



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

IDENTIFICACION DE FACTORES EN EL ABUSO DEL
ALCOHOL PARA LA COMISION DE LOS DELITOS DE
ROBO Y HOMICIDIO IMPRUDENCIAL.

T E S I S

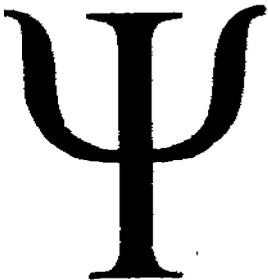
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :

ERNESTO JIMENEZ XOLALPA

DIRECTOR DE TESIS: MTRO. CELSO SERRA PADILLA
REVISOR DE TESIS: MTRO. HORACIO QUIROGA ANAYA



MÉXICO, D. F.

2005

m. 341416



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: ERNESTO SEMERIZ XOIALAPA

FECHA: 25/02/05

FIRMA: PA 

Agradecimientos

A la Facultad de Psicología

A mi director:

Mtro. **Celos Serra Padilla**

Con mucho cariño y agradecimiento por darme el respaldo para la realización de este estudio.

A mi revisor:

Mtro. **Horacio Quiroga Anaya**

Por su dedicación y por todas las atenciones brindadas en la revisión de este trabajo.

A los internos del Reclusorio Varonil Oriente y al director del mismo, pues sin ellos no hubiese sido posible la realización de esta investigación.

A mi Universidad, por darme el honor de pertenecer a la máxima casa de estudios, cuyo objetivo primordial es la formación integral del ser humano.

Dedicatorias

Esta tesis se la dedico antes que nadie y con mucho amor a mi esposa Patricia y a mi hija Nahomi que sembraron en mí esa semilla de lograr lo que me proponga....y más.

A mi padre, con eterna gratitud por su constancia y carácter, por haber cultivado en mí ese deseo de superación y de lucha interminable hacia la vida.

A mi madre, por su paciencia, cariño y por ese amor incondicional que siempre supo brindar.

A mis hermanos Rafael y Marlene, por todo ese amor, apoyo y motivación que siempre me han dado y que ellos saben que es recíproco.

A Carmen, que Dios nos ha dado el regalo de tenerla todavía con nosotros.

A la familia Reyes Villarruel, por su gran amor y apoyo hacia mí

A mis abuelos, donde quiera que estén.

ÍNDICE

	Página
RESUMEN	i
INTRODUCCIÓN	2
CAPITULO I Marco Teórico	
Generalidades del abuso de alcohol	6
Causas y consecuencias del abuso de alcohol	10
Aspectos legales del delito	29
CAPITULO II: Metodología	
Planteamiento del problema	34
Preguntas de investigación	34
Objetivo	35
Importancia del estudio	35
Definición de términos	36
Variables	38
Escenario	38
Población	39
Muestreo	40
Tipo de estudio	40

Tipo de diseño	40
Instrumento	40
Procedimiento	43
Tratamiento estadístico	45
CAPITULO III: Resultados	46
CAPITULO IV: Discusión y Conclusiones	63
Sugerencias y Limitaciones	67
Referencias	68
Anexos	72

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo identificar los factores que llevan a una persona a beber y por lo cual llega a cometer un homicidio o un delito. Para alcanzar dicho objetivo se utilizó un cuestionario que contenía aspectos de la vida de la persona como son, dinámica familiar, relación de pareja y situación laboral por una parte y una serie de aspectos conductuales por la otra. Dicho cuestionario se aplicó dentro de un centro de readaptación social varonil.

La muestra fue de tipo no probabilística, intencional, en la cual se tomaron 60 sujetos que por haber cometido un homicidio o el delito de robo bajo los efectos del alcohol, se encontraban privados de su libertad.

El tipo de diseño de la presente investigación fue cuasi-experimental de una sola muestra y con una sola aplicación, la única cualidad que los sujetos debían de tener era que por el abuso del alcohol hubieran cometido un homicidio o un robo.

Se llevo a cabo un análisis de frecuencias con las respuestas de los reactivos que evaluaban un área o una conducta determinada. Con estas frecuencias se detectó cuales eran las respuestas que más sobresalían.

Estos resultados resaltan que, a pesar de la relación que se ha manejado a través del tiempo en cuanto al abuso del alcohol y las conductas delictivas o de homicidio, no queda claros cuales son los factores que llevan a una persona a beber de forma excesiva y a convertirse en un agresor de sí mismo o de los demás, ya que en la mayoría de estos sujetos no se encuentran presentes los problemas familiares, de pareja o de trabajo, así como tampoco presentan problemas conductuales como depresión, obsesionalidad, ideas extravagantes, ideas de suicidio, violencia, etc. Incluso la forma de beber de estas personas se asemeja más al de el bebedor social que a la del bebedor excesivo. Esto se ve reflejado en el hecho de que los sujetos en su mayoría bebía cada quince días o cada semana.

Es importante mencionar que estos resultados pudieron deberse a que los sujetos mintieron al contestar el cuestionario, ya que por lo general este tipo de personas pretenden quedar bien para obtener alguna ganancia que los ayude en su situación legal, otro factor que pudo haber influido fue el tiempo en que se aplicó el cuestionario en relación con el tiempo en que sucedió el delito debido a que había sujetos que llevaban más de 5 años reclusos y no podían recordar bien el como se sentían o como llevaban su vida en el momento que cometieron el acto.

Con esto se puede decir que los sujetos estudiados no presentan un patrón característico de su vida personal, ni de su vida social. No podemos crear una especie de recetario para saber cuándo una persona se encuentra en una situación de riesgo para cometer algún delito bajo los efectos del alcohol.

Aunque estos factores no se pueden descartar del todo, no podemos concluir que sean factores que influyan directamente o que determinen que una persona abuse del alcohol y por lo cual pueda cometer un homicidio o algún tipo de delito.

INTRODUCCIÓN

El consumo de alcohol ha estado presente en las sociedades de todos los tiempos; hasta en los lugares más recónditos, el hombre ha encontrado en la naturaleza los elementos necesarios para elaborar cualquier tipo de bebida. En nuestro país desde tiempos prehispánicos, el pulque, el mezcal y otras bebidas, se vinculan a festejos y rituales. El alcohol ha formado parte de la cultura de los pueblos, considerando su uso como una práctica aceptada (ENA, 1993).

Actualmente el consumo excesivo de alcohol y el alcoholismo han llegado a representar uno de los principales problemas de salud en nuestro país. Existen factores que facilitan su consumo, tales como la distribución, promoción, venta ilegal a menores de edad, gran aceptación social, además de que se asocia a estados emocionales placenteros. Hoy en día, el alcohol es la droga de más alto consumo en nuestra sociedad y es la que cuenta con mayor número de adictos (CONACID, 2000).

Ubicándonos dentro de un continuo en el consumo del alcohol, tenemos en un extremo a las personas abstemias, mientras que en el otro se encuentran aquellas con una dependencia severa al alcohol (alcohólicos). Entre estos dos extremos, se ubican aquellas personas que consumen alcohol en forma episódica pero excesiva. A estas personas se les conoce como “Bebedores Problema o Bebedores Excesivos” (Ayala y Echeverría, 1998). