instrumento

y, al mismo tiempo, conseguir la validez de criterio y confiabilidad. Los datos arrojaron una estructura factorial de diecisiete esquemas distribuidos en cinco grupos, tal estructura es consecuente con la teoría de los EDT, el esquema de yo inmaduro fue eliminado, esto probablemente se debe a las características de la muestra pues se trata de un instrumento para población infantil.

Referente a los estudios psicométricos de la versión extendida en México, el primero que fue posible encontrar es el de Herrera (2014), quien buscó validar y adaptar dicho instrumento en población mexicana, para ello diseñó una versión traducida del lenguaje original, hizo estudios de pilotaje y conformó una muestra de 204 universitarios a quienes se les aplicó dicha adaptación. Posteriormente, realizó un análisis factorial por componentes principales con rotación *varimax*, los resultados mostraron una estructura de dieciocho factores que explicaron el 64% de la varianza, el instrumento se integró de 124 ítems asociados con catorce EDT, se obtuvo una confiabilidad por Alpha de Cronbach de .94 para la escala total. Posteriormente, el análisis desarrollado por Del Castillo et al. (2016), buscó obtener la validez convergente del YSQ-L3, para ello conformaron una muestra de 571 alumnos de licenciatura para aplicar la adaptación del YSQ-L3 (Herrera, 2014; Young, 2005), Listado de 90 síntomas y la Escala de estilos de apego, se aplicó el método de Análisis de Componentes Principales con rotación *varimax*, los datos arrojaron una estructura de veintidós factores que corresponden con catorce EDT, el cuestionario se conformó de ciento treinta y nueve ítems. Referente a la validez convergente, se hallaron correlaciones bivariadas estadísticamente significativas entre los factores del Cuestionario de esquemas con el cuestionario de 90 síntomas y la escala de estilos de apego. Es importante notar que la estructura factorial en ambos estudios fue distinta, poniendo en evidencia la importancia de hacer análisis que colaboren a validar la estructura factorial del Cuestionario de Esquemas.

El Análisis de Componentes Principales es el método que ha sido ocupado con mayor frecuencia para estudiar la estructura factorial del Cuestionario de esquemas. Sin embargo, algunos

autores (Lloret-Segura et al., 2014; Osborne, 2014) han puesto de manifiesto que utilizar el ACP resulta inadecuado para determinar la estructura factorial de una escala, porque presupone omitir el error de medida, lo cual aumenta las cargas factoriales y los porcentajes de la varianza explicada por los factores resultantes y sobreestima la dimensionalidad del grupo de reactivos generando sesgos en la interpretación de los resultados. Cuando el objetivo del análisis es determinar el número y constitución de los factores que explican la varianza común del grupo de reactivos estudiados, lo adecuado es hacer un Análisis Factorial Exploratorio, siendo los métodos de: Máxima Verosimilitud y Mínimos Cuadrados Ordinarios, en especial, el método de ejes principales y mínimos cuadrados no ponderados, los procedimientos más recomendados.

Dado que el YSQ-S3 es un instrumento se considera que tiene mayor pureza factorial y reduce significativamente el tiempo de aplicación, además de que podría llegar a tener una importante participación en el área clínica y de investigación en psicología en México. Uno de los objetivos de este estudio fue determinar las características psicométricas del YSQ-S3 en jóvenes mexicanos y de esta forma poder distinguir, de manera válida, si existe una relación entre los EDT, el consumo de alcohol y conductas violentas en jóvenes mexicanos. El siguiente apartado aborda los principales hallazgos, en investigaciones previas, encontrados respecto a la relación entre dichas variables.

Capítulo 4. Esquemas desadaptativos tempranos asociados con la ingesta de alcohol y conducta violenta en jóvenes

La revisión sistemática hecha por Nicol et al. (2020), tuvo por objetivo encontrar la asociación entre los Esquemas Desadaptativos Tempranos EDT y la salud mental en jóvenes, evidenció la relación entre los EDT y algunos problemas psicopatológicos y de conducta, como la ingesta de bebidas alcohólicas y la conducta violenta. Se revisaron 58 estudios, se tuvo una muestra total de 24,005 personas, la edad de los participantes tuvo un rango de 12 a los 25 años y alrededor del 59% fueron mujeres. En su mayoría, la muestra se conformó por personas con características no clínicas, 1222 participantes (aproximadamente el 5%) representaron la muestra clínica, éstos fueron pacientes de instituciones de salud, clínicas de salud mental y de servicio de salud mental forense.

Los resultados mostraron que los EDT están asociados con un diagnóstico de depresión, síntomas de ansiedad, trastornos alimenticios, trastornos de personalidad, conductas externalizantes, trastorno de estrés postraumático, disociación y automutilación (no suicida). Así mismo, se encontraron diferencias entre los EDT y la muestra clínica y la no clínica, catorce de los dieciocho esquemas tuvieron puntajes más elevados en la muestra clínica, los esquemas de “yo inmaduro”, “grandiosidad”, “autosacrificio” y “estándares inflexibles” no mostraron diferencias entre ambas muestras, lo que podría sugerir que estos esquemas no son desadaptativos en adolescentes y que podrían representar un factor protector de algunos tipos de psicopatología, permitiendo a los jóvenes construir relaciones interpersonales sólidas, mejorar sus relaciones con compañeros e incrementar su compromiso escolar.

Del mismo modo, los resultados lograron sustentar la hipótesis de que los EDT aparecen de manera diferenciada, generando patrones de contenido asociados con ciertos problemas psicopatológicos, lo cual es congruente con el supuesto de especificidad de contenido propuesto por

Beck. Se encontró que el esquema de grandiosidad está más fuertemente asociado con la agresión, es decir, aquellos jóvenes que tienen la sensación de ser superiores, que tienen beneficios y derechos particulares, sin tener que limitarse a reglas de reciprocidad son más propensos a presentar rasgos de agresividad. Mientras que los EDT: "insuficiente autocontrol", "abandono" y "fracaso" tienen una asociación más fuerte con el uso de sustancias, es decir, aquellos jóvenes que tienen dificultad para tener autodominio, tolerar la frustración para obtener metas o la sensación de que el apoyo y seguridad de sus relaciones es inestable y/o la Certeza de que se fracasó, se equivocará o es deficiente su rendimiento en comparación con grupos de iguales, tendrá mayores probabilidades de presentar problemas con el consumo de sustancias.

Existen otros estudios que son congruentes con los hallazgos encontrados por Nicol et al. (2020), como el estudio elaborado por Simons et al. (2018) en el que se planteó el objetivo de examinar la asociación entre los EDT, la tolerancia al *distress* y conflictos asociados con la ingesta de alcohol en adultos jóvenes. Se presentó la hipótesis de que los EDT de "abandono", "defectuosidad/vergüenza" e "insuficiente autocontrol", podrían predecir bajos niveles de tolerancia al *distress*. El consumo de alcohol y una baja tolerancia al *distress* podrían predecir conflictos asociados con la ingesta de alcohol. Para comprobar tal hipótesis los investigadores formaron una muestra de 494 estudiantes universitarios, el rango de edad fue de 18 a 25 años ($M=19.31$; $DE=1.47$), el 28% fueron hombres y el 72% mujeres. La muestra de análisis incluyó a 364 participantes que contaban con atributos análogos con el total de la muestra, el criterio de inclusión fue estudiantes de 18-25 años, estos reportaron haber consumido alcohol en los últimos 90 días. Se evaluó en la muestra los esquemas desadaptativos, la tolerancia al *distress* y los problemas relacionados con el alcohol.

Los datos demostraron que los EDT: "abandono", "defectuosidad/vergüenza" e "insuficiente autocontrol" se correlacionaron significativamente con la tolerancia al *distress* y con los conflictos

asociados a la ingesta de alcohol. Ninguno de los EDT se asoció de manera significativa con la ingesta de alcohol o con algún género en particular. Por otro lado, la tolerancia al *distress* se correlacionó positiva y significativamente con conflictos asociados a la ingesta de bebidas embriagantes, pero no con la ingesta de alcohol en sí misma. La ingesta de alcohol se correlacionó positiva y significativamente con los conflictos asociados con la ingesta de alcohol. El modelo de ecuaciones estructurales indicó que la tolerancia al *distress*, como se esperaba, modera los efectos de los EDT en los conflictos asociados a la ingesta de alcohol, esto demuestra que la tolerancia al *distress* juega un papel importante en la asociación entre los EDT y los conflictos asociados a la ingesta de alcohol, así mismo, la tolerancia al *distress* modula los efectos de estados emocionales negativos (por ejemplo, la vergüenza) los cuales podrían representar un riesgo para los conflictos asociados con la ingesta de alcohol.

Asimismo, una investigación realizado en Colombia (Vanegas y Jaider, 2016), tuvo por objetivo determinar la asociación entre los EDT y los factores de riesgo de uso de sustancias psicoactivas (como el alcohol), para poder cumplir con dicho objetivo los autores formaron una muestra de 200 estudiantes con edades de entre 10 y 19 años, a quienes se les evaluó la presencia de EDT y algunos agentes de riesgo para el uso de drogas, como: conducta conflictiva, trastornos psiquiátricos, habilidades sociales, organización familiar, competencia académica, relaciones interpersonales, tiempo de ocio e ingesta de drogas. Los datos mostraron que los factores psicosociales relacionados al uso de psicoactivas son los trastornos psiquiátricos y la conducta conflictiva, por otro lado, los EDT asociados al consumo de sustancias son: “vulnerabilidad al daño” e “inhibición emocional”. El EDT de abandono tuvo una correlación significativa con los dominios de riesgos de consumo de sustancias: competencia social y desórdenes psiquiátricos. Estos hallazgos sugieren que la presencia de algunas creencias desadaptadas (EDT) y las situaciones que las acompañan pueden estar relacionadas con un

incremento en el riesgo de que un adolescente decida consumir algún tipo de sustancia psicoactiva, como lo es el alcohol.

Por otro lado, una investigación desarrollada en Perú con alumnos de nivel secundaria (edades de entre 14 y 17 años), tuvo por objetivo identificar la relación entre los EDT y las expectativas hacia la ingesta de bebidas alcohólicas. Los datos mostraron que, en términos generales, los EDT: “vulnerabilidad” y “autosacrificio” se relacionan positivamente con las expectativas asociadas al consumo de alcohol. Es decir que los adolescentes que piensan o creen que una catástrofe podría ocurrir en cualquier momento y serán incapaces de prevenirla, así como aquellos que se centran de manera exagerada y voluntaria en las demandas de los otros, sacrificando la autosatisfacción, podrían presentar una mayor expectativa relacionada con el consumo de alcohol (Fernández, 2019).

Otro estudio con resultados similares es el elaborado por Huerta et al. (2017) se planteó el objetivo de identificar los EDT y la ingesta de alcohol tomando en cuenta la carrera profesional de los participantes. Participaron quinientos diez estudiantes, doscientos noventa y ocho participantes de las áreas de ciencias de la salud y doscientos doce participantes pertenecían a las carreras de ingenierías, respecto al género el 39% fueron mujeres y el 61% fueron hombres. A quienes se les administró el YSQ y el test de screening AUDIT. Los resultados mostraron una asociación positiva y significativa entre los EDT: “privación emocional”, “grandiosidad”, “insuficiente autocontrol” y “reconocimiento/aprobación” con la ingesta de alcohol. Respecto a las diferencias de los EDT en los grupos de consumo de riesgo por carrera, se encontró que en áreas de la salud predomina el esquema de “autosacrificio” y en ingenierías “dependencia/incompetencia” y “subyugación”. En términos generales, los alumnos que presentan un consumo de riesgo más alto son de ingeniería, teniendo una mayor ingesta de bebidas etílicas.

A diferencia de los estudios anteriores el estudio desarrollado por Bakhshi y Nikmanesh (2013) tuvo el objetivo de predecir a través de los EDT el potencial de adicción en los jóvenes. Para cumplir tal objetivo los autores seleccionaron a 260 alumnos de una Universidad de la ciudad de Zahedan, Irán con edades que iban de los 19 a los 24 años. Se administró la Escala de Potencial de Adicción y el YSQ. Los datos mostraron que los EDT del dominio de “desconexión y rechazo”, “inhibición emocional”, “autocontrol insuficiente” y “yo inmaduro” tienen una correlación positiva y significativa con conductas adictivas en estudiantes universitarios. También, proponen la planeación de actividades preventivas a las adicciones mediante la identificación y atención de los EDT.

Así mismo, Young et al. (2013), proponen que los esquemas desadaptativos podrían estar relacionados con el comportamiento agresivo, ya que la agresividad es usada como un mecanismo de afrontamiento de los esquemas desadaptativos. En cuanto a los trabajos realizados que vinculan los EDT con la violencia el estudio desarrollado por Flores y Vilca (2017) tuvo la finalidad de identificar los EDT frecuentes en jóvenes con conducta conflictiva de la ciudad de Arequipa, Perú. Con tal objeto seleccionaron una submuestra de análisis de 155 estudiantes de secundaria con edades de entre 15 y 18 años, el 56% mujeres y el 44% hombres, quienes tuvieron altos puntajes en el Inventario de Problemas conductuales de Achenbach, a quienes se les aplicó de manera conjunta el YSQ, que valora los 18 EDT hipotetizados por Young (1999). El Inventario de Problemas conductuales de Achenbach, está compuesto por ocho escalas primarias: “depresión”, “ansiedad”, “conducta agresiva”, “conducta delictiva”, “problemas de pensamiento”, “quejas somáticas”, “problemas sociales”, “problemas de atención” y “retraimiento social”; y dos escalas secundarias: “conducta internalizada” y “externalizada”.

Los datos mostraron que los EDT más frecuentes en estos jóvenes fueron: “privación emocional”, “desconfianza y abuso”, “estándares inflexibles” en mujeres y; en los hombres,

“insuficiente autocontrol”. Lo que apunta a que, en su mayoría, las mujeres jóvenes con algún problema conductual suponen que su necesidad de conexión interpersonal no será cubierta, que otros podrían perjudicarlas, engañarlas o que podrían beneficiarse de la relación, así mismo, podrían demandarse alcanzar estándares internos muy elevados, en cambio, los hombres tienen dificultades con su autodomínio y la tolerancia a la frustración.

Así mismo, el estudio elaborado por Mate (2018) tuvo la finalidad de confirmar el impacto de los EDT en el individuo y su aportación para el fortalecimiento e incremento de las distorsiones cognitivas y el desenvolvimiento de estilos de afrontamiento disfuncionales, asociados con la conducta agresiva y disocial. Para tal efecto, se seleccionó una muestra de 1204 alumnos de escuelas públicas de la ciudad de Madrid, España, con edades entre los 12 y 18 años. A quienes se les evaluaron los EDT, distorsiones cognitivas y agresión: reactiva y proactiva.

Los resultados indicaron que los factores predictores y de vulnerabilidad de la conducta agresiva, fueron: en la agresión reactiva los factores predictores son los EDT “insuficiente autocontrol”, “desconfianza/ abuso” e “inhibición emocional” (relación inversa); las distorsiones cognitivas: “egocentrismo”, “asumir lo peor”, “generalización”, “minimización”, “abstracción selectiva” y “personalización”; los estilos de afrontamiento: “uso de sustancias”, “desahogo”, “autodistracción”, “autoinculpación”, “humor”, “negación” y “reevaluación positiva” (relación inversa).

En la agresión proactiva los factores predictores son los EDT “insuficiente autocontrol”, “desconfianza/abuso” y “estándares inflexibles” (relación inversa); las distorsiones cognitivas: “minimización”, “culpar a los demás”, “egocentrismo”, “asumir lo peor”, “generalización” y “personalización”; los estilos de afrontamiento: “uso de sustancias”, “desconexión”, “humor”, “desahogo” y “afrontamiento activo” (relación inversa).

En la agresión física los factores predictores son los EDT: “insuficiente autocontrol”, “desconfianza/abuso”, “estándares inflexibles” y “vulnerabilidad” (relación inversa); las distorsiones: “asumir lo peor”, “egocentrismo”, “culpar a los demás”, “generalización” y “personalización”; los estilos de afrontamiento: “uso de sustancias”, “humor”, “desahogo”, “negación”, “apoyo emocional” (relación inversa) y “reevaluación positiva” (relación inversa).

En la agresión verbal los factores predictores son los EDT: “insuficiente autocontrol”, “desconfianza/abuso” y “vulnerabilidad”; las distorsiones: “egocentrismo”, “asumir lo peor” y “minimización”, “generalización”, “abstracción selectiva” y “catastrofización” (relación inversa) y; estilos de afrontamiento: “desahogo”, “uso de sustancias”, “autoinculpación”, “negación”, “autodistracción” y “religión” (relación inversa) y; estilos de afrontamiento: “autoinculpación”, “uso de sustancias”, “desahogo” y “humor”.

En la ira los factores predictores son los EDT: “insuficiente autocontrol”, “desconfianza/abuso”, “abandono”, “estándares inflexibles”, “inhibición emocional” (relación inversa) y “vulnerabilidad” (relación inversa); las distorsiones cognitivas: “egocentrismo”, “asumir lo peor”, “generalización” y “abstracción selectiva” y; los estilos de afrontamiento: “desahogo”, “uso de sustancias”, “autoinculpación”, “negación”, “autodistracción” y “religión” (relación inversa).

Finalmente, en la hostilidad los factores predictores son los EDT: “desconfianza/abuso”, “insuficiente autocontrol”, “abandono”, “autosacrificio”, “privación emocional”, “inhibición emocional” (relación inversa) y “grandiosidad” (relación inversa); las distorsiones cognitivas: “asumir lo peor”, “egocentrismo”, “culpar a los demás”, “generalización”, “abstracción selectiva”, “personalización” y “minimización” (relación inversa) y; los estilos de afrontamiento: “autoinculpación”, “negación”, “autodistracción”, “desahogo”, “apoyo emocional” (relación inversa) y “reevaluación positiva” (relación inversa).

Tremblay y Dozois (2014), desarrollaron una investigación que tuvo como finalidad identificar si los EDT tienen relación con rasgos de agresividad en estudiantes, para lograr tal objetivo se aplicaron encuestas vía web, respondieron un total de 848 participantes 64.1% fueron mujeres y el 35.9% fueron hombres con edades entre los 16 y los 46 años ($M= 18.5$, $DE= 2.25$). Se utilizaron las siguientes escalas: YSQ-S2 y el Cuestionario de Agresión de Buss & Perry (1992 en Tremblay & Dozois, 2014). Los datos mostraron una asociación positiva entre rasgos de agresividad y los EDT: grandiosidad, desconfianza, autocontrol insuficiente y aislamiento social; asimismo, se encontró una relación negativa entre rasgos de agresividad con los esquemas de autosacrificio y subyugación.

Otras investigaciones realizadas que no han sido con adolescentes pero que muestran la relación entre los EDT y la conducta violenta es la hecha por Kachadourian et al. (2013), realizó una investigación con hombres afroamericanos que participaban en un programa de intervención por violencia doméstica, en donde relacionaron síntomas hiperausales del trastorno de estrés postraumático, esquemas desadaptativos del dominio 2 y perpetración de la agresión en la pareja, encontrando que los esquemas desadaptativos del dominio daño a la autonomía y rendimiento, correlacionaban positivamente con la perpetración de la agresión severa tanto psicológica como física, es importante mencionar que no se evaluaron los esquemas de los cuatro dominios restantes. Así mismo, menciona que se han documentado altas ingestas de alcohol en los individuos que padecen de TEPT, por lo que sugiere estudiar los efectos de la interacción de esta variable. De igual manera Chakhssi et al. (2012) encontraron una correlación positiva entre los esquemas de desconfianza y autocontrol insuficiente, y una correlación negativa con el esquema de subyugación en conductas antisociales, las cuales están relacionadas con la violencia.

Posteriormente, Shorey et al. (2015), examinaron la relación entre los esquemas desadaptativos y agresión en hombres que recibían tratamiento por el uso de sustancias. Los datos

obtenidos demostraron que el tipo de agresión dependía de los dominios de esquemas presentes. El dominio de límites insuficientes se correlacionó positivamente con la agresión verbal, actitud agresiva y la agresión en general. Mientras que el dominio de desconexión y rechazo tuvo una correlación positiva con la agresión física. No obstante, los esquemas del dominio orientación hacia los otros se correlacionaron negativamente con la agresión. Respecto al uso de sustancias, la ingesta de alcohol, a diferencia del consumo de drogas, mostró ser un predictor significativo de la agresión física, actitud agresiva y la agresión en general. Una de las restricciones más importantes de esta investigación son las características de la muestra ya que el tamaño fue reducido, los participantes altamente funcionales y de nivel socioeconómico alto.

Tabla 3

Estudios que Relacionan las Variables: Esquemas Desadaptativos Tempranos, Consumo de Alcohol y Violencia

Autor/es y año	Variables	Muestra	Instrumentos/ Extracción de datos	Principales hallazgos
Nicol et al. (2020)	EDT Salud mental Violencia Consumo de sustancias	N= 24005 Edad: 12 a 25 años	Revisión sistemática	EDT asociados con depresión, ansiedad, tca, trastornos personalidad, conductas externalizantes, TEPT, disociación, automutilación 14 EDT puntajes más altos en muestra clínica en comparación con la no clínica. EDT: Grandiosidad asociada a la agresión. EDT: Insuficiente autocontrol, abandono y fracaso asociado al consumo de sustancias
Mate (2018)	EDT Distorsiones cognitivas DC E.Afrontamiento EA Agresividad C. Antisocial	N= 1204 Adolescentes escolarizados edad 12 a 18 años	YSQ-L2 (Young, 1990) Cuestionario "How I Think" (HIT Barriga et al., 2001) Cuestionario de errores cognitivos (CNCEQ, Leitenberg et al., 2002) Escala COPE 28 (Carver, 1997) Cuestionario AQ (Buss y Perry, 1992) Cuestionario de Agresividad Reactiva-Proactiva (Raine et al., 2006)	EDT: Insuficiente autocontrol y desconfianza/abuso son predictores de ira, hostilidad, agresividad reactiva, proactiva, física y verbal. EDT: Inhibición emocional predictor de ira (inversa), hostilidad (inversa) y agresividad reactiva. EDT: Estándares inflexibles predictor de ira (inversa), agresividad proactiva (inversa) y física. EDT: Vulnerabilidad predictor de ira (inversa) y agresividad física (inversa) y verbal. EDT: Abandono predictor de ira y hostilidad. EDT: Autosacrificio y privación emocional predictores de hostilidad El estilo de afrontamiento "uso de sustancias" resulto ser predictor de la ira, agresividad reactiva, proactiva, física y verbal, pero no de la hostilidad.

Autor/es y año	Variables	Muestra	Instrumentos/ Extracción de datos	Principales hallazgos
Fernández (2019)	EDT Expectativas de consumo de alcohol	N= 320 Estudiantes de secundaria; edad 14 a 17 años	YSQ-L2 (Young, 1990) CEA-A (Pilatti, 2010)	EDT: Vulnerabilidad y autosacrificio asociados positivamente con expectativas positivas hacia el consumo de alcohol.
Simons et al. (2018)	EDT Distress Consumo de alcohol	N= 364 Universitarios; edad 18 a 25 años	YSQ-S2 (Young et al., 1994) Distress Tolerance Scale (DTS; Simons & Gaher, 2005) Modified Daily Drinking Questionnaire (DDQ-M; Collins et al., 1985; Dimeff et al., 1999) Young Adult Alcohol Consequences Questionnaire (YAACQ; Read et al., 2006)	EDT: Abandono, defectuosidad e insuficiente autocontrol asociados con la tolerancia al <i>distress</i> y problemas con el uso de alcohol. Ningún EDT correlacionó significativamente con el consumo de alcohol La tolerancia al <i>distress</i> se correlacionó positiva y significativamente con los problemas relacionados con el consumo de alcohol, modera los efectos de los EDT en los problemas relacionados con consumo de alcohol, modula estados emocionales negativos que podrían representar riesgo de problemas con el alcohol.
Vanegas y Jaider (2016)	EDT Factores de riesgo de consumo de sustancias psicoactivas	N=200 Estudiantes en 10 a 19 años de	YSQ-L2 (Young, 1990) Escala Drug Use Screening Inventor (DUSI, Tarter, 1994)	Factores psicosociales asociados al consumo de sust. psicoactivas: desorden psiquiátrico y los problemas de comportamiento. EDT: vulnerabilidad e inhibición emocional asociados al consumo de sustancias. EDT: Abandono correlación significativa con los dominios de riesgos de consumo de sustancias: competencia social y desórdenes psiquiátricos. Estos hallazgos sugieren que los EDT y las situaciones que las acompañan pueden estar relacionadas con un incremento en el riesgo de consumir algún tipo de sustancia psicoactiva.

Autor/es y año	Variables	Muestra	Instrumentos/ Extracción de datos	Principales hallazgos
Huerta et al. (2017)	EDT Consumo alcohol Carrera Universitaria	N=510 de Universitarios	YSQ-L2 (Young, 1990) AUDIT	EDT: Privación emocional, grandiosidad, insuficiente autocontrol y reconocimiento/aprobación se asocia positivamente con la ingesta de alcohol. En ciencias de la salud el grupo de consumo de riesgo predomina el EDT autosacrificio y en ingeniería EDT de dependencia/incompetencia y subyugación. Estudiantes de ingeniería con consumo de riesgo más alto.
Bakhshi y Nikmanesh (2013)	EDT Potencial adicción (Subescala MMPI-2)	N= 260 de Estudiantes universitarios del 19 a 24 años	YSQ-S2 (Young et al., 1994) Escala Potencial de Adicción (MMPI-2, Svanum et al., 1994)	Los EDT dominio de desconexión y rechazo, inhibición emocional, autocontrol insuficiente y yo inmaduro tienen una correlación positiva y significativa con conductas adictivas.
Flores y Vilca (2017)	EDT Pruebas conductuales	N=155 Estudiantes 15 a 18 años	YSQ-S2 (Young et al., 1994) El Inventario de Problemas conductuales (Achenbach,1991)	EDT predominantes en estos adolescentes con problemas conductuales: privación emocional, desconfianza/ abuso, estándares inflexibles en mujeres e insuficiente autocontrol en hombres
Shorey et al. (2015)	EDT Agresividad	N=106 Hombres en tratamiento por uso de sustancias	YSQ-L3 (Young y Brown, 2005) Personality Assessment Inventory (Morey, 1991) AUDIT (Saunders et al., 1993) DUDIT (Stuart et al., 2004)	Dominio: límites insuficientes, correlación positiva con la agresión verbal, actitud agresiva y agresión en general. Dominio: desconexión y rechazo tuvo correlación positiva con la agresión física. Dominio: Orientación hacia los otros tuvo correlación negativa con la agresión. Respecto al uso de sustancias, el consumo de alcohol, a diferencia del consumo de drogas, mostró ser un predictor significativo de la agresión física, actitud agresiva y la agresión.

Autor/es y año	Variables	Muestra	Instrumentos/ Extracción de datos	Principales hallazgos
Tremblay y Dozois (2014)	EDT Agresividad	N=848 Estudiantes 16 a 46 años	YSQ-S2 (Young et al., 1994) Cuestionario AQ (Buss y Perry, 1992)	correlación positiva entre rasgos de agresividad y los EDT: grandiosidad, desconfianza, autocontrol insuficiente y aislamiento social; asimismo, se encontró una relación negativa entre rasgos de agresividad con los esquemas de autosacrificio y subyugación
Kachadourian et al. (2013)	EDT TEPT Perpetración de agresión en la pareja	N=174 Media edad= 33.5 Hombres afroamericanos en un programa de intervención por violencia doméstica	PTSD (Weathers et al., 1993) Traumatic Life Events Questionnaire (Kubany et al., 2000) YSQ-S2: Daño autonomía (Young et al., 1994) Revised Conflict Tactics Scale (Straus et al., 1996)	EDT del dominio daño a la autonomía y rendimiento correlacionan positivamente con la perpetración de la agresión severa tanto psicológica como física
Chakhssi et al. (2012)		N=124 Pacientes con trastorno de personalidad	Escala de verificación de psicopatía (PCL-R, Calgary et al., 1934) YSQ-L2 (Young, 1990)	Correlación positiva entre EDT: desconfianza y autocontrol insuficiente y violencia Correlación negativa EDT: subyugación y conductas antisociales.

Fuente: Elaboración personal

A lo largo de este capítulo fue posible vislumbrar cómo los EDT tienen una relación estrecha con la manera en que un individuo interpreta ciertas situaciones cotidianas y el estilo de afrontamiento que manifiesta a través de conductas, en ocasiones desadaptativas, tales como la ingesta de alcohol y la violencia. Estos EDT, igualmente generan ciertos mecanismos que contribuyen a su autoperpetuación y fortalecimiento, son entendidos como estructuras extremadamente estables y duraderas que se generan durante la infancia, debido a experiencias infantiles traumáticas (como la victimización), la frustración tóxica de necesidades básicas, recibir demasiado de algo bueno o por la identificación con personas significativas. Aunque tienen su origen en la niñez se siguen desarrollando durante toda la vida de la persona, y son altamente disfuncionales, comprenden recuerdos, emociones, cogniciones y sensaciones corporales, que intervienen en la relación con los demás y con uno mismo.

Basando en los estudios previos, donde los resultados de la correspondencia entre ciertos EDT y la ingesta de alcohol y/o violencia no son concluyentes, y tomando en cuenta las diferencias culturales que se podrían encontrar en población mexicana, se diseña este estudio que pretende desarrollar un modelo explicativo de la conducta violenta, considerando como variables predictoras a los EDT y al consumo de alcohol.

Capítulo 5. Planteamiento del Problema y Método

Justificación general

La violencia juvenil es el uso deliberado de la fuerza física o el poder por parte de jóvenes con el fin de amenazar o lastimar a otros. Ésta puede tomar formas diferentes, tales como: peleas, acoso, amenazas con armas y la violencia relacionada con pandillas (David-Ferdon et al., 2016).

De acuerdo con Rodríguez (2016), el homicidio se ha empleado como un indicador razonable de la violencia, de igual manera, permite evaluar los niveles de seguridad dentro de los estados. A nivel mundial, cerca de 200,000 de homicidios son efectuados cada año en jóvenes de entre 10 y 29 años, colocándolo en el cuarto lugar entre las causas de muerte en personas en este rango de edad (OMS, 2016).

En México la tasa de homicidios ha incrementado exponencialmente, en el año 2007 se tenía una tasa del 8.1 por cada 100,000 habitantes y la tasa se ha visto al alza desde entonces (Heinle, Rodríguez, Shirk, 2017). Durante el 2017, se tuvo una tasa de 25.9 por cada 100,000 habitantes. Y durante el 2018 se ha alcanzado una tasa del 29.3 por cada 100,000 habitantes, que representa el 11.6% del total de defunciones registradas. Lo cual indica que aproximadamente 1 de cada 10 defunciones fueron por causas accidentales y violentas. Por grupos etarios entre los 15 y los 34 años, en el 2018 la primera causa de muerte fue el homicidio (INEGI, 2019).

Durante el 2016, el estado de Hidalgo obtuvo una tasa de 11.3 por cada 100,000 habitantes de defunciones por homicidio. No obstante, en lo referente a muertes asociadas a accidentes violentos obtuvo una tasa de 49.1 por cada 100,000 habitantes, de las cuales el 62.9% se debió a un presunto accidente violento y el 23% a causa de un presunto homicidio (INEGI, 2019).

Existen investigaciones que revelan que la mayoría de los incidentes violentos ocurren en situaciones bajo la influencia del alcohol. Esto podría estar asociado al efecto que tiene el alcohol, puesto que afecta directamente las funciones cognitivas y físicas, reduciendo el autodomio y la capacidad de procesar la información y sopesar los riesgos (OMS, 2016). Otero et al. (2018), estima que entre el 40 y 50% de crímenes violentos los han realizado personas en estado de ebriedad.

A través de los EDT se pueden evidenciar ciertos estilos cognitivos, los cuales regulan la conducta y pueden ser definidos como: la percepción, organización y procesamiento de la información, componentes que intervienen en la manera de proceder, pensar y toma de decisiones, al igual que, en las conductas que la persona asume hacia otros individuos y en su relación (Gantiva et al., 2010).

Con la presente investigación, se intenta analizar la existencia de una cadena relacional entre factores psicológicos (EDT) y ciertos tipos de conducta (consumo de alcohol y conducta violenta). Ya que la teoría de los EDT brinda grandes aportes sobre el procesamiento de la información del individuo y es posible obtener información sobre variables significativas que permiten analizar las creencias que están generando malestar, no solo de manera particular, sino también frente a situaciones de carácter social, permitiendo la comprensión del origen y mantenimiento del problema. El desarrollo teórico y práctico de la presente investigación obedece a la necesidad de incrementar y enriquecer los conocimientos en el área; además los resultados podrían aprovecharse como base para el desarrollo de intervenciones futuras, ya que esta teoría, además, ha logrado desarrollar una terapia centrada en esquemas que ha demostrado ser eficaz.

Pregunta de Investigación

¿Puede ser la ingesta de alcohol y los EDT predictores significativos de conductas violentas en jóvenes hidalgenses?

Objetivo General

Indagar si los EDT y el consumo de alcohol son predictores significativos de las conductas violentas.

Consideraciones éticas

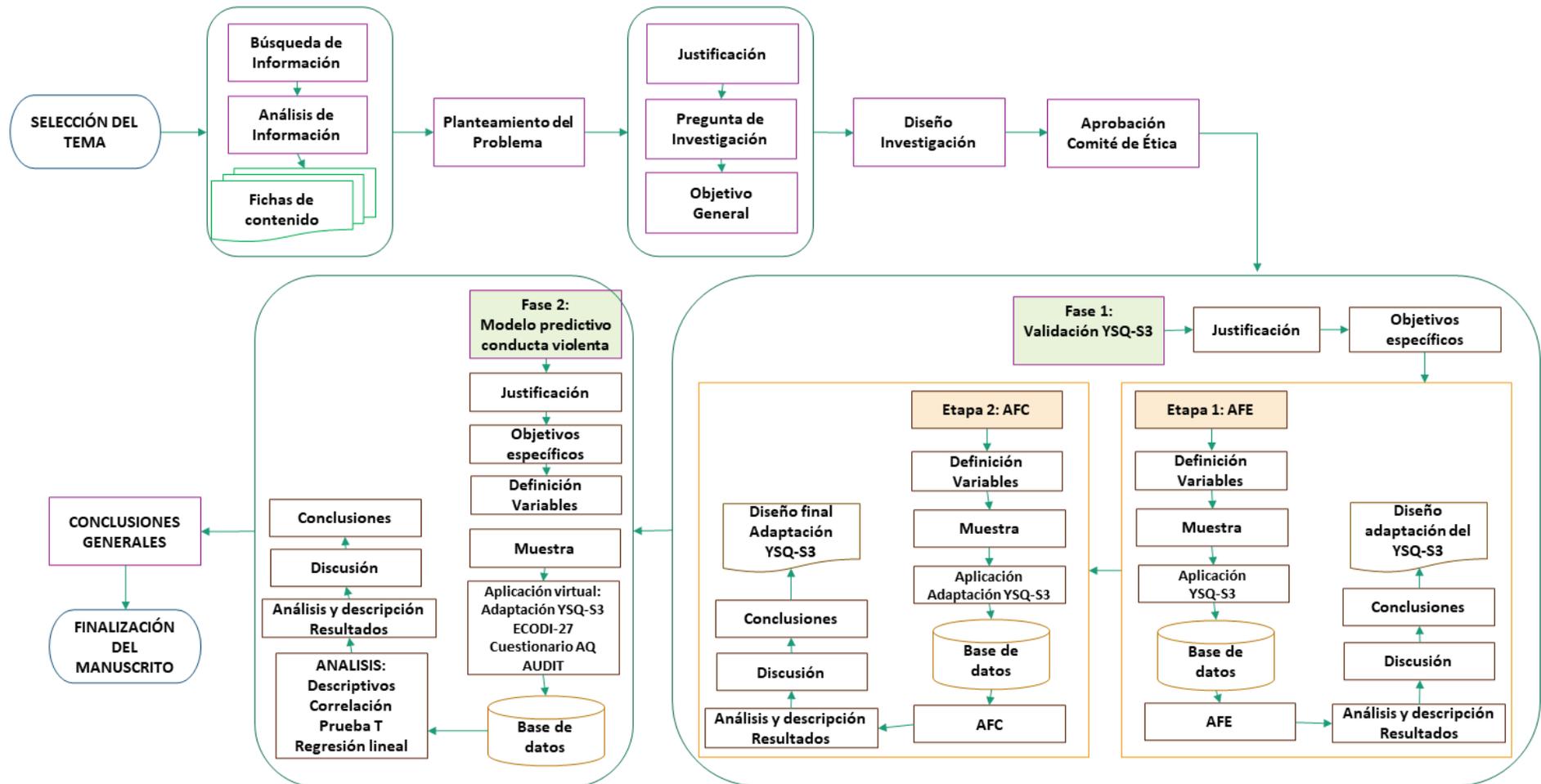
Al desarrollar este estudio se consideró lo estipulado en el Artículo 4 de la Ley Constitucional, el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación, la Declaración de Helsinki, las normas relacionadas a los Derechos Humanos y el código ético del psicólogo. Esta investigación corresponde a la Fracción II: Investigación con riesgo mínimo, de acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud Artículo 17, puesto que las preguntas abordan temas personales y sensibles que podrían resultar incómodos para algunos participantes. Este trabajo se sometió a consideración del comité de ética institucional, obteniendo una respuesta favorable.

Se pidió la firma de un consentimiento informado, de acuerdo con las consideraciones estipuladas en los Artículo 20 al 27, 34, 36 y 37 del Reglamento de la Ley General de salud en materia de investigación. Además, se les proporcionó los datos de contacto del equipo de investigación.

El proyecto se realizó en dos fases: la primera fase tuvo el objetivo de validar el YSQ-S3 y la fase 2, pretendió indagar si el consumo de alcohol y los EDT pueden ser predictores significativos de la violencia, para dar mayor claridad sobre el proceso que siguió la presente investigación se diseñó un diagrama de flujo representado en la Figura 2, en la siguiente página.

Figura 2

Diagrama proceso de la investigación



Fuente: Elaboración personal

Fase 1: Validación del YSQ- LS3

Justificación

El YSQ-S3 ha sido validado en diversas poblaciones, tales como: rumana (Trip, 2006), turca (Soygüt, Karaosmanoglu y Cakir, 2009), francés canadiense (Hawke y Provencher, 2012), alemana (Kriston, Schäfer, Jacob, Härter y Hölzel, 2013), coreana (Lee, Choi, Rim, Won y Lee, 2015), estadounidense (Di Francisco, 2017), francesa (Bouvard, Denis y Roulin, 2018), chilena (Quiñones, Ramírez, Cid, Melipillan, Ugarte y Florenzano, 2018), australiana (Phillips, Brockman, Bailey y Kneebone, 2019) e italiana (Aloi, Rania, Sacco, Basile y Segura-García, 2020). En todos ellos el YSQ-S3 ha mostrado ser un instrumento válido y confiable. Cabe mencionar, que existen diferencias respecto a la estructura factorial.

En México, no se ha descubierto un estudio psicométrico que evalúa las propiedades YSQ-S3. Sin embargo, existen investigaciones sobre la tercera versión extendida (Herrera, 2014; Del Castillo, Higareda, Romero y Gil, 2016) y se ha diseñado una versión infantil partiendo del instrumento original (Pedroza, Andrade y Calleja, 2019).

Por otro lado, referente a la metodología empleada, gran parte de los estudios anteriores aplicaron el método de componentes de principales, y algunos autores consideran que los resultados podrían encontrarse sesgados dado que para realizar un Análisis Factorial Exploratorio es recomendado aplicar el método de Máxima Verosimilitud y Mínimos Cuadrados Ordinarios, principalmente, ejes principales y mínimos cuadrados no ponderados (Lloret-Segura et al., 2014; Osborne, 2014). Además de que son pocos los estudios que han realizado un Análisis Factorial Confirmatorio, para evaluar el ajuste del modelo obtenido.

La teoría de los EDT ha mostrado ser un marco útil para la comprensión de la conducta y de diversos trastornos psicológicos, generando líneas de tratamiento eficaces. Por ello, la aplicación de los EDT dentro de la investigación se extiende a áreas de la salud, laboral, escolar y clínica. La realización del presente trabajo permitirá tener con una herramienta válida y confiable que evalúe los EDT hipotetizados por Young en población mexicana, contar con un instrumento válido para esta población permitirá la generación de estudios e investigaciones futuras que beneficien diferentes ámbitos al tener una evaluación y una orientación en la intervención, la cual brinda la terapia de esquemas desarrollada por el mismo autor. Así mismo, la metodología y desarrollo aplicada en este trabajo podría constituir una guía para aquellos profesionales interesados en validar un instrumento.

Objetivo específico

Validar el YSQ-S3 en jóvenes mexicanos de 18 a 25 años.

Método

Tabla 4

Definición de Variables: Fase 1

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional
Esquemas Desadaptativos Tempranos	Patrones o esquemas que aparecen en la infancia y se repiten a lo largo de la vida, considerándose disfuncionales en un grado significativo (Young et al., 2013)	Puntaje del YSQ-S3, consta de 90 ítems que evalúan los 18 esquemas hipotetizados por Young. La versión extendida adaptada al español obtuvo una confiabilidad de .976 en población mexicana.

Fuente: Elaboración personal

Tipo de estudio y diseño

Se realizó una investigación con un diseño no experimental-transversal, de tipo psicométrico (Reyes-Lagunes & García y Barragán, 2008). Este trabajo tiene fundamento en dos estudios, el primero evaluó, mediante un Análisis Factorial Exploratorio (AFE), la estructura factorial del instrumento y el segundo se sometió a un Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) la estructura factorial resultante del AFE.

Población

La población de estudio fueron jóvenes con edades de entre 18 y 25 años residentes de Pachuca de Soto, Hidalgo. Participaron en total 1500 individuos, elegidos por un muestreo no probabilístico-intencional por conveniencia en dos etapas.

Muestra

En la primera etapa (AFE) se tuvo una submuestra de 500 alumnos de una universidad pública de la ciudad de Pachuca, Hidalgo, con un rango de edad de 18 a 25 años con media de edad de 20.11 (DE= 2.8), siendo el 34.7% hombres y el 65.3% mujeres.

La segunda etapa contó con una muestra de 1000 alumnos de tres universidades públicas en la ciudad de Pachuca, Hidalgo, elegidos por un muestreo no probabilístico-intencional por conveniencia. En este estudio la media de edad fue de 20.07 (DE= 2.81), con el 33.3% de hombres y el 66.3% mujeres y el .4% (3 participantes) decidieron no mencionarlo.

Instrumento

Cuestionario de Esquemas Desadaptativos Tempranos de Young, tercera versión abreviada adaptada al español (Herrera, 2014; Young, 2005). El instrumento tiene 90 ítems que valoran los 18

esquemas propuestos por Young. La respuesta es en escala tipo Likert, con opciones de 1 a 6. La versión original tiene un Alpha de Cronbach de 0.94.

Procedimiento

Se formó mediante un muestreo no probabilístico intencional una muestra inicial de 500 jóvenes hidalguenses quienes se ubicaron en diferentes lugares de la ciudad de Pachuca y se les aplicó el YSQ-S3. Se invitó a los jóvenes a participar, informando los objetivos de la investigación.

A los participantes se les pidió la firma del consentimiento informado, el cual abarcó aspectos como el anonimato y la confidencialidad de los participantes, su permanencia voluntaria en el estudio y los datos de contacto del equipo de investigación. Posterior a eso, se realizó la construcción de la base de datos y los análisis psicométricos, para su validación.

A partir de los resultados se diseñó una nueva versión la cual se sometió a un análisis factorial confirmatorio. Para ello, se formó una muestra de 1000 sujetos con las mismas características, a quienes se les solicitó, igualmente, firmar su consentimiento informado y se les aplicó esta nueva versión. Finalmente, se hizo el vaciado de los datos y se generó un modelo para comprobar su ajuste.

Análisis de los datos

Los datos fueron analizados con el software SPSS 21 para Windows. Para la validación de la escala se realizarán análisis para la discriminación de los reactivos, se seleccionarán los reactivos mediante un análisis factorial exploratorio y se verificará la confiabilidad a través de un análisis de consistencia interna por el Alpha de Cronbach.

Posteriormente, para el análisis factorial confirmatorio, se utilizó el programa de AMOS IMB para Windows. Partiendo de los resultados del análisis factorial exploratorio se diseñó un modelo, que se sometió a estudio para verificar su ajuste.

Resultados

Análisis Factorial Exploratorio (AFE)

Tras la captura de las respuestas de los instrumentos aplicados, se limpió la base de aquellos casos en los que se encontraron datos perdidos quedando 481 casos. Los análisis iniciales fueron de tipo descriptivo, con la finalidad de establecer las medidas de dispersión y tendencia central de cada una de las subescalas del instrumento. Después se realizó un análisis para conocer la distribución y discriminación de los reactivos, así como la confiabilidad de las subescalas.

1. *Distribución de los reactivos:* Se llevó a cabo un análisis de frecuencia que se utilizó para determinar las respuestas obtenidas de cada una de las preguntas, por medio de las opciones posibles. Todos los ítems cumplieron con este criterio.
2. *Discriminación de los reactivos:* Se utilizó el programa estadístico SPSS para formar una variable que representara el total de la suma de puntajes de cada una de las subescalas del cuestionario, se formaron dos grupos extremos (alto y bajo). Posteriormente, utilizando la prueba *t de student*, se pudo determinar que todos los reactivos cumplieron con el criterio de discriminación.
3. *Correlación ítem-escala total:* Las correlaciones de la escala total y cada ítem fueron superiores a 0.4 exceptuando los reactivos: 32,54,61, 63.
4. Se elaboró un análisis factorial, con una extracción por ejes principales y una rotación oblicua: *oblmin directo*. Debido a que se presentaron índices de comunalidad menores a 0.4 se eliminaron 46 reactivos, ya que representan un ajuste bajo del modelo: 11, 12, 13, 14, 15, 17, 31, 32, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 50, 52, 54, 61, 62, 63, 64, 65, 66,71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78. 79. 80, 81, 82, 83, 84, 85 y 90. Finalmente, fue factible

determinar 10 factores, que definieron el 71.56 % de la varianza, los factores que resultaron presentaron un rango de confiabilidad de .900 a .713, la confiabilidad total de la escala fue de 0.947, la siguiente Tabla 5 resume los resultados de este análisis.

Tabla 5

Análisis Factorial Exploratorio

Reactivo	Factores										Comunalidad
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
21	.813	.031	.010	.056	.041	.004	-.039	-.026	-.071	-.048	.772
22	.731	.114	-.015	.053	.015	.063	-.014	-.042	-.081	-.013	.786
24	.445	.099	-.021	.063	.051	-.079	.124	-.160	-.179	-.016	.687
25	.445	.093	.002	.113	.031	.028	.015	-.287	-.113	.014	.689
4	-.055	.908	-.005	.025	.000	-.027	.022	.004	.044	-.001	.708
5	-.012	.746	.043	.026	.007	.033	-.066	.069	-.100	.013	.559
1	0.18	.734	-.044	-.054	.037	.026	.098	-.087	.086	-.018	.618
3	0.41	.730	.008	.027	-.029	-.040	.009	-.103	-.096	-.097	.744
2	.059	.708	.014	.003	.033	-.019	-.033	-.035	.046	-.014	.593
6	-.076	-.031	.877	-.012	.037	-.046	-.062	-.017	-.042	-.042	.678
7	-.081	.021	.846	.021	.013	-.032	-.067	-.052	-.065	-.040	.686
8	.118	.052	.504	.033	.114	.173	.113	.038	.042	.005	.555
10	.226	.052	.458	-.034	.010	.067	.134	.023	.012	-.135	.566
9	.141	.130	.438	.109	-.030	.159	.202	-.058	.140	.056	.547
59	-.009	-.014	.001	.795	.010	-.004	-.006	-.059	.058	-.101	.656
56	.055	.027	.028	.767	.038	.001	.057	.084	.036	.090	.578
60	-.079	-.021	-.035	.742	.043	-.068	.014	-.066	.064	-.189	.614
58	.020	.028	.026	.741	-.029	.048	-.012	-.086	-.107	.098	.664
57	.147	.080	.022	.621	.033	.118	.010	-.002	-.119	.059	.671
67	-.021	-.010	-.028	.026	.823	.002	.021	.097	.022	-.047	.557
68	-.048	.011	.085	.105	.716	-.007	-.084	.059	-.101	-.032	.554
69	.047	.006	.022	-.022	.667	.001	-.011	-.136	-.028	.050	.500
70	.041	.060	-.001	-.048	.648	.064	.086	-.080	.074	.012	.502

89	-.036	.080	-.044	.017	.024	.744	-.004	.085	.032	-.030	.471
88	-.043	-.066	.011	.008	.016	.724	-.022	-.112	.028	.013	.449
87	.041	-.005	.005	.044	.066	.507	-.018	-.042	-.171	-.075	.448
86	.134	-.004	.135	-.058	-.028	.506	.064	.012	-.040	-.140	.479
34	-.088	.068	.030	.008	-.014	-.009	.828	-.016	-.074	.018	.670
33	-.063	-.022	-.066	.050	.059	.018	.726	-.107	-.039	-.046	.611
35	.029	.044	.042	.083	-.067	.043	.664	.059	-.222	.027	.698
49	.108	.012	.027	.022	.066	.001	.629	-.034	-.043	-.040	.587
23	.328	.015	.013	-.004	.028	-.044	.478	-.123	.083	-.116	.626
18	-.019	.039	.051	.026	-.020	-.025	.042	-.814	.018	-.069	.679
19	.075	.101	.004	.059	.057	.081	-.028	-.707	-.072	.041	.736
16	-.040	.065	-.008	.093	.030	.067	.079	-.647	-.100	.027	.658
20	.162	.055	.052	.021	.074	.022	.030	-.618	.005	-.020	.660
28	.066	.007	.057	.016	.043	.057	.065	-.058	-.722	-.013	.707
26	.116	.094	.006	.057	.040	.072	.033	-.062	-.673	-.040	.739
29	.091	.020	.077	-.030	.019	-.040	.156	-.069	-.607	-.057	.660
27	.003	.055	.004	.020	.026	.091	.233	-.078	-.564	-.030	.668
30	.143	-.060	.127	-.004	-.033	-.005	.369	.002	-.462	-.077	.715
55	.019	.016	.080	.021	-.077	.071	-.006	.054	-.015	-.664	.425
51	-.024	.074	-.044	.063	.006	.072	-.013	-.087	-.116	-.603	.446
53	.023	.020	.042	-.013	.113	-.005	.033	-.005	.053	-.580	.402
Eigenvalor	15.07	3.23	2.88	2.16	1.72	1.59	1.39	1.19	1.18	1.07	
% Var	34.25	7.35	6.55	4.91	3.91	3.62	3.15	2.71	2.68	2.43	

Fuente: Elaboración personal

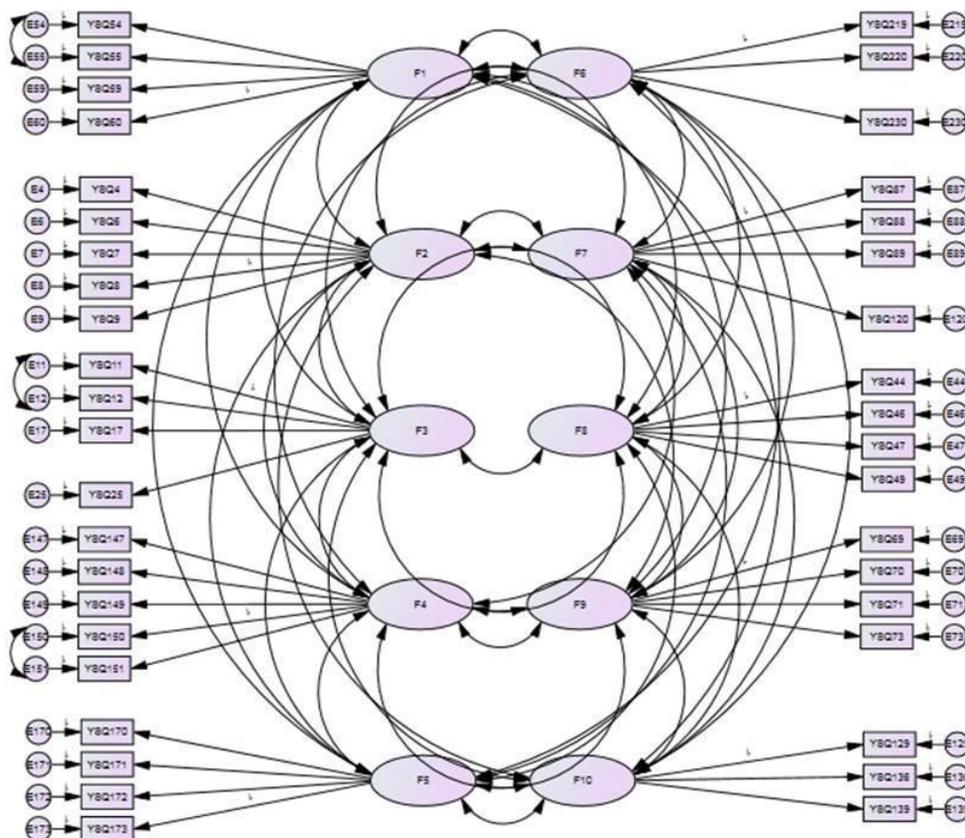
Análisis Factorial Confirmatorio (AFC)

El modelo resultante del análisis factorial exploratorio se sometió a un análisis factorial confirmatorio, haciendo la aplicación del instrumento resultante a una nueva muestra, tras la captura de los instrumentos en una base de SPSS, los análisis se efectuaron mediante el programa AMOS IBM.

El análisis permitió reconocer que las preguntas 9, 23, 30, 88 mostraron una covarianza con 2 factores, valorando el contenido semántico del ítem y el factor al que pertenecía, se decidió eliminarlos. El modelo resultante se muestra en la Figura 3.

Figura 3

Modelo AMOS YSQ-S3



Fuente: Elaboración personal

Después de este cambio los índices de ajuste de este modelo fueron adecuados:

Bondad de ajuste absoluto: Se obtuvo una chi cuadrada / grados de libertad de 2.49; el índice de bondad de ajuste (GFI) tuvo un valor de .904; el error de aproximación cuadrático medio (RMSEA) tuvo un valor de .043; el error cuadrático medio (SRMR) tuvo un valor de .042, con lo que podemos concluir que el modelo general predice de manera adecuada la matriz de correlaciones (Escobedo et al., 2016), es decir, que los datos se ajustaron de manera adecuada al modelo propuesto expuesto en la Figura 1

Medidas de ajuste incremental: El índice de Tucker-Lewis (índice no normalizado TLI) tuvo un valor de .940; el índice normado de ajuste (NFI) tuvo un valor de .914; el índice de ajuste comparativo (CFI) tuvo un valor de .947, estas medidas comparan el modelo propuesto con otro modelo, generalmente un modelo nulo (Escobedo et al., 2016).

Medidas de ajuste de parsimonia: El índice de ajuste parsimonioso normado (PNFI) tuvo un valor de .811; la razón de parsimoniosidad (PRATIO) tuvo un valor de .887; el ajuste de parsimonia del índice de ajuste comparativo (PCFI) tuvo un valor de .840, el valor Hoelter con un nivel de significancia de .01 fue de 367, lo cual indica que el tamaño de la muestra fue adecuado para el AFC. Las medidas de parsimonia muestran el grado en que alcanza el ajuste para cada coeficiente estimado y sirven de criterio de selección entre modelos alternativos, son mejores. Un buen ajuste de parsimonia del modelo (PRATIO, PNFI y PCFI cerca de 1) asegura que los resultados se mantendrán si analizamos otra muestra (Escobedo et al., 2016).

El cuestionario final estuvo compuesto por 40 preguntas distribuidas en 10 factores que evalúan 10 EDT propuestos por Young. Por último, se elaboró nuevamente un análisis de confiabilidad, obteniendo un Alpha de Cronbach de 0.939 para la escala total y para las subescalas se alcanzó un rango de .701 a .903 por Alpha de Cronbach. En la Tabla 6 se presentan de forma detallada estos factores y los ítems que constituyen cada factor.

Tabla 6

Factores adaptación del YSQ-S3

Factor	Definición Conceptual	Ejemplo de reactivos	Alpha de Cronbach
1. Imperfección/vergüenza	Sentimiento de que uno mismo es malo, inferior, antipático o indeseable. Hipersensibilidad a la crítica, el rechazo y la culpa; o la sensación de vergüenza respecto a fallas percibidas en uno mismo, que pueden ser privadas (sentimientos de egoísmo, impulsos de enojo, deseos sexuales) o públicas (apariencia física indeseable, torpeza).	-“Ningún hombre/mujer con quien quisiera estar me amaría en cuanto viera mis defectos”. -“Ningún hombre/mujer con quien quisiera estar querría estar conmigo en cuanto supiera cómo soy en realidad”. -“Siento que simplemente nadie puede amarme”. -“Soy tan inaceptable en aspectos tan básicos como para revelar mi verdadera personalidad a las personas”.	.881
2. Privación emocional	La expectativa de que sus deseos de tener un grado “normal” de soporte emocional no serán satisfechos adecuadamente por los demás. Las tres maneras de privación más comunes son: falta de cuidados de crianza, de empatía y de seguridad.	-“La mayor parte del tiempo, no ha habido alguien en mi vida que realmente me escuche, me entienda o que descubra mis verdaderas necesidades y sentimientos”. -“Raras veces he tenido a una persona fuerte que me brinde ayuda u orientación confiable cuando no sé qué hacer”. -“La mayor parte del tiempo, no ha habido alguien que me consuele, que comparta su vida conmigo o a quien le importe mucho lo que pasa en mi vida”.	.888
3. Abandono	Se refiere a la experiencia o vivencia de situaciones relacionadas con la percepción de inestabilidad o poca seguridad de que se dispone, ya sea de soporte y/o de relación con los demás.	-“Me aferro a las personas cercanas, porque me da miedo que se vayan”. -“Me preocupa que las personas a quienes me siento apegado se vayan o me abandonen”. -“Me siento desesperado cuando siento que una persona cercana a mí empieza a alejarse”. -“Necesito tanto a los demás que me preocupa perderlos”.	.837

4. Inhibición emocional	Inhibición excesiva o la dificultad para la acción espontánea, expresión de sentimientos o la comunicación, por lo general para crear un sentimiento de seguridad y pronóstico, o evitar cometer errores y/o desaprobación.	-“Me controlo tanto que los demás piensan que no siento nada”. -“Soy demasiado mesurado emocionalmente que no muestro sentimientos positivos a los demás (por ejemplo, no muestro afecto, cariño, etc.)”. -“Las personas me ven como una persona que no manifiesta emociones”.	.874
5. Grandiosidad o Superioridad	Creencia de que se es superior a los demás, lo cual le brinda privilegios y derechos especiales, o bien, no tener que limitarse a las reglas de reciprocidad que guían la interacción social habitual.	-“Soy especial y no tengo por qué aceptar las restricciones que se imponen a otras personas”. -“Me enoja mucho que me restrinjan o me impidan hacer lo que quiero”. -“Siento que no tengo porqué seguir las reglas y convenciones normales que siguen otras personas”. -“Siento que lo que yo puedo aportar es más valioso que las contribuciones de otras personas”.	.824
6. Punitividad	Firme creencia de que las personas no pueden ser perdonadas, disculpadas o absueltas de sus errores, sin antes ser duramente castigadas, incluyéndose a sí mismo.	-“No importa la razón por la que cometa un error, cuando lo hago, debo pagar el precio”. -“Si no hago mi mejor esfuerzo, debo esperar salir perdiendo”. -“Si cometo un error, merezco un castigo”.	.701
7. Dependencia/Incompetencia	Supone la creencia de que el individuo es incompetente y está desamparado, y, por tanto, necesita la asistencia de los demás para funcionar.	-“Mi criterio es poco confiable en la vida diaria”. -“No tengo sentido común”. -“No tengo confianza en mis capacidades y habilidades para resolver los problemas que se presentan en la vida diaria”.	.865
8. Aislamiento social	Es la sensación de que se está aislado del resto del mundo, que se es diferente al resto y no participa o forma parte de un grupo o comunidad.	-“No pertenezco a ningún círculo social, soy una persona solitaria”. -“Me siento ajeno a las personas”. -“No encajo con las personas”. -“Siempre siento que soy el "extraño" del grupo”.	.900

9. Fracaso	Creencia persistente de que se ha fracasado, inevitablemente fallará o que básicamente es inadecuado en relación con los grupos de iguales, en diversas áreas de rendimiento.	-“La mayoría de las personas son más capaces que yo en muchas áreas y logros profesionales o escolares”. -“Casi nada de lo que hago en el trabajo (o la escuela) es tan bueno como lo que hacen los demás”. -“No soy tan talentoso como la mayoría de las personas en el trabajo o la escuela”. -“Soy incompetente cuando se trata de lograr metas”.	.903
10. Autosacrificio	Centrarse exageradamente y de forma voluntaria en las necesidades de los demás en las situaciones cotidianas, a expensas de la propia satisfacción.	-“Otras personas consideran que hago mucho por los demás y muy poco por mí mismo”. -“Por lo general, soy quien termina ocupándose de las personas que me rodean”. -“Estoy tan ocupado haciendo cosas por las personas que quiero, que casi no tengo tiempo para mí mismo”.	.702
Escala total	-	40 reactivos	.939

Fuente: Elaboración personal

Discusión

En esta fase de la investigación se deseaba determinar la estructura factorial del YSQ-S3, utilizando un análisis factorial exploratorio, y determinar qué tan confiable es este instrumento en la población mexicana adulta. Se debe destacar que ningún otro estudio fue encontrado para población mexicana con una muestra tan amplia, permitiendo incrementar la confiabilidad de los datos obtenidos.

La escala cuenta con 40 preguntas repartidas en 10 factores que valoran 10 de los 18 EDT hipotetizados por Young (Young, 2010; Young et al., 2013). Después de considerar el contenido semántico de los ítems, se puede confirmar que cada factor contiene las preguntas que lo representan semánticamente de forma apropiada para la cultura mexicana y son coherentes con la descripción de cada elemento de la estructura factorial (Young et al., 2013).

Sin embargo, el Análisis Factorial Confirmatorio, logró determinar que los datos obtenidos se adecuan de forma correcta al modelo resultante del AFE, conformado por 10 factores (Manzano Patiño & Zamora Muñoz, 2012). Las cargas factoriales de los ítems presentaron un rango de .58 a .88, que pueden ser consideradas como cargas fuertes (Osborne & Costello, 2004). Estos datos son parecidos a los hallados en colombianos (Londoño et al., 2012), encontrando una mejor adaptación en un modelo de 15 factores. Estos datos obtenidos mostrarían la presencia de patrones específicos que incluyen creencias, sensaciones e interpretaciones relacionadas con los 18 EDT hipotetizados por Young et al. (2013). Por otro lado, se han hallado mejores adecuaciones a un modelo de 18 factores de primer orden con 5 factores de segundo orden (Bouvard et al., 2018; Hawke & Provencher, 2012; Lee et al., 2015; Quiñones et al., 2018) y otro modelo de 18 factores de primer orden y 4 factores de segundo orden (Aloi et al., 2020).

En relación con los indicadores de confiabilidad de la escala total, fueron satisfactorios, se obtuvo un Alpha .94, el rango de confiabilidad de las subescalas fue de .70 a .90, a pesar del número de reactivos que osciló entre 5 y 3 por factor. Estos resultados son semejantes a los encontrados en gran parte de los

análisis psicométricos realizados al YSQ en diferentes culturas (Castrillón et al., 2005; Del Castillo et al., 2016; Hawke & Provencher, 2012; Herrera, 2014; Trip, 2006). Algunos estudios, han señalado que la subescala de “grandiosidad” arrojó índices de confiabilidad por Alpha de Cronbach inferiores a .60 (Lee et al., 2015; Quiñones et al., 2018). Francia presentó índices de confiabilidad inferiores a .60 en las subescalas de “grandiosidad” y “dependencia” (Bouvard et al., 2018). Por el contrario, los resultados obtenidos en este estudio mostraron que ambas subescalas presentaron índices satisfactorios de confiabilidad superiores a .80.

Validar el YSQ-S3 en mexicanos presentó un importante avance para el desarrollo de la investigación, así como en la práctica clínica en psicología de este país, logrando encontrar una relación entre la presencia de problemas de salud, conductuales y de psicopatología y los esquemas desadaptativos tempranos. En nuestro país, son muy pocas las investigaciones relacionadas con la teoría de los EDT, no obstante, los datos obtenidos de la investigación realizada en esta población, presentan que los esquemas pueden estar relacionados con problemas de ansiedad en escolares (Sánchez-Aguilar et al., 2019), conducta criminal (Ortega & Ortega, 2013) y antropometría-obesidad (Aguilera et al., 2009). De igual forma, una investigación reciente demostró que la terapia centrada en esquemas podría ayudar a eliminar el pensamiento suicida en estudiantes de bachillerato (Carbajal, 2020).

Limitaciones del estudio

En este estudio la principal limitante se debió a que la muestra estuvo formada sólo por estudiantes debilitando algunos EDT y que, en consecuencia, no surgieran en el análisis factorial. Es necesario que se continúe profundizando en los criterios de validez de la escala con la finalidad de contar con un instrumento que sea utilizado en toda la población mexicana.

Se propone, para investigaciones posteriores, tener muestras clínicas que posibiliten replicar y extender los datos presentados en este trabajo permitiendo mantener un mayor número de subescalas

(EDT), y aplicarlos en conjunto con otros instrumentos que permitan verificar su validez concurrente. Del mismo modo, podría ser apropiado aplicar la versión extendida, implementando más ítems por factor elaborados y evaluados por expertos, hacer el pilotaje y seleccionar los 5 reactivos con mayor carga factorial previo a un análisis factorial exploratorio, para lograr desarrollar una nueva versión abreviada para población mexicana, en lugar de basarse en el cuestionario abreviado de Young (2005b) para población estadounidense.

Conclusiones

El YSQ-S3 ajustado al español demostró ser una herramienta válida y confiable, para identificar 10 de los 18 esquemas desadaptativos en población hidalguense de entre 18 y 30 años.

Esta investigación presenta una base para trabajos futuros estudios que quieran involucrarse en las características del Cuestionario de Esquemas, en ambas versiones tanto extendida como abreviada. Siendo esto un punto de referencia para aportar en el progreso de estudios con mayor rigor científico, relacionados con esquemas desadaptativos.

Fase 2. Modelo predictivo de conducta violenta en jóvenes hidalguenses

Justificación

De acuerdo con los datos epidemiológicos presentados anteriormente, en México el patrón de consumo que se presenta con mayor frecuencia es el consuetudinario que se caracteriza por la ingesta de alcohol en gran cantidad por ocasión, teniendo una frecuencia de entre 1 o 2 veces por semana. En el estado de Hidalgo la población con mayor riesgo son los jóvenes de nivel bachillerato (INPRFM et al., 2015).

Respecto a los índices de violencia se encuentran al alza y la población más afectada es igualmente los jóvenes de entre 15 y 34 años de acuerdo con datos del INEGI (2019). Ambos problemas de salud están asociados con los principales índices de mortalidad en jóvenes, siendo estos accidentes automovilísticos, homicidios, lesiones y suicidio. Hasta el momento existen pocos estudios que abordan la relación entre estos problemas y los EDT, lo cual limita los programas de intervención hasta ahora existentes.

Como medida de prevención es necesario investigar factores de riesgo y de protección de la violencia y de la ingesta de alcohol que coadyuven a ampliar la explicación teórica de tan importantes problemas de salud. Especialmente en la violencia existen importantes huecos de información respecto a su manejo, evaluación y atención. Este trabajo aportaría información valiosa para la generación de protocolos de intervención y la teoría de los EDT proporciona una orientación para intervenciones clínicas futuras.

Lo anterior podría impactar en el trabajo de personal de seguridad pública y jurídica, psicólogos, trabajadores sociales y promotores de la salud para la generación y aplicación de programas de intervención eficaces, que permitan tanto el manejo como la prevención de dichos problemas. Asimismo, la población en general se vería beneficiada puesto que la prevención y atención de estos problemas

pueden contribuir en la disminución de consecuencias económicas y de salud que generan estos problemas.

Preguntas de investigación

¿Puede ser la ingesta nociva de alcohol y los EDT predictores significativos de conductas violentas en jóvenes hidalguenses de entre 18 y 30 años?

¿Existe relación entre los EDT, la violencia y la ingesta de alcohol en jóvenes hidalguenses de entre 18 y 30 años?

¿Existen diferencias estadísticamente significativas en los EDT de jóvenes hidalguenses de entre 18 y 30 años con riesgo moderado-alto y con riesgo bajo de dependencia al alcohol?

Objetivos específicos

- Relacionar los EDT con la violencia y la ingesta de alcohol.
- Diferenciar los EDT en jóvenes con riesgo moderado-alto y con riesgo bajo de dependencia al alcohol.

Hipótesis

- El consumo nocivo de alcohol y los EDT son predictores significativos de conductas violentas
- Existe una relación entre los EDT, la violencia y la ingesta de alcohol.
- Habrá diferencias significativas en los EDT en jóvenes con riesgo moderado-alto y con riesgo bajo de dependencia al alcohol.

Método

Tabla 7

Definición de Variables: Fase 2

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional
Ingesta de Alcohol	“El consumo de alcohol es una conducta no saludable, que conlleva a diversas consecuencias en la salud de los individuos” (OMS, 2018).	Puntaje de la prueba de “Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol” (AUDIT) es un instrumento desarrollado por la OMS, comprende 10 ítems, que evalúan el consumo de riesgo, síntomas de dependencia y consumo perjudicial de alcohol. La población mexicana cuenta con un Alpha de Cronbach de 0.87 (De la Villa et al., 2017)
Esquemas Desadaptativos Tempranos	“Patrones o esquemas que aparecen en la infancia y se repiten a lo largo de la vida, considerándose disfuncionales en un grado significativo” (Young et al., 2013)	Puntaje del YSQ-S3 (Young, 2005), validada en la fase 1. Consta de 40 reactivos que evalúan 10 de los 18 esquemas desadaptativos, presenta un <i>Alpha</i> de .94
Violencia	“El uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho, o como amenaza, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones” (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi y Lozano, 2003; en OMS, 2016).	Puntaje de la Escala de Conducta Disocial (ECODI 27) La versión adaptada y validada para población mexicana cuenta con 27 ítems divididos en seis escalas: robo y vandalismo, travesuras, abandono escolar, pleitos y armas, grafiti y conducta opositora desafiante. Tiene un <i>Alpha</i> de .91 (Moral & Pacheco, 2011). Puntaje del Cuestionario de Agresividad AQ (Buss & Perry, 1992). La versión validada en población mexicana consta de 25 reactivos que evalúan cuatro subescalas: Agresión física, Hostilidad, Ira y Agresión verbal. Presenta un <i>Alpha</i> de .87

Fuente: Elaboración personal

Población

Jóvenes con edades de entre 18 y 30 años residentes de la ciudad de Pachuca de Soto, Hidalgo

Muestra

Participaron 390 individuos, con edades de entre 18 y 30 años de la ciudad de Pachuca de Soto, Hidalgo, que fueron seleccionados mediante un muestreo no probabilístico-intencional por cuotas.

Criterios de Inclusión, Exclusión y Eliminación

Se incluyeron aquellos participantes con edad de los 18 a los 30 años seleccionados en una escuela pública de la ciudad de Pachuca, Hidalgo que dieron su consentimiento para la aplicación de las pruebas. Fue criterio de eliminación aquellos participantes que no completaron su batería de pruebas.

Tipo de Estudio y Diseño

Estudio predictivo con un diseño transversal no experimental, con una sola medición.

Instrumentos

- *Cuestionario de Esquemas Desadaptativos Tempranos de Young, en la tercera versión abreviada (Young, 2005), versión adaptada al español.* Validada en la fase 1 de esta investigación.
- *Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al consumo de alcohol- AUDIT.* Está compuesto por 10 ítems y es considerado como un método simple de screening y de evaluación breve que identifica a los individuos con un patrón de ingesta de riesgo, consumo perjudicial o ingesta con síntomas de dependencia de alcohol (Babor, Higgins-Biddle, Saunders, y Monteiro, 2001). En población mexicana cuenta con un Alpha de Cronbach de 0.87 (De la Villa et al., 2017)
- *Escala de Conducta Disocial (ECODI 27)* Versión adaptada y validada para población mexicana cuenta con 27 ítems divididos en seis escalas: “robo y vandalismo, travesuras, abandono escolar, pleitos y armas, graffiti y conducta opositorista desafiante”. La respuesta es en escala tipo Likert con

5 opciones que van de “Totalmente de acuerdo” a “Totalmente en desacuerdo”. Cuenta con un Alpha de Cronbach de .91 (Moral & Pacheco, 2011).

- *Cuestionario de Agresividad A-Q (Buss & Perry, 1992)*, Validada en población mexicana, la cual quedó conformada por 25 reactivos distribuidos en cuatro subescalas que evalúan: Agresión Física, Hostilidad, Ira, Agresión Verbal. La respuesta es en escala Likert con cinco opciones. Cuenta con un Alpha de .87 (Pérez et al., 2013).

Procedimiento

Se pidió el apoyo y permiso a dos escuelas públicas a fin de seleccionar una muestra de alumnos de universidad para la aplicación de los instrumentos, dando a conocer el diseño y los objetivos del presente estudio.

Posteriormente, de manera grupal y virtual mediante sesiones programadas de *zoom*, se dio a conocer a los estudiantes el objetivo del presente estudio y se les invitó a participar. A los que aceptaron colaborar, se les pidió que accedieran a una liga de *google forms* que contenía el consentimiento informado y la batería de pruebas, y que dieran su consentimiento para aplicar los instrumentos.

Cabe destacar que el consentimiento informado abarcó aspectos como el anonimato y confidencialidad de los participantes, su permanencia voluntaria en el estudio y los datos de contacto del equipo de investigación.

Durante la aplicación de los cuestionarios se mantuvo abierta la sesión de *zoom* para aclarar cualquier duda o dar soporte de manera remota. Al finalizar se agradeció a todos los involucrados por su colaboración. Finalmente, se descargó la base en Excel y se codificó para transferirla al software SPSS y elaborar el análisis de los datos.

Análisis de los Datos

Mediante el software SPSS 26 para Windows, se elaboró un análisis de tipo descriptivo y un análisis con la correlación de Pearson para conocer la relación entre las variables y para comparar los grupos se empleó prueba *t de student* para muestras independientes. Y estudios de regresión lineal simple.

Resultados

La muestra total estuvo compuesta por 490 alumnos universitarios el 68.8% refirió ser del sexo femenino y el 31.2% masculino, con edades de entre 18 a 30 años con media de 20.73, la mayoría de estos actualmente indicó vivir en casa de sus padres (52.2%), el 20% solo con la madre y hermanos, 9.2% con familia extensa, 4.7% con el padre y hermanos, 3.5% solo o con amigos, 2% con su pareja y el 8.4% no respondió.

Referente a la ingesta de alcohol el 84.2% señaló alguna vez en su vida haber bebido alcohol, siendo la edad de inicio de ingesta entre los 9 y los 23 años, con una media de 16.6, la edad de inicio de ingesta con mayor frecuencia fue a los 17 años. De acuerdo con los puntajes del cuestionario AUDIT el 87.3% de la muestra presenta un riesgo bajo a presentar dependencia del uso de alcohol, el 10.4% un riesgo moderado y el 2.3% un riesgo alto.

En los siguientes análisis se dividió la muestra en dos grupos, el primero compuesto por los participantes que tuvieron un riesgo bajo de dependencia al alcohol, 7 puntos o menos en el cuestionario AUDIT, y el segundo grupo por aquellos participantes que presentaron un riesgo moderado a alto de dependencia, 8 puntos o más en el cuestionario AUDIT. Se tomó una muestra representativa aleatoria del grupo de riesgo bajo (20%) y se juntó esta submuestra con el grupo de riesgo moderado-alto para hacer una prueba *t de student* para muestras independientes.

Los datos obtenidos demostraron que existen variaciones estadísticamente significativas ($p < .01$ y $p < .05$) en casi todas escalas y subescalas entre los grupos de riesgo bajo y de riesgo moderado-alto, a excepción de las subescalas: inhibición emocional, grandiosidad y autosacrificio del cuestionario de esquemas desadaptativos y de la subescala de abandono escolar del cuestionario ECODI (ver Tabla 8).

En términos generales, el grupo de riesgo moderado- alto obtuvo medias más altas en el YSQ-S3 y sus subescalas en comparación con el grupo de riesgo bajo. En el puntaje total del YSQ-S3 se tuvo una media de 105.77 en el grupo de riesgo moderado alto, mientras que en el grupo de riesgo bajo presentó una media de 87.32 puntos. Así mismo, en las subescalas hubo diferencias entre las medias comparando ambos grupos, siendo mayores en el grupo de riesgo moderado-alto, estas diferencias se detallan en la Tabla 8.

Respecto a la conducta violenta, fue evaluada con los cuestionarios ECODI y AQ que evalúan conducta disocial y agresividad, respectivamente, los resultados mostraron que en la escala total ECODI, los participantes con riesgo bajo tuvieron una *media* de 119.86, mientras que el grupo de riesgo moderado-alto mostró una media de 109.71. En las subescalas, los valores de la media fueron más altos en el grupo de riesgo bajo, se muestran con detalle estas diferencias en la Tabla 8.

Por el contrario, en el cuestionario AQ resultaron ser ligeramente mayores los valores de la media en el grupo de riesgo moderado-alto, en la escala total este grupo tuvo una media de 61.74, mientras que en el grupo de riesgo bajo se tuvo una media de 50.43. De igual manera, los valores de la media en cada una de las subescalas fueron mayores en el grupo de riesgo moderado-alto.

Tabla 8

Comparación de medias grupo riesgo bajo y moderado-alto y prueba t

	GRUPO BAJO		GRUPO ALTO		t
	Media	DE	Media	DE	
YSQ (ESQUEMAS)	87.32	28.99	105.77	36.95	-3.58**
Imperfección/vergüenza	6.73	4.22	9.13	5.23	-3.24**
Privación emocional	9.13	4.64	11.55	5.92	-2.92**
Abandono	10.22	5.45	12.95	6.00	-3.01**
Inhibición emocional	12.30	6.41	14.21	7.14	-1.78
Grandiosidad	11.40	4.99	12.92	5.10	-1.88
Punitividad	7.39	3.37	8.66	3.97	-2.21*
Dependencia/Incompetencia	4.85	2.59	6.03	3.40	-2.53*
Aislamiento social	8.36	4.51	10.15	5.71	-2.23*
Fracaso	7.66	4.76	9.40	5.36	-2.17*
Autosacrificio	7.25	3.70	7.73	3.58	-.81
ECODI	119.86	10.23	109.71	14.57	5.26**
Pleitos y armas	22.64	2.97	19.97	4.58	4.57**
Abandono Escolar	8.54	1.99	8.24	2.22	.89
Robo y Vandalismo	29.32	1.57	28.35	3.58	2.38*
Oposicionista desafiante	10.49	3.08	9.18	3.27	2.60**
Travesuras	17.76	2.75	15.24	3.55	5.11**
Grafiti	13.33	1.47	12.68	1.97	2.42*
AQ (AGRESIVIDAD)	47.44	15.61	61.74	21.02	-5.00**
AQ-Agresividad física	9.31	4.21	13.79	5.99	-5.65**
AQ-Hostilidad	18.65	6.61	22.29	8.43	-3.09**
AQ-Ira	13.26	5.50	17.50	6.40	-4.52**
AQ-Agresividad verbal	6.22	2.29	8.16	3.52	-4.31**

Fuente: Elaboración personal

Después, se hizo un análisis de correlación entre los EDT y las variables dependientes, conducta disocial y agresividad, por grupos de riesgo bajo y riesgo moderado-alto, encontrando diferencias en los valores de correlación de estos grupos. Referente al cuestionario ECODI y sus subescalas, en términos generales, se observaron correlaciones negativas bajas y muy bajas significativas con los EDT en el grupo de riesgo bajo. En cuanto al grupo de riesgo moderado-alto la mayoría de los valores de correlación resultaron no ser significativos y en las subescalas de robo y vandalismo y grafiti no hubo ninguna correlación significativa con los EDT.

El total del cuestionario ECODI, en el grupo de riesgo bajo, presentó valores de correlación negativos bajos significativos con todos los EDT y la escala total (YSQ-S3); mientras que en el grupo de riesgo moderado-alto solo se halló una correlación negativa baja significativa con la subescala de grandiosidad.

Con relación a la subescala de pleitos y armas, el grupo de riesgo bajo, arrojó correlaciones negativas muy bajas significativas con los EDT: imperfección, privación emocional, inhibición, punitividad, dependencia, aislamiento y la escala total, además de una correlación negativa baja con el esquema de grandiosidad; por otro lado, también en la subescala de pleitos y armas, el grupo de riesgo moderado-alto presentó correlaciones negativas bajas significativas con los esquemas de imperfección, grandiosidad y aislamiento social.

Respecto a la subescala de abandono escolar, en el grupo de riesgo bajo, se hallaron correlaciones negativas bajas significativas con todos los EDT y la escala total (YSQ-S3); mientras que, en el grupo de riesgo moderado-alto, en esta subescala, solamente fue encontrada una correlación negativa baja significativa al esquema de aislamiento social.

En la subescala de robo y vandalismo, el grupo de riesgo bajo aparecieron correlaciones negativas en su mayoría muy bajas significativas respecto a los EDT: punitividad, imperfección, fracaso, dependencia, aislamiento social, autosacrificio, privación emocional y la escala total (YSQ-S3). En el grupo de riesgo moderado-alto no se obtuvieron correlaciones significativas.

Por lo que se refiere a la conducta opositora-desafiante, en el grupo de riesgo bajo, resultaron correlaciones negativas bajas en los EDT: grandiosidad, punitividad, privación emocional, aislamiento social, autosacrificio, imperfección y la escala total (YSQ-S3). En comparación con el grupo de riesgo moderado-alto, en donde se encontraron correlaciones negativas bajas, ligeramente más fuertes, en los esquemas de grandiosidad, imperfección, abandono, autosacrificio y la escala total (YSQ-S3).

Siguiendo con la subescala de travesuras, en el grupo de riesgo bajo se observaron correlaciones negativas bajas con los EDT: punitividad, grandiosidad, aislamiento social, imperfección, fracaso, privación emocional, autosacrificio, abandono y la escala total (YSQ-S3). Mientras que, en el grupo de riesgo moderado-alto, la subescala “travesuras” solo tuvo una correlación negativa baja con el esquema de grandiosidad.

Finalmente, en la última subescala del ECODI “Graffiti”, en el grupo de riesgo bajo se tuvieron correlaciones negativas muy bajas con los EDT: grandiosidad y punitividad. Mientras que en el grupo de riesgo moderado-alto no surgieron correlaciones significativas.

Por otra parte, en términos generales, los análisis de correlación entre el cuestionario de agresividad (AQ) y el YSQ-S3 tuvieron valores en su mayoría moderados y altos en el grupo de riesgo moderado alto, mientras que en el grupo de riesgo bajo se tuvieron valores ligeramente inferiores. En el grupo de riesgo bajo, la escala total AQ tuvo valores de correlación positiva moderada con el total del YSQ-S3 y correlaciones positivas bajas con todos los esquemas desadaptativos evaluados. Mientras que el grupo de riesgo moderado-alto arrojó valores de correlación positiva moderada en los esquemas de imperfección, aislamiento social, grandiosidad, abandono y la escala total YSQ-S3 y valores de correlación positivos bajos con los EDT: punitividad, autosacrificio, privación emocional, dependencia, inhibición emocional y fracaso.

En el grupo de riesgo bajo, la subescala de Agresión física del AQ, presentó correlaciones positivas bajas con los EDT: grandiosidad y punitividad, además correlaciones positivas muy bajas con los esquemas de dependencia, imperfección, privación emocional, inhibición emocional, aislamiento y el total del YSQ-S3. Mientras que en el grupo de riesgo moderado-alto resultaron correlaciones positivas bajas con los esquemas de aislamiento social, grandiosidad, imperfección, punitividad y el total del YSQ-S3.

Posteriormente, el grupo de riesgo bajo en la subescala de hostilidad del AQ tuvo valores de correlación positiva moderada con los EDT: aislamiento social, imperfección, fracaso, dependencia y el total del YSQ-S3, además de correlaciones positivas bajas con los EDT: autosacrificio, abandono, punitividad, privación emocional, grandiosidad e inhibición emocional. Mientras que en el grupo de riesgo moderado-alto se registró una correlación positiva alta entre la subescala de hostilidad y el total de YSQ-S3, además, surgieron correlaciones positivas moderadas con los EDT: imperfección, aislamiento social, abandono, autosacrificio, dependencia, privación emocional, fracaso y grandiosidad, y correlaciones positivas bajas con los esquemas de punitividad e inhibición emocional.

Siguiendo con la subescala de Ira del AQ, el grupo de riesgo bajo mostró valores de correlación positivos bajos y muy bajos con relación a todos los esquemas desadaptativos evaluados. Mientras que el grupo de riesgo moderado-alto arrojó correlaciones positivas moderadas con el esquema de grandiosidad y la escala total YSQ-S3, además correlaciones positivas bajas con los esquemas de abandono, punitividad, imperfección, inhibición emocional y dependencia.

Por último, con respecto a la subescala de Agresión verbal del AQ, los resultados mostraron, en el grupo de riesgo bajo, correlaciones positivas bajas con todos los esquemas evaluados, así como con el total del YSQ-S3. Mientras que, en el grupo de riesgo moderado-alto, solo presentaron correlaciones positivas bajas los esquemas de grandiosidad, imperfección, aislamiento social y el total del YSQ-S3.

La Tabla 9 muestra los resultados de las correlaciones de las variables dependientes de interés y los EDT, así como el nivel de significancia de cada uno.

Tabla 9

Correlación entre los esquemas desadaptativos y las variables dependientes por grupos

	RIESGO (AUDIT)	YSQ TOTAL	Imperf ección	Privaci ón	Aband ono	Inhibic ión	Grandi osidad	Puniti vidad	Depen dencia	Aislam iento	Fracas o	Autos acrifici o
ECODI TOTAL	Bajo	-.324**	-.203**	-.237**	-.121*	-.171**	-.363**	-.319**	-.200**	-.209**	-.166**	-.158**
	Moderado-Alto	-.172	-.208	-.043	-.118	.002	-.281*	-.219	-.051	-.206	-.016	-.119
Pleitos y armas	Bajo	-.197**	-.117**	-.161**	-.058	-.112*	-.268**	-.199**	-.148**	-.101*	-.083	-.066
	Moderado-Alto	-.200	-.253*	-.091	-.099	-.020	-.265*	-.161	-.065	-.255*	-.107	-.115
Abandono escolar	Bajo	-.340**	-.316**	-.265**	-.122*	-.206**	-.129**	-.210**	-.275**	-.269**	-.313**	-.152**
	Moderado-Alto	-.211	-.148	-.159	-.104	.030	-.118	-.226	-.205	-.301*	-.189	-.154
Robo y Vandalismo	Bajo	-.198**	-.190**	-.120*	-.092	-.037	-.078	-.210**	-.173**	-.149**	-.179**	-.147**
	Moderado-Alto	.021	.003	.081	-.021	.134	.023	-.094	.011	-.094	-.020	.059
C. opositorista	Bajo	-.239**	-.099*	-.176**	-.081	-.162**	-.382**	-.222**	-.076	-.172**	-.045	-.123*
	Moderado-Alto	-.258*	-.278*	-.149	-.276*	-.072	-.384**	-.221	-.031	-.157	.030	-.267*
Travesuras	Bajo	-.242**	-.145**	-.140**	-.124*	-.078	-.259**	-.270**	-.189	-.153**	-.141**	-.135**
	Moderado-Alto	-.047	-.032	-.015	.022	-.088	-.314*	-.080	.032	-.026	.132	.043
Grafiti	Bajo	-.071	-.032	-.053	.004	-.042	-.144**	-.102*	.003	-.043	-.017	-.037
	Moderado-Alto	.002	-.071	.116	.025	-.017	-.009	-.043	-.079	-.013	.028	-.073
AQ TOTAL	Bajo	.485**	.349**	.276**	.329**	.218**	.355**	.362**	.330**	.358**	.306**	.315**
	Moderado-Alto	.531**	.481**	.332**	.424**	.307*	.440**	.341**	.328**	.456**	.257*	.337**
Agresión física	Bajo	.190**	.130**	.128**	.065	.119*	.228**	.217**	.131**	.112*	.070	.055
	Moderado-Alto	.285*	.304*	.223	.160	.144	.308*	.281*	.040	.318*	.103	.103
Hostilidad	Bajo	.584**	.473**	.355**	.369**	.282**	.299**	.362**	.425**	.474**	.436**	.381**
	Moderado-Alto	.702**	.644**	.466**	.584**	.340**	.407**	.366**	.526**	.627**	.427**	.531**
Ira	Bajo	.378**	.229**	.172**	.347**	.113*	.328**	.315**	.233**	.239**	.210**	.298**
	Moderado-Alto	.396**	.292*	.211	.361**	.288*	.450**	.299*	.260*	.223	.134	.226
Agresión verbal	Bajo	.346**	.204**	.190**	.225**	.167**	.343**	.258**	.207**	.271**	.178**	.223**
	Moderado-Alto	.282*	.284*	.105	.203	.249	.306*	.134	.160	.269*	.091	.156

Nota: El nivel de significancia se encuentra señalado por el símbolo asterisco (*): * p< .05, **p< .01

Fuente: Elaboración personal

Al final, para conocer si los EDT pueden ser predictores significativos de conducta violenta se elaboró un análisis de regresión lineal simple, entre las variables dependientes (conducta disocial y agresividad) con las variables independientes (ingesta de alcohol y esquemas desadaptativos) por grupos de riesgo bajo y moderado-alto (ver Tablas 11 a 21 en el anexo). Los resultados mostraron que los esquemas en general, especialmente los esquemas de imperfección/vergüenza, aislamiento social y abandono pueden predecir de manera significativa la conducta hostil.

En ambos grupos, los resultados mostraron valores de r^2 bajos en la mayoría de las constantes, pero con una $p < 0.01$ mostrando significancia estadística, los datos obtenidos se presentan en las Tablas siguientes. En términos generales la variable de hostilidad quedó mejor explicada por las variables independientes. El valor más alto de r^2 fue de .49 obtenido por el del total del YSQ-S3 como variable predictora de la variable hostilidad con una significancia estadística de $p < .05$ en el grupo de riesgo moderado-alto, mientras que en el grupo de riesgo bajo presentó un valor de $r^2 = .34$ con una significancia de $p < .01$ (Ver Tabla 10).

Tabla 10

YSQ-S3 como Predictor Significativo de Hostilidad

		Hostilidad				
	RIESGO AUDIT	R	R ²	R ² ajustada	p	Durbin Watson
Total YSQ-S3	Bajo	.58	.34	.34	.000	1.67
	Moderado - alto	.70	.49	.49	.03	2.48

Fuente: Elaboración personal

Referente a la variable de imperfección (variable independiente) como predictora de la variable hostilidad (variable dependiente) se obtuvo un valor de r^2 fue de .22 en el grupo de riesgo bajo, mientras que en el grupo de riesgo moderado-alto tuvo un valor de .40, ambos resultados con una significancia $p < .01$ (Ver Tabla 11)

Tabla 11

Esquema de Imperfección como Predictor Significativo de Hostilidad

		Hostilidad				
RIESGO AUDIT		R	R ²	R ² ajustada	p	Durbin Watson
Imperfección	Bajo	.47	.22	.22	.000	1.95
	Moderado - alto	.64	.41	.40	.000	2.08

Fuente: Elaboración personal

Por otro lado, en la variable de aislamiento social (variable independiente) como predictora la variable hostilidad (variable dependiente) se obtuvo un valor de r^2 fue de .22 en el grupo de riesgo bajo, mientras que en el grupo de riesgo moderado-alto tuvo un valor de .38, ambos resultados con una significancia $p < .01$ (Ver Tabla 12)

Tabla 12

Esquema de Aislamiento social como Predictor Significativo de Hostilidad

		Hostilidad				
RIESGO AUDIT		R	R ²	R ² ajustada	p	Durbin Watson
Aislamiento Social	Bajo	.47	.23	.22	.000	2.01
	Moderado - alto	.63	.39	.38	.000	2.25

Fuente: Elaboración personal

Finalmente, la variable de abandono (variable independiente) como predictora la variable hostilidad (variable dependiente) obtuvo un valor de r^2 fue de .16 en el grupo de riesgo bajo, mientras que en el grupo de riesgo moderado-alto tuvo un valor de .30, ambos resultados con una significancia $p < .01$ (Ver Tabla 13)

Tabla 13

Esquema de Abandono como Predictor Significativo de Hostilidad

		Hostilidad				
	RIESGO AUDIT	R	R ²	R ² ajustada	p	Durbin Watson
Abandono	Bajo	.42	.17	.16	.000	2.10
	Moderado - alto	.58	.34	.33	.000	1.83

Fuente: Elaboración personal

Discusión

Dadas las circunstancias de la pandemia causada por el virus SARS-CoV-2 el estilo de vida de los y las estudiantes universitarios encuestados fue modificado, incluyendo su patrón de ingesta de alcohol. Los instrumentos se contestaron en los meses de junio - septiembre 2021 fechas en las que las instituciones educativas no permitían el acceso a actividades presenciales a estudiantes, durante dichas aplicaciones algunos estudiantes manifestaron haber reducido su ingesta de alcohol desde la contingencia sanitaria por el Covid-19, los datos resultantes mostraron que el 87.3% de los individuos bajo este estudio presentaron un riesgo bajo de dependencia al alcohol, el 10.4% un riesgo moderado y (afortunadamente) solo el 2.3% un riesgo alto. El estudio realizado por Neme (2021), mostró que la ingesta de alcohol en alumnos de universidad argentinos se modificó debido a las condiciones de pandemia habiendo un incremento del consumo en aquellos jóvenes que viven “solos” y disminuyó en los jóvenes que viven con su familia. Por lo que las condiciones de contingencia pudieron haber afectado los resultados presentados en esta investigación. Así mismo, las condiciones antes mencionadas, obstaculizaron el acceso a una muestra de individuos con patrones de consumo de riesgo alto en instituciones que ofrecen atención a hombres y mujeres con problemas de ingesta de alcohol.

Pese a lo anterior, los resultados obtenidos revelaron que el 84.2% de los estudiantes entrevistados han bebido alcohol en algún momento de su vida, lo que podría sugerir que la incidencia respecto al consumo de alcohol en Hidalgo es mayor que la media nacional o que la incidencia nacional sigue en aumento. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018 (INSP, 2019) se reportó que el 49.9% de las mujeres y el 80.6% de los hombres de 20 años en adelante había tomado alcohol al menos una vez en su vida. Además, es importante considerar que la muestra del presente trabajo estuvo constituida en su mayoría por mujeres (68.8%).

Por otro lado, aunque la muestra de estudiantes fue dividida en dos grupos: riesgo bajo y riesgo moderado-alto para los análisis de comparación, es importante considerar que la mayoría del grupo moderado-alto pertenece a la categoría de riesgo moderado (poco más del 80%), lo cual posiblemente influye en los datos obtenidos.

Es importante recalcar que el esquema de grandiosidad tuvo correlaciones significativas con casi todas las variables dependientes (conducta disocial y agresividad) en ambos grupos, esta podría ser la razón por la que no resultó tener diferencias importantes entre los grupos de riesgo moderado y alto de dependencia de alcohol, de acuerdo con la prueba *t de student*. Lo que podría significar que el esquema de grandiosidad está relacionado con la conducta violenta (disocial y agresiva) tanto en personas con la ingesta de alcohol (bajo) sin riesgo de dependencia como en aquellas que presentan un consumo de riesgo moderado-alto. Bajo esta perspectiva, los resultados a los encontrados por Nicol et al. (2020) y por Tremblay y Dozois (2014) mostraron que el esquema de grandiosidad está más fuertemente asociado (que cualquier otro esquema desadaptativo) con la agresión, es decir, aquellos jóvenes que están convencidos que son superiores a los demás, que tiene privilegios y derechos especiales y que no tienen que someterse a las reglas de reciprocidad que dirigen la interacción social son más propensos a presentar rasgos de agresividad. Por otro lado, el estudio realizado por De La Cruz y Calvete (2021) concluyó que las experiencias de abandono y grandiosidad en la infancia tienen una asociación positiva con el control externo de la ira, entendido como la frecuencia con que la expresión de la ira es controlada, así mismo, presentan una asociación negativa con el control interno de la ira, entendido como el uso de estrategias para controlar los sentimientos de ira o experiencia emocional de la ira. Esto significa que las personas que tuvieron experiencias de abandono y grandiosidad en la infancia tienden a reprimir o controlar conductas relacionadas con la expresión de la agresividad, pero hay un bajo control emocional y cognitivo asociado con la agresividad, los sentimientos de ira y la hostilidad.

Otro hallazgo importante para considerar es que, en términos generales, los valores de r^2 de las variables independientes (EDT) para predecir las variables dependientes (conducta disocial y agresividad) fueron bajos, inferiores a .30, a excepción de la variable de hostilidad, lo cual pudo deberse a las características de la muestra puesto que la mayoría de los estudiantes presentaba una actitud negativa hacia la conducta social y niveles de agresividad bajos.

No obstante, las correlaciones y valores de r^2 en el grupo de riesgo moderado-alto, entre las variables dependientes (conducta disocial y agresiva) y los esquemas desadaptativos, fueron más fuertes, lo que quizás apunte a que una persona con esquemas desadaptativos tempranos, que además presente un consumo de riesgo moderado-alto tiene una probabilidad más alta de presentar conducta agresiva o disocial. Lo anterior podría ser respaldado con los resultados de Mate Lordén (2018), quien encontró que el estilo de afrontamiento basado en el empleo de sustancias es la variable más importante para predecir los diferentes tipos de agresión: física, verbal, ira y hostilidad, en comparación con otros estilos de afrontamiento.

Es importante resaltar el efecto de los esquemas desadaptativos en la presencia de conducta hostil en el grupo de riesgo moderado-alto ($r^2=.49$), lo cual podría estar indicando que uno de cada dos individuos con presencia de esquemas desadaptativos y que tienen un consumo de riesgo moderado-alto de alcohol podría presentar hostilidad. Estos descubrimientos son semejantes a los hallados en el trabajo realizado por Mate Lordén (2018), quien, de igual forma, encontró que los esquemas desadaptativos tienen un mayor poder predictivo en la hostilidad en comparación con otros tipos de agresión: agresión física, verbal e ira. Así mismo, detectó ciertas diferencias por sexo en la manifestación de la agresividad, señalando que es mayor en los hombres la agresividad física; mientras que la hostilidad y la ira es menor en hombres que en mujeres, mostrando una diferencia

más marcada en la hostilidad. Esto último, podría justificar de manera parcial los resultados obtenidos en este trabajo, pues cerca del 70% de la muestra estuvo constituida por mujeres.

Por otro lado, otros estudios han mostrado que las mujeres con una actividad parasimpática disminuida presentan más hostilidad, incluso en momentos de en las que se encuentran relajadas. Esto supone que las personas con mayor hostilidad están más predispuestas a reaccionar defensivamente ante estímulos neutrales (Lozano et al., 2018). Lo cual es posible que represente un factor de riesgo para presentar otros tipos de conducta agresiva, además de problemas de tipo psicopatológicos.

Referente a la constante de la variable de imperfección (variable independiente) con la variable hostilidad (variable dependiente), en donde el valor de r^2 fue de .40 en el grupo de riesgo moderado-alto con una significancia $p < .01$, indica que aquellos jóvenes que tienen un sentimiento de ser malo, inferior, antipático o indeseable socialmente, que sean hipersensibles al rechazo, crítica y culpa; o tienen la sensación de vergüenza respecto a fallas percibidas en sí mismo, que pueden ser privadas (sentimientos de egoísmo, enojo, deseos sexuales) o públicas (apariencia física no deseable, torpeza) y que además presentan una ingesta de riesgo de dependencia al alcohol moderado-alto tienen el 40% de probabilidad de presentar hostilidad. De acuerdo con Buss (1961), la hostilidad hace referencia a un comportamiento que involucra la cognición y una actitud negativa hacia los demás, el individuo hostil tiende a pensamientos negativos de sí mismo y de los demás, demostrándolo con desprecio y disgusto, los ítems que evaluaron este concepto en nuestra muestra fueron: a) "A veces soy bastante envidioso"; b) "En ocasiones siento que la vida me ha tratado injustamente"; c) "Parece que siempre son otros los que consiguen oportunidades"; d) "Me pregunto porque a veces me siento tan resentido por algunas cosas"; e) "Mis amigos dicen que discuto mucho; f) Se que mis amigos me critican a mis espaldas"; g) "Desconfío de desconocidos

demasiado amigables". Algunos estudios que pueden respaldar los hallazgos de la presente investigación son los realizados por Diaz (2018) quien halló que para las variables de autoestima y hostilidad se presenta una correlación negativa, esto significaría que cuando la hostilidad (y los diferentes tipos de agresividad) aumentaban, la medida de percepción de valía personal disminuye. Así mismo, el en el metaanálisis realizado por Maksimovic y Dimitrijevic (2020) se encontró que la violencia entre pares, inducen a conductas violentas, lo cual afecta la percepción de la valía personal y en la aceptación de sí mismo.

Por otro lado, se encontró que el esquema de aislamiento social presenta una r^2 de .38 y .22 en los grupos de consumo de riesgo moderado alto y bajo, respectivamente, lo cual indica que aquellos jóvenes que tienen la creencia de estar aislado del resto del mundo, de ser diferente al resto y de no participar o formar parte de un grupo o comunidad y que presentan un consumo de riesgo moderado-alto de dependencia al alcohol tienen el 40% probabilidad de presentar conducta hostil, mientras que los que presentan un riesgo bajo de dependencia tienen solo el 22% de probabilidad. De manera similar, Temblay y Dozois (2014), encontraron que el esquema de aislamiento social tenía una correlación positiva con la agresividad. Otros estudios también han encontrado que el aislamiento puede ser un factor detonante de la conducta hostil como el realizado por Silva (2020) quien encontró que los inmigrantes y refugiados con edades de entre 18 y 29 años, tenían una mayor tendencia a presentar resentimiento (venganza y rencor), asociado con la hostilidad y que además estos tenían mayores niveles de aislamiento social. También, el estudio realizado por Ríos (2021) encontró una relación positiva fuerte ($r=0.93$) entre el aislamiento social y la violencia contra la mujer, asimismo, el aislamiento social fue determinante en el 85.6% en la violencia contra la mujer.

Finalmente, el esquema de abandono presentó una r^2 de .32 y .16 en los grupos de consumo de riesgo moderado- alto y bajo de dependencia al alcohol, respectivamente, lo cual indica que aquellos jóvenes que tienen la Impresión de que el apoyo y la relación con los demás es inestable o poco segura y que presentan un consumo de riesgo moderado-alto de dependencia al alcohol tienen el 32% de probabilidad de presentar conducta hostil, mientras que los que presentan un riesgo bajo de dependencia tienen solo el 16% de probabilidad. Mate (2018), también encontró que el abandono puede ser un predictor de hostilidad.

El abandono infantil se asocia a diversos problemas a nivel personal, social y económico, por ello se considera que la prevención del maltrato y abandono infantil puede prevenir también otras formas de violencia, se ha evidenciado que al detener el desarrollo de comportamiento violento, fomentando además relaciones seguras, estables y enriquecedoras, puede reducir la presencia de diversos tipos de violencia como la violencia juvenil, violencia de pareja, violencia sexual y la violencia autoinfligida (Fortson et al., 2016).

Conclusiones

Este estudio tuvo el objetivo de identificar si los esquemas desadaptativos y el consumo de alcohol podrían ser predictores significativos de la conducta violenta y es el primero que se realiza en población mexicana, por lo que representa un parteaguas para el desarrollo de estudios posteriores y puede usarse como una guía metodológica.

Los resultados obtenidos en este trabajo mostraron que existen diferencias significativas en personas con un consumo de riesgo bajo y un consumo de riesgo moderado-alto, respecto a las puntuaciones de los EDT y la conducta violenta (conducta disocial y agresividad). Los EDT, la conducta disocial y la agresividad se presenta con mayor intensidad y/o frecuencia en personas con un consumo de riesgo moderado-alto de alcohol.

Asimismo, fue posible constatar que la ingesta de bebidas alcohólicas con riesgo moderado-alto de dependencia aumenta (en algunos casos duplica) la probabilidad de presentar conducta disocial o agresividad, asociadas con la conducta violenta, al menos en esta población. Asimismo, los esquemas desadaptativos, en especial el esquema de imperfección/vergüenza, aislamiento social y abandono pueden predecir de un 40% a un 32% la conducta hostil, en universitarios con una ingesta de alcohol de riesgo moderado- alto de dependencia.

Por otro lado, el estudio permitió reconocer que existe una correlación significativa, aunque baja entre la conducta violenta (conducta disocial y agresividad) y el esquema de grandiosidad, estudios previos han encontrado que este esquema se encuentra asociado con el narcisismo, el cual es un factor de la personalidad fuertemente asociado a todo tipo de violencias, ya que supone que una persona con estas características presenta falta de límites y es especialmente susceptible a reaccionar de manera agresiva cuando percibe que se le ha faltado al respeto o que ha sido ignorado.

Este hallazgo podría ser de gran utilidad para el ejercicio de la psicología clínica, no obstante, es conveniente seguir indagando sobre el efecto y/o relación de los esquemas y la ingesta de alcohol en la conducta violenta, con la intención de entender mejor el fenómeno y desarrollar estrategias de intervención más efectivas. Por lo que podría ser de gran utilidad realizar estudios con población que tenga antecedentes de conducta violenta.

Además, dadas las condiciones derivadas de la pandemia Covid-19, sería conveniente replicar el estudio en población mexicana, en condiciones “normales” y aumentar la muestra de individuos con riesgo moderado y alto. Aunque se ha mencionado que la población más vulnerable son los jóvenes, podrán realizarse estudios comparativos en diferentes grupos de edad.

Referencias

- Aguilera, V. R., Leija, G., Rodríguez, J. D., Herman, A., Trejo, J. I., & López, M. R. (2009). Evaluación de cambios en esquemas tempranos desadaptativos y en la antropometría de mujeres obesas con un tratamiento cognitivo conductual grupal. *Revista Colombiana de Psicología*, *18*(02), 157–166. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/view/10285>
- Ahumada-Cortez, J., Villar-Luis, M., Alonso-Castillo, M., Arnedáriz-García, N., & Gamez-Medina, M. (2018). Expectativas hacia el consumo de alcohol y conducta de consumo en adolescentes de nivel medio. *Salud y Drogas*, *18*(2), 49–57.
- Aloi, M., Rania, M., Sacco, R., Basile, B., & Segura-García, C. (2020). The Young Schema Questionnaire Short Form 3 (YSQ-S3): does the new four-domains model show the best fit? *Annals Of Psychology: Universidad de Murcia*, *36*(2), 254–261.
- Amagua, E. (2019). *Prevalencia del consumo de alcohol en adolescentes del Colegio Municipal Fernández Madrid*. Universidad Central del Ecuador Quito.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5ta Ed). Editorial Medica Panamericana.
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., Monteiro, M. G., & Organización Mundial de la Salud. (2001). AUDIT: Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol: pautas para su utilización en atención primaria. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331321/WHO-MSD-MSB-01.6a-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Barr, C., Newman, T., Lindell, S., Shannon, C., Champoux, M., Lesch, K., Suomi, S., Goldman, D., & Higley, J. (2004). Interaction between serotonin transporter gene variation and rearing

- condition in alcohol preference and consumption in female primates. *Archives of General Psychiatry*, 61(11), 1146–1152.
- Bobes, J., Sáiz, P., G-Portilla, M., Paredes, M., & Bascarán, M. (2002). Instrumentos de Evaluación en Alcoholismo. *Adicciones*, 14(1), 387–403.
- Bouvard, M., Denis, A., & Roulin, J. L. (2018). Psychometric Properties of the French Version of the Young Schema Questionnaire-Short Form 3 (YSQ-S3). *The Spanish Journal of Psychology*, 21(1). <https://doi.org/https://doi.org/10.1017/sjp.2018.66>
- Brailowsky, S. (2010). *Las sustancias de los sueños* (3a ed). Fondo de Cultura Económica. Aguilera, V. R., Leija, G., Rodríguez, J. D., Herman, A., Trejo, J. I., & López, M. R. (2009). Evaluación de cambios en esquemas tempranos desadaptativos y en la antropometría de mujeres obesas con un tratamiento cognitivo conductual grupal. *Revista Colombiana de Psicología*, 18(02), 157–166. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/view/10285>
- Campollo, O. (2009, December). El Alcoholismo en México. *Anuario de Investigación En Adicciones*, 96–106.
- Carbajal, E. (2020). *Terapia grupal de esquemas y fenómeno suicida en alumnos de bachillerato* [Instituto Politécnico Nacional]. <https://www.virtual.cics-sto.ipn.mx/REDIMIP/TESIS2020/2020-8.pdf>
- Caro, I. (2011). *Hacia una práctica eficaz de las psicoterapias cognitivas: Modelos y técnicas principales*. Editorial Desclée de Brouwer.
- Carod-Artal, F. J. (2015). Alucinógenos en las culturas precolombinas mesoamericanas. *Neurología*, 30(1), 42–49.

- Castrillón, D., Chaves, L., Londoño, N., Maestre, K., Marín, C., & Schnitter, M. (2005). Validación del Young Schema Questionnaire Long Form: Second edition YSQ-L2 en población colombiana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37(03), 541–560.
- Chakhssi, F., Bernstein, D., & De Ruiter, C. (2012). Early maladaptive schemas in relation to facets of psychopathy and institutional violence in offenders with personality disorders. *Legal and Criminological Psychology*, 19(2), 356–372. <https://doi.org/10.1111/lcrp.12002>
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (2017). *Informe Especial: Adolescentes: Vulnerabilidad y Violencia*. Comisión Nacional de los Derechos Humanos/Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Conde, K., Gimenez, P., & Cremonte, M. (2018). Características de los instrumentos de Tamizaje del Trastorno por Uso de Alcohol en Jóvenes Universitarios de Argentina. *Clinica y Salud*, 29(1), 27–33.
- Consuegra, N. (2010). *Diccionario de Psicología*. Ecoe Ediciones.
- Cosacov, E. (2007). *Diccionario de términos técnicos de la Psicología* (3era.). Editorial Brujas.
- Cremonte, M., Ledesma, R., Cherpitel, C., & Guilherme, B. (2010). Psychometric properties of alcohol screening test in the emergency department in Argentina, Mexico and the United States. *Addictive Behaviors*, 35(9), 818–825.
- Creswell, K. (2021). Drinking together and drinking alone: a social-contextual framework for examining risk for Alcohol Use Disorder. *Current Directions in Psychological Science*, 30(1), 19–25.
- Crews, F., Robinson, D., Chandler, L., Ehlers, C., Mulholland, P., Pandey, S., Rodd, Z., Spear, L.,

- Swartzwelder, H., & Vetreno, R. (2019). Mechanism of persistent neurobiological changes following adolescent alcohol exposure: NADIA Consortium Findings. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 43(9), 1806–1822.
- Da Silva, M. R., Favieri, G., & de Castilho, M. A. (2021). Estudos dos padrões de consumo de álcool em multi-territórios por adolescentes. *Revista Augustus*, 28(55), 162–186.
- David-Ferdon, C., Vivolo-Kantor, A., Dahlberg, L., Marshall, K., Rainford, N., & Hall, J. (2016). *Comprehensive Technical Package for the Prevention of Youth Violence and Associated Risk Behaviors*. Division of Violence Prevention National Center for Injury Prevention and Control Centers for Disease Control and Prevention.
- Davis, L., De la Fuente, J., Morse, R., Landa, E., & O'Brien, P. (1989). Self-administered alcoholism screening test (SAAST): comparison of classificatory accuracy in two cultures. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 13(2), 224–228.
- De La Cruz, V., & Calvete, E. (2021). Estilo parental, ira y experiencias tempranas de crianza en maltratadores. *Revista de Estudios Penitenciarios*, 1(263), 181–204.
- De la Villa, M., Bringas, C., Ovejero, A., Morales, L. A., & Rodríguez, F. J. (2017). Emergencia sociosanitaria en consumo de riesgo de alcohol y síntomas de dependencia en jóvenes. *Health and Addictions*, 17(2), 91–99.
- Del Castillo, A., Higareda, J. J., Romero, A., & Gil, F. E. (2016). Validación convergente del Cuestionario de Esquema de Young (YSQ-Forma larga 3) en estudiantes de Hidalgo. *Revista Mexicana de Psicología, número especial*, 180–182.
- Díaz, D., Arellanez, J., Rodríguez, S., & Fernández, C. (2015). Comparación de tres modelos de riesgo de uso nocivo de alcohol en estudiantes mexicanos. *Acta de Investigación Psicológica*, 5(2),

2047–2061.

Díaz, N., & Moral, M. V. (2018). Consumo de alcohol y conducta antisocial e impulsividad en adolescentes españoles. *Acta Colombiana de Psicología*, *21*(2), 110–120.

Duque, M. A., Gómez, L. A., & Rubio, A. (2022). Asociación entre rasgos de personalidad desadaptativos y consumo de alcohol en estudiantes universitarios. Universidad Santo Tomás.

Escobedo, M. T., Hernández, J. A., Estebané, V., & Martínez, G. (2016). Modelos de ecuaciones estructurales: Características, fases, construcción, aplicación y resultados. *Ciencia & Trabajo*, *18*(55), 16–22. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.4067/S0718-24492016000100004>.

Fernández, B., Jorge, V., & Bejar, E. (2009). Función protectora de las habilidades emocionales en la prevención de consumo de tabaco y alcohol: una propuesta de intervención. *Psicooncología*, *6*(1), 243–256.

Fernández, M., Dema, S., & Fontanil, Y. (2019). La influencia de los roles de género en el consumo de alcohol: Estudio cualitativo en adolescentes y jóvenes en Asturias. *Adicciones*, *31*(4), 260–273.

Fernández, M. A. (2019). *Esquemas Desadaptativos Tempranos y Expectativas hacia el Consumo de Alcohol en Adolescentes de una Institución Educativa Estatal de Chiclayo*. Universidad Señor de Sipán.

Flores, M. G., & Vilca, M. P. (2017). *Esquemas desadaptativos tempranos en adolescentes con problemas de conducta*. Universidad Nacional de San Agustín.

Fortson, B., Kleven, J., Merrick, M., Gilbert, L., & Alexander, S. (2016). Prevención del maltrato y abandono infantil: Paquete técnico para las actividades relacionadas con políticas, normas y

programas. Centro Nacional para la Prevención y el Control de Lesiones, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.

Fuente, J., & Kershenobich, D. (1992). El alcoholismo como problema médico. *Revista de La Facultad de Medicina*, 35(2), 45–51.

Gámez-Medina, M., Guzmán-Facundo, F., Ahumada-Cortez, J., Alonso-Castillo, M., & Gherardi-Donato, E. (2017). Autoestima y consumo de alcohol en adolescentes escolarizados. *NURE Investigación: Revista Científica de Enfermería*, 14(88), 1–9.

Gantiva, C. A., Bello, J., Vanegas, E., & Sastoque, Y. (2010). Relación entre el consumo excesivo de alcohol y esquemas maladaptativos tempranos en estudiantes universitarios. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(2), 362–374.

Gogeochea-Trejo, M., Mendez-Maín, S., Natera-Rey, M., San Jorge-Cárdenas, X., & Treviño-Siller, S. (2016). Consumo de alcohol y lesiones: estudio en población atendida en servicios de urgencias de la ciudad de Xalapa, Veracruz, México. *Salud Mental*, 39(2), 61–68.

González, F., Tinoco, I., & Macedo-García, A. (2012). Insecurity and violence: Narratives about violence and insecurity in Mexico State. *Espiral: Estudios Sobre Estado y Sociedad*, 19(55), 79–116.

Gorenc, K. D., Villa, G., Bruner, C., Beltrán, J., Pacurucu, S., & Llanos, R. (1990). Estudio transhispanoamericano del alcoholismo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 22(1), 83–109.

Hawke, L. D., & Provencher, M. D. (2012). The Canadian French Young Schema Questionnaire: Confirmatory Factor Analysis and Validation in Clinical and Nonclinical Samples. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, 44(1), 40–49.

- Heinle, K., Rodriguez, O., & Shirk, D. (2016). *Organized Crime and Violence in Mexico: Analysis through 2015 special report*. University of San Diego: Justice in Mexico.
- Heinrich, A., Müller, K., Banaschewski, T., Barker, G., Bokde, A., Bromberg, U., Büchel, C., Conrod, P., Fauth-Büler, M., Papadopoulos, D., Gallinat, J., Garavan, H., Gowland, P., Heinz, A., Ittermann, B., Mann, K., Martinot, J., Paus, T., Pausova, Z., ... Nees, F. (2016). Prediction of alcohol drinking in adolescents: Personality-traits, behavior, brain responses and genetic variations in the context of reward sensitivity. *Biological Psychology*, *118*(1), 79–87.
- Heinz, A., Mann, K., Weinberger, D., & Goldman, D. (2001). Serotonergic Dysfunction, Negative Mood States and Response to Alcoholism. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, *25*(4), 487–495.
- Herrera, A. (2014). *Validación del Cuestionario de Esquemas de Youn Tercera Versión Extendida en Población Mexicana*. Universidad Autonoma del Estado de Hidalgo.
- Huerta, R. E., Miljanovich, M., Aliaga, J., Campos, E., Ramiírez, N., Delgado, E., Ramos, J., & Murillo, L. (2017). Esquemas disfuncionales tempranos y consumo de alcohol en estudiantes universitarios, según carrera profesional de una universidad pública de la ciudad de Lima. *Revista de Investigación En Psicología*, *20*(2), 309–326.
<https://doi.org/https://doi.org/10.15381/rinvp.v20i2.14043>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2019). *Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre Seguridad Pública*. INEGI.
<https://doi.org/https://www.inegi.org.mx/temas/incidencia/>
- 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 2014: Reporte de Alcohol (J. Villatoro-Velázquez, D. Fregoso, N. Bustos, M. Oliva, A. Mujica, R. Martín del Campo, R. Nanni, & M. Medina-Mora (eds.); 1era ed.). Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

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. In Secretaría de Salud (Ed.), *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017* (1era ed., p. 190). Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
https://drive.google.com/file/d/1rMlKaWy34GR51sEnBK2-u2q_BDK9LA0e/view

Instituto Nacional de Salud Pública. (2019). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018*.
https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf

Kachadourian, L. K., Taft, C. T., Holowka, D. W., Woodward, H., Marx, B. P., & Burns, A. (2013). Maladaptive dependency schemas, posttraumatic stress hyperarousal symptoms, and intimate partner aggression perpetration. *Journal Trauma Stress, 26*(5), 580–587.
<https://doi.org/10.1002/jts.21850>

Kendler, K., Jacobson, K., Myers, J., & Eaves, L. (2008). A genetically informative developmental study of the relationship between conduct disorder and peer deviance in males. *Psychological Medicine, 38*(7), 1001–1011.

Kershenovich, D. (2010). Alcohol y Alcoholismo: Definiciones actuales, mecanismos de daño y tratamiento clínico. *Revista de Gastroenterología de México, 75*(52), 177–178.

Kirmani, M., & Suman, L. (2010). Gender differences in alcohol related attitudes and expectancies

- among college students. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 36(1), 19–24.
- Kriston, L., Schäfer, J. S., Jacob, G., Härter, M., & Hölzel, L. P. (2013). Reliability and validity of the German Version of the Young Schema Questionnaire- Short Form 3 YSQ-S3. *European Journal of Psychological Assessment*, 23(3), 205–212.
- Lee, S. J., Choi, Y. H., Rim, H. D., Won, S. H., & Lee, D.-W. (2015). Reliability and Validity of the Korean Young Schema Questionnaire-Short Form-3 in Medical Students. *Psychiatry Investigation*, 12(3), 295–304. <https://doi.org/10.4306/pi.2015.12.3.295>
- Lloret-Segura, S., Ferreres-Traver, A., Hernández-Baeza, A., & Tomás-Marco, I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de Psicología: Universidad de Murcia*, 30(3), 1151–1169.
- Loinaz, I. (2017). *Manual de evaluación del riesgo de violencia España: Pirámide*. Pirámide.
- Londoño, N., Schnitter, M., Marín, C., Calvete, E., Ferrer, A., Maestre, K., Chaves, L., & Castrillón, D. (2012). Young Schema Questionnaire-Short Form: Validación en Colombia. *Universitas Psychologica*, 11(1), 147–164.
- López, A. F., Cid Colom, J., Obst, J., Rondón, J. M., Alfano, S. M., & Cellerino, C. (2011). Guías esquematizadas de tratamiento de los trastornos de la personalidad para profesionales, desde el modelo de Young, Klosko y Wheishar. *Ciencias Psicológicas*, 5(1), 83–115.
- Lozano, D. I., Pacheco, M. A., Carmona, L. S., & Burciaga, J. H. (2018). Hostilidad, enojo y agresión: diferencias fisiológicas en una muestra de mujeres universitarias del norte de México. *Revista de Psicología y Ciencias Del Comportamiento de La Unidad Académica de Ciencias Jurídicas y Sociales*, 9(1), 54–74.

- Machín, J. (2015). ¿Pueden Mayahuel y Xochipilli transformar una Universidad en una Poliversidad? Respetar la diversidad: de la prohibición a la gestión del consumo de sustancias. *Espacios Transnacionales*, 3(5), 70–80.
- Manzano, A., & Zamora, S. (2012). *Sistema de ecuaciones estructurales: una herramienta de investigación*. Centro Nacional de Evaluación para la Educación Superior.
- Mate, A. I. (2018). *Esquemas Cognitivos Disfuncionales, Distorsiones cognitivas y Agresión en jóvenes y adolescentes*. Universidad Complutense de Madrid.
- Medina-Mora, M. E., Tapia, R., Sepúlveda, J., Rascón, M. L., Mariño, M. del C., & Villatoro, J. (2014). Los patrones de consumo de alcohol y los síntomas de dependencia en la población urbana de la República Mexicana. *Anales Del Instituto Mexicano de Psiquiatría*, 2, 133–137. <http://repositorio.inprf.gob.mx/handle/123456789/6451>
- Méndez-Ruiz, M., Ortiz-Moreno, G., Eligio-Tejada, I., Yañez-Castillo, B., & Villegas-Pantoja, M. (2018). Percepción del riesgo y consumo de alcohol en adolescentes de preparatoria. *AQUICHAN*, 18(4), 438–448.
- Mendoza Monroy, J. (2017). *Embriaguez y delitos en el corregimiento de Toluca. 1700-1770*. Universidad Autónoma del Estado de México.
- Michelini, Y., Acuña, I., & Godoy, J. (2016). Emociones, toma de decisiones y consumo de alcohol en jóvenes universitarios. *Suma Psicológica*, 23(1), 42–50. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0121438116000023>
- Milena, A., Olmedilla, M., Gallardo, I., Pulido, I., Fernández, M., & Milena, M. (2010). Motivaciones (creencias, expectativas y actitudes) para el consumo de alcohol entre adolescentes de un instituto urbano. *Atención Primaria*, 42(12), 604–611.

- Mora-Ríos, J., Natera, G., & Juárez, F. (2005). Expectativas relacionadas con el alcohol en la predicción del abuso en el consumo en jóvenes. *Salud Mental, 28*(2), 82–90.
- Moral, J., & Pacheco, M. (2011). Desarrollo de una escala de conducta disocial en México. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala, 14*(1), 199–221.
- Muñoz, J. (2010). Las bebidas alcohólicas en la historia de la humanidad. AAPAUNAM Academia, Ciencia y Cultura, 42–52.
- Neipp, M., Quiles, M., León, E., Tirado, S., & Rodríguez-Marín, J. (2015). Aplicando la Teoría de la Conducta Planeada: ¿qué factores influyen en la realización de ejercicio físico? *Atención Primaria, 47*(5), 287–293.
- Neme, M. J. (2021). Consumo de alcohol en Pandemia: Expectativas hacia el alcohol y contextos de consumo en jóvenes universitarios. Universidad Siglo 21.
- Nicol, A., Mak, A. S., Murray, K., Walker, I., & Buckmaster, D. (2020). The Relationships Between Early Maladaptative Schemas and Youth Mental Health: A Systematic Review. *Cognitive Therapy and Research, 44*(1), 715–751. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s10608-020-10092-6>
- Ochoa, E., Madoz-Gúrpide, A., & Muelas, N. (2009). Diagnóstico y tratamiento de la dependencia al alcohol. *Medicina y Seguridad Del Trabajo, 55*(214), 26–40.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Alcohol*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
- Organización Panamericana de la Salud. (2016). *La prevención de la violencia juvenil: panorama general de la evidencia*. Organización Mundial de la Salud.

- Organización Panamericana de la Salud. (2019). *Informe sobre la situación mundial del Alcohol y la Salud 2018 Resumen*. Organización Panamericana de la Salud.
- Ortega, S., & Ortega, A. (2013). Esquemas Maladaptativos Tempranos asociados a la conducta criminal. *Revista Internacional PEI: Por La Psicología y Educación Integral*, 02(04), 24–42.
- Osborne, J. W. (2014). *Best Practices in Exploratory Factor Analysis*. Createspace Independent Publishing Plataform.
- Osborne, J. W., & Costello, A. B. (2004). Sample size and subject to item ratio in principal components analysis. *Practical Assessment, Research, and Evaluation*, 9(11).
<https://doi.org/https://doi.org/10.7275/ktzq-jq66>
- Otero, M., González, R., Carreño, A., & Benítez, I. (2018). *Alcoholismo y violencia un problema de salud internacional desde la perspectiva de expertos cubanos. 2016*.
- Pedroza, M., Andrade, P., & Calleja, N. (2019). Validación de la Escala de Esquemas Maladaptativos Tempranos para niños. *Acta de Investigación Psicológica*, 9(1), 37–47.
- Pérez, O. M., Ortega, N. A., Rincón, A. B., García, R., & Romero, M. A. (2013). Propiedades Psicométricas del Cuestionario de Agresión en dos muestras diferentes de Hidalgo, México. *European Scientific Journal*, 9(32), 107–120.
- Phillips, K., Brockman, R., Bailey, P. E., & Kneebone, I. (2019). Young Schema Questionnaire – Short Form Version 3 (YSQ-S3): Preliminary validation in older adults. *Aging and Mental Health*, 23(1), 140–147. <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1396579>
- Pilatti, A., Fernández, C., Viola, A., García, J., & Pautassi, R. (2017). Efecto recíproco de impulsividad y consumo de alcohol en adolescentes argentinos. *Salud y Drogas*, 17(1), 107–120.

- Pilatti, A., Brussino, S. A., & Godoy, J. C. (2013). Factores que influyen en el consumo de alcohol de adolescentes argentinos: un path análisis prospectivo. *Revista de Psicología, 22*(1), 22–36.
- Porter, L. (2013). Alcohol and HCV. *Hepatitis C Support Project, 1*(4).
http://www.hcvadvocate.org/hepatitis/factsheets_pdf/Alcohol_and_HCV.pdf
- Pueyo, A., & Redondo, S. (2007). Predicción de la violencia: Entre la peligrosidad y la valoración del riesgo de violencia. *Papeles Del Psicólogo, 28*(3), 157-173.
- Quiñones, Á., Ramírez, P., Cid Colom, J., Melipillán, R., Ugarte, C., & Florenzano, R. (2018). Cuestionario de esquemas de Young CEY-S3: Propiedades psicométricas en una muestra chilena mixta. *Terapia Psicológica, 36*(3), 144–155.
- Ramírez, N. L. (2016). *Las y Los Adolescentes que México Ha Olvidado* (Save the Children (ed.)). Save the Children/Fundación Mexicana de Apoyo Infantil.
- Restrepo, J. (2007). Psicopatología y epistemología. *Revista Colombiana de Psicopatología, 1*(36), 123–144.
- Ríos, D. M. (2021). Aislamiento social y violencia contra la mujer en el distrito de Tarapoto [Universidad César Vallejo]. <https://doi.org/https://hdl.handle.net/20.500.12692/81448>
- Ripley, A., Garrido, L., & Fernandez, N. (2014). *Percepción de Factores Causales de la Delincuencia en Adolescentes recluidos en la República Dominicana*. Decanato de Investigación Académica, Universidad Iberoamericana.
- Rivas, V., Rodríguez, C. M., Arias, M. R., Carrillo, L., Zetina, E., & González, J. (2016). Relación del consumo de alcohol y trastornos mentales en habitantes de una población rural. *Investigación y Ciencia de La Universidad Autónoma de Aguascalientes, 67*, 71–77.

- Rodríguez, O. (2016). Violent Mexico: Participatory and Multipolar Violence Associated with Organised Crime. *International Journal of Conflict and Violence*, *10*(1), 40–60.
- Sánchez-Aguilar, A., Andrade-Palos, P., & Gómez-Maqueo, M. E. L. (2019). Esquemas desadaptativos tempranos y ansiedad en escolares de México. *Revista de Psicología Clínica Con Niños y Adolescentes*, *06*(02), 15–21. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2019.06.2.2>
- Schmidt, N. B., Joiner, T. E., Young, J. E., & Telch, M. J. (1995). The Schema Questionnaire: Investigation of Psychometric Properties and the Hierarchical Structure of a Measure of Maladaptive Schemas. *Cognitive Therapy and Research*, *19*(3), 295–321.
- Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública. (2020). *Informe de víctimas de homicidio, secuestro y extorsión 2017*. SESNSP/SEGOB. <https://doi.org/https://www.gob.mx/sesnsp/acciones-y-programas/incidencia-delictiva-81638>
- Shaver, P., & Mikulincer, M. (2011). *Human aggression and violence: Causes, manifestations, and consequences*. American Psychological Association. <https://doi.org/https://doi.org/10.1037/12346-000>
- Shorey, R. C., Elmquist, J., Anderson, S., & Stuart, G. L. (2015). Early maladaptive schemas and aggression in men seeking residential substance use treatment. *Personality and Individual Differences*, *83*, 6–12. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.03.040>
- Silva, C. (2014). Patrones de consumo y variantes genéticas involucradas en la tolerancia del alcohol en población universitaria de Santiago de Chile. Universidad de Chile.
- Silva, M. J. (2020). The vicious circle of hostility from western societies towards Refugees, Asylum-Seekers and Immigrants : Picture-Elicitation Instrument for Assessment, Intervention and

Advocacy [Universidad Pontificia Comillas].

<https://doi.org/http://hdl.handle.net/11531/45389>

Simons, R. M., Sistas, R. E., Simons, J. S., & Hansen, J. (2018). The role of distress tolerance in the relationship between cognitive schemas and alcohol problems among college students. *Addictive Behaviors, 78*, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.10.020>

Skrzynski, C., & Creswell, K. (2020). Associations between solitary drinking and increased alcohol consumption, alcohol problems, and drinking to cope motives in adolescents and young adults: a systematic review and meta-analysis. *Addiction Journal, 115*(11), 1989–2007.

Soler, P. A., Sanahuja, J., & Mengual, A. (2010). Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol. In J. Vallejo & C. Leal (Eds.), *Tratado de Psiquiatría* (2da ed., pp. 221–242). Ars Médica.

Soygüt, G., Karaosmanoğlu, A., & Cakir, Z. (2009). Assessment of Early Maladaptive Schemas: A psychometric study of the Turkish Young Schema Questionnaire –Short Form-3. *Turkish Journal of Psychiatry, 20*(1), 75–84.

Stopa, L., Thorne, P., Waters, A., & Preston, J. (2001). Are the short and long forms of the Young Schema Questionnaire comparable and how well does each version predict psychopathology scores. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 15*(3), 253–272.

Tirado, R., Aguaded, J., & Marín, I. (2009). Factores de protección y de riesgo del consumo de alcohol en alumnos de la Universidad de Huelva. *Salud y Drogas, 9*(2), 165–183.

Torres, M. C., Palma, M. M., Iannini Uribe, J., & Moreno Luna, S. (2006). Validación de la prueba Young Adult Alcohol Problems Screening Test, YAAPST, en un grupo de estudiantes universitarios de la Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá. *Universitas Psychologica, 5*(1),

175–190.

Tremblay, P. F., & Dozois, D. J. A. (2014). Otra perspectiva sobre el rasgo agresivo superposición con esquemas maladaptativos tempranos. *RET:Revista de Toxicomanías*, *1*(72), 14–22.

Trip, S. (2006). The Romanian version of Young Schema Questionnaire – Short Form 3 (YSQ-S3). *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, *6*(2), 173–181.

Tristán, C., Llorens, N., Brime, B., León, L., López, M., García, N., & Molina, M. (2021). Alcohol: consumos y consecuencias. Ministerio de Sanidad.

Trujillo, H., Martínez-González, J., & Vargas, C. (2013). Associative relationships between beliefs about the social use of drugs and the consumption among young students. *Universitas Psychologica*, *12*(3), 875–885.

United Nations Office on Drugs and Crime. (2013). *Global Study on Homicide 2013*. United Nations Publication.

Valencia, J., González, M. J., & Galán, I. (2014). Aspectos metodológicos en la medición de consumo de alcohol: la importancia de los patrones de consumo. *Revista Española de Salud Pública*, *88*(4), 433–446.

VandenBos, G. R. (2015). *APA dictionary of psychology* (2da.). American Psychological Association. <https://doi.org/https://doi.org/10.1037/14646-000>

Vanegas, D., & Jaider, J. (2016). *Esquemas maladaptativos tempranos y factores de riesgo de consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes de un Colegio de Bogotá*. Fundación Universitaria Los Libertadores.

World Drug Report. (2020). *Executive summary*. United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC].

Young, J. E. (1999). *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-Focused approach* (3rd Editio). Professional Resource Press.

Young, J. E. (2005). *Young Schema Questionnaire: Long Form, Third Edition*. Schema Therapy Institute.

Young, J. E. (2010). *Basic Theory and Outcome Research*. Schema Therapy Institute.

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2013). *Terapia de esquemas: Guía práctica*. Desclee de Brouwer. Biblioteca de Psicología

Anexos

Tabla 14

Esquemas Desadaptativos Tempranos como Predictores significativos de Conducta Violenta

YSQ-S3 TOTAL					
	RIESGO AUDIT	R	R ²	R ² ajustada	Significancia de la constante
ECODI TOTAL	Bajo	.346	.120	.118	.000
	Moderado-Alto	.282	.080	.064	.000
Pleitos y armas	Bajo	.197	.039	.037	.000
	Moderado-Alto	.200	.040	.024	.000 (*)
Abandono escolar	Bajo	.340	.116	.114	.000
	Moderado-Alto	.211	.044	.029	.000 (*)
Robo y Vandalismo	Bajo	.198	.039	.037	.000
	Moderado-Alto	.021	.000	-.016	.000 (*)
C. opositorista	Bajo	.239	.057	.055	.000
	Moderado-Alto	.258	.067	.051	.000
Travesuras	Bajo	.242	.058	.056	.000
	Moderado-Alto	.047	.002	-.014	.000 (*)
Grafiti	Bajo	.071	.005	.003	.000 (*)
	Moderado-Alto	.002	.000	-.017	.000 (*)
AQ TOTAL	Bajo	.485	.235	.234	.000
	Moderado-Alto	.531	.282	.270	.000
Agresión física	Bajo	.190	.036	.034	.000
	Moderado-Alto	.285	.081	.066	.000
Hostilidad	Bajo	.584	.341	.339	.000
	Moderado-Alto	.702	.493	.485	.027
Ira	Bajo	.378	.143	.141	.000
	Moderado-Alto	.396	.157	.143	.000
Agresión verbal	Bajo	.346	.120	.118	.000
	Moderado-Alto	.282	.080	.064	.000

Tabla 15

Esquema de Imperfección como Predictor significativo de Conducta Violenta

		Imperfección/ Vergüenza			
	RIESGO AUDIT	R	R ²	R ² ajustada	Significancia de la constante
ECODI TOTAL	Bajo	.203	.041	.039	.000
	Moderado-Alto	.208	.043	.027	.000 (*)
Pleitos y armas	Bajo	.117	.014	.011	.000
	Moderado-Alto	.253	.064	.049	.000
Abandono escolar	Bajo	.316	.100	.098	.000
	Moderado-Alto	.148	.022	.006	.000 (*)
Robo y Vandalismo	Bajo	.190	.036	.034	.000
	Moderado-Alto	.003	.000	-.017	.000 (*)
C. opositorista	Bajo	.099	.010	.007	.000
	Moderado-Alto	.278	.077	.062	.000
Travesuras	Bajo	.145	.021	.019	.000
	Moderado-Alto	.032	.001	-.016	.000 (*)
Grafiti	Bajo	.032	.001	-.001	.000 (*)
	Moderado-Alto	.071	.005	-.012	.000 (*)
AQ TOTAL	Bajo	.349	.122	.120	.000
	Moderado-Alto	.481	.232	.219	.000
Agresión física	Bajo	.130	.017	.015	.000
	Moderado-Alto	.304	.092	.077	.000
Hostilidad	Bajo	.473	.224	.222	.000
	Moderado-Alto	.644	.414	.404	.000
Ira	Bajo	.229	.052	.050	.000
	Moderado-Alto	.292	.085	.070	.000
Agresión verbal	Bajo	.204	.042	.039	.000
	Moderado-Alto	.284	.081	.065	.000

Tabla 16

Esquema de Privación emocional como Predictor significativo de Conducta Violenta

RIESGO AUDIT		Privación emocional			
		R	R ²	R ² ajustada	Significancia de la constante
ECODI TOTAL	Bajo	.237	.056	.054	.000
	Moderado-Alto	.043	.002	-.015	.000 (*)
Pleitos y armas	Bajo	.161	.026	.024	.000
	Moderado-Alto	.091	.008	-.008	.000 (*)
Abandono escolar	Bajo	.265	.070	.068	.000
	Moderado-Alto	.159	.025	.009	.000 (*)
Robo y Vandalismo	Bajo	.120	.014	.012	.000
	Moderado-Alto	.081	.007	-.010	.000 (*)
C. opositorista	Bajo	.176	.031	.029	.000
	Moderado-Alto	.149	.022	.006	.000 (*)
Travesuras	Bajo	.140	.020	.017	.000
	Moderado-Alto	.015	.000	-.016	.000 (*)
Grafiti	Bajo	.053	.003	.001	.000 (*)
	Moderado-Alto	.116	.014	-.003	.000 (*)
AQ TOTAL	Bajo	.276	.076	.074	.000
	Moderado-Alto	.332	.110	.096	.000
Agresión física	Bajo	.128	.016	.014	.000
	Moderado-Alto	.223	.050	.034	.000 (*)
Hostilidad	Bajo	.355	.126	.124	.000
	Moderado-Alto	.466	.217	.204	.000
Ira	Bajo	.172	.030	.027	.000
	Moderado-Alto	.211	.044	.028	.000 (*)
Agresión verbal	Bajo	.190	.036	.034	.000
	Moderado-Alto	.105	.011	-.005	.000 (*)

Tabla 17

Esquema de Abandono como Predictor significativo de Conducta Violenta

RIESGO AUDIT		Abandono			
		R	R ²	R ² ajustada	Significancia de la constante
ECODI TOTAL	Bajo	.121	.015	.012	.000
	Moderado-Alto	.118	.014	-.002	.000 (*)
Pleitos y armas	Bajo	.058	.003	.001	.000 (*)
	Moderado-Alto	.099	.010	-.007	.000 (*)
Abandono escolar	Bajo	.122	.015	.013	.000
	Moderado-Alto	.104	.011	-.006	.000 (*)
Robo y Vandalismo	Bajo	.092	.008	.006	.000 (*)
	Moderado-Alto	.021	.000	-.016	.000 (*)
C. opositorista	Bajo	.081	.007	.004	.000 (*)
	Moderado-Alto	.276	.076	.061	.000
Travesuras	Bajo	.124	.015	.013	.000
	Moderado-Alto	.022	.000	-.016	.000 (*)
Grafiti	Bajo	.004	.000	-.002	.000 (*)
	Moderado-Alto	.025	.001	-.016	.000 (*)
AQ TOTAL	Bajo	.329	.108	.106	.000
	Moderado-Alto	.424	.180	.166	.000
Agresión física	Bajo	.065	.004	.002	.000 (*)
	Moderado-Alto	.160	.026	.009	.000 (*)
Hostilidad	Bajo	.417	.174	.164	.000
	Moderado-Alto	.584	.341	.330	.000
Ira	Bajo	.347	.120	.118	.000
	Moderado-Alto	.361	.130	.116	.000
Agresión verbal	Bajo	.225	.050	.048	.000
	Moderado-Alto	.203	.041	.025	.000 (*)

Tabla 18

Esquema de Inhibición Emocional como Predictor significativo de Conducta Violenta

RIESGO AUDIT		Inhibición emocional			
		R	R ²	R ² ajustada	Significancia de la constante
ECODI TOTAL	Bajo	.171	.029	.027	.000
	Moderado-Alto	.002	.000	-.017	.000 (*)
Pleitos y armas	Bajo	.112	.013	.010	.000
	Moderado-Alto	.020	.000	-.016	.000 (*)
Abandono escolar	Bajo	.206	.043	.040	.000
	Moderado-Alto	.030	.001	-.016	.000 (*)
Robo y Vandalismo	Bajo	.037	.001	-.001	.000 (*)
	Moderado-Alto	.134	.018	.002	.000 (*)
C. opositorista	Bajo	.162	.026	.024	.000
	Moderado-Alto	.072	.005	-.011	.000 (*)
Travesuras	Bajo	.078	.006	.004	.000 (*)
	Moderado-Alto	.088	.008	-.009	.000 (*)
Grafiti	Bajo	.042	.002	-.001	.000 (*)
	Moderado-Alto	.017	.000	-.016	.000 (*)
AQ TOTAL	Bajo	.218	.047	.045	.000
	Moderado-Alto	.307	.094	.079	.000
Agresión física	Bajo	.119	.014	.012	.000
	Moderado-Alto	.144	.021	.004	.000 (*)
Hostilidad	Bajo	.282	.079	.077	.000
	Moderado-Alto	.340	.116	.101	.000
Ira	Bajo	.113	.013	.010	.000
	Moderado-Alto	.288	.083	.067	.000
Agresión verbal	Bajo	.167	.028	.026	.000
	Moderado-Alto	.259	.062	.047	.000 (*)

Tabla 19

Esquema de Grandiosidad como Predictor significativo de Conducta Violenta

RIESGO AUDIT		Grandiosidad			
		R	R ²	R ² ajustada	Significancia de la constante
ECODI TOTAL	Bajo	.363	.132	.130	.000
	Moderado-Alto	.281	.079	.063	.000
Pleitos y armas	Bajo	.268	.072	.070	.000
	Moderado-Alto	.265	.070	.055	.000
Abandono escolar	Bajo	.129	.017	.014	.000
	Moderado-Alto	.118	.014	-.002	.000 (*)
Robo y Vandalismo	Bajo	.078	.006	.004	.000 (*)
	Moderado-Alto	.023	.001	-.016	.000 (*)
C. opositorista	Bajo	.382	.146	.144	.000
	Moderado-Alto	.384	.148	.133	.000
Travesuras	Bajo	.259	.067	.065	.000
	Moderado-Alto	.314	.099	.084	.000
Grafiti	Bajo	.144	.021	.018	.000
	Moderado-Alto	.009	.000	-.017	.000 (*)
AQ TOTAL	Bajo	.355	.126	.124	.000
	Moderado-Alto	.440	.193	.180	.000
Agresión física	Bajo	.228	.052	.050	.000
	Moderado-Alto	.308	.095	.080	.000
Hostilidad	Bajo	.299	.090	.087	.000
	Moderado-Alto	.407	.165	.152	.000
Ira	Bajo	.328	.107	.105	.000
	Moderado-Alto	.450	.203	.189	.000
Agresión verbal	Bajo	.343	.118	.116	.000
	Moderado-Alto	.306	.094	.079	.000

Tabla 20

Esquema de Punitividad como Predictor significativos de Conducta Violenta

RIESGO AUDIT		Punitividad			
		R	R ²	R ² ajustada	Significancia de la constante
ECODI TOTAL	Bajo	.319	.102	.100	.000
	Moderado-Alto	.219	.048	.032	.000 (*)
Pleitos y armas	Bajo	.199	.040	.037	.000
	Moderado-Alto	.161	.026	.010	.000 (*)
Abandono escolar	Bajo	.210	.044	.042	.000
	Moderado-Alto	.226	.051	.035	.000 (*)
Robo y Vandalismo	Bajo	.210	.044	.042	.000
	Moderado-Alto	.094	.009	-.008	.000 (*)
C. opositorista	Bajo	.222	.049	.047	.000
	Moderado-Alto	.221	.049	.033	.000 (*)
Travesuras	Bajo	.270	.073	.071	.000
	Moderado-Alto	.080	.006	-.010	.000 (*)
Grafiti	Bajo	.102	.010	.008	.000
	Moderado-Alto	.043	.002	-.015	.000 (*)
AQ TOTAL	Bajo	.362	.131	.129	.000
	Moderado-Alto	.341	.116	.101	.000
Agresión física	Bajo	.217	.047	.045	.000
	Moderado-Alto	.281	.079	.064	.000
Hostilidad	Bajo	.362	.131	.129	.000
	Moderado-Alto	.366	.134	.120	.000
Ira	Bajo	.315	.099	.097	.000
	Moderado-Alto	.299	.089	.074	.000
Agresión verbal	Bajo	.258	.067	.064	.000
	Moderado-Alto	.134	.018	.002	.000 (*)

Tabla 21

Esquema de Dependencia como Predictor significativo de Conducta Violenta

RIESGO AUDIT		Dependencia			
		R	R ²	R ² ajustada	Significancia de la constante
ECODI TOTAL	Bajo	.200	.040	.038	.000
	Moderado-Alto	.051	.003	-.014	.000 (*)
Pleitos y armas	Bajo	.148	.022	.020	.000
	Moderado-Alto	.065	.004	-.012	.000 (*)
Abandono escolar	Bajo	.275	.076	.073	.000
	Moderado-Alto	.205	.042	.026	.000 (*)
Robo y Vandalismo	Bajo	.173	.030	.028	.000
	Moderado-Alto	.011	.000	-.017	.000 (*)
C. opositorista	Bajo	.076	.006	.004	.000 (*)
	Moderado-Alto	.031	.001	-.016	.000 (*)
Travesuras	Bajo	.189	.036	.033	.000
	Moderado-Alto	.032	.001	-.016	.000 (*)
Grafiti	Bajo	.003	.000	-.002	.000 (*)
	Moderado-Alto	.079	.006	-.010	.000 (*)
AQ TOTAL	Bajo	.330	.109	.107	.000
	Moderado-Alto	.328	.108	.093	.000
Agresión física	Bajo	.131	.017	.015	.000
	Moderado-Alto	.040	.002	-.015	.000 (*)
Hostilidad	Bajo	.425	.181	.179	.000
	Moderado-Alto	.526	.276	.264	.000
Ira	Bajo	.233	.054	.052	.000
	Moderado-Alto	.260	.068	.052	.000 (*)
Agresión verbal	Bajo	.207	.043	.041	.000
	Moderado-Alto	.160	.025	.009	.000 (*)

Tabla 22

Esquemas Aislamiento Social como Predictor significativo de Conducta Violenta

		Aislamiento social			
RIESGO AUDIT		R	R ²	R ² ajustada	Significancia de la constante
ECODI TOTAL	Bajo	.209	.044	.041	.000
	Moderado-Alto	.206	.042	.026	.000 (*)
Pleitos y armas	Bajo	.101	.010	.008	.000
	Moderado-Alto	.255	.065	.049	.000
Abandono escolar	Bajo	.269	.072	.070	.000
	Moderado-Alto	.301	.090	.075	.000
Robo y Vandalismo	Bajo	.149	.022	.020	.000
	Moderado-Alto	.094	.009	-.008	.000 (*)
C. opositorista	Bajo	.172	.029	.027	.000
	Moderado-Alto	.157	.025	.008	.000 (*)
Travesuras	Bajo	.153	.023	.021	.000
	Moderado-Alto	.026	.001	-.016	.000 (*)
Grafiti	Bajo	.043	.002	.000	.000 (*)
	Moderado-Alto	.013	.000	-.016	.000 (*)
AQ TOTAL	Bajo	.358	.128	.126	.000
	Moderado-Alto	.456	.208	.194	.000
Agresión física	Bajo	.112	.013	.010	.000
	Moderado-Alto	.318	.101	.086	.000
Hostilidad	Bajo	.474	.225	.223	.00
	Moderado-Alto	.627	.394	.384	.000
Ira	Bajo	.239	.057	.055	.000
	Moderado-Alto	.223	.050	.034	.000
Agresión verbal	Bajo	.271	.073	.071	.000
	Moderado-Alto	.269	.073	.057	.000

Tabla 23

Esquema de Fracaso como Predictor significativo de Conducta Violenta

RIESGO AUDIT		Fracaso			
		R	R ²	R ² ajustada	Significancia de la constante
ECODI TOTAL	Bajo	.166	.028	.025	.000
	Moderado-Alto	.016	.000	-.016	.000 (*)
Pleitos y armas	Bajo	.083	.007	.005	.000 (*)
	Moderado-Alto	.107	.011	-.005	.000 (*)
Abandono escolar	Bajo	.313	.098	.096	.000
	Moderado-Alto	.189	.036	.019	.000 (*)
Robo y Vandalismo	Bajo	.179	.032	.030	.000
	Moderado-Alto	.020	.000	-.016	.000 (*)
C. opositorista	Bajo	.045	.002	.000	.000 (*)
	Moderado-Alto	.030	.001	-.016	.000 (*)
Travesuras	Bajo	.141	.020	.017	.000
	Moderado-Alto	.132	.017	.001	.000 (*)
Grafiti	Bajo	.017	.000	-.002	.000 (*)
	Moderado-Alto	.028	.001	-.016	.000 (*)
AQ TOTAL	Bajo	.306	.094	.091	.000
	Moderado-Alto	.257	.066	.050	.000
Agresión física	Bajo	.070	.005	.003	.000 (*)
	Moderado-Alto	.103	.011	-.006	.000 (*)
Hostilidad	Bajo	.436	.190	.188	.000
	Moderado-Alto	.427	.182	.169	.000
Ira	Bajo	.210	.044	.042	.000
	Moderado-Alto	.134	.018	.002	.000 (*)
Agresión verbal	Bajo	.178	.032	.029	.000
	Moderado-Alto	.091	.008	-.008	.000 (*)

Tabla 24

Esquema de Autosacrificio como Predictor significativo de Conducta Violenta

RIESGO AUDIT		Autosacrificio			
		R	R ²	R ² ajustada	Significancia de la constante
ECODI TOTAL	Bajo	.158	.025	.023	.000
	Moderado-Alto	.119	.014	-.002	.000 (*)
Pleitos y armas	Bajo	.066	.004	.002	.000 (*)
	Moderado-Alto	.115	.013	-.003	.000 (*)
Abandono escolar	Bajo	.152	.023	.021	.000
	Moderado-Alto	.154	.024	.008	.000 (*)
Robo y Vandalismo	Bajo	.147	.022	.019	.000
	Moderado-Alto	.059	.003	-.013	.000 (*)
C. opositorista	Bajo	.123	.015	.013	.000
	Moderado-Alto	.267	.071	.056	.000
Travesuras	Bajo	.135	.018	.016	.000
	Moderado-Alto	.043	.002	-.015	.000 (*)
Grafiti	Bajo	.037	.001	-.001	.000 (*)
	Moderado-Alto	.073	.005	-.011	.000 (*)
AQ TOTAL	Bajo	.315	.099	.097	.000
	Moderado-Alto	.337	.114	.099	.000
Agresión física	Bajo	.055	.003	.001	.000 (*)
	Moderado-Alto	.103	.011	-.006	.000 (*)
Hostilidad	Bajo	.381	.146	.144	.000
	Moderado-Alto	.531	.282	.270	.000
Ira	Bajo	.298	.089	.086	.000
	Moderado-Alto	.226	.051	.035	.000 (*)
Agresión verbal	Bajo	.223	.050	.047	.000
	Moderado-Alto	.156	.024	.008	.000 (*)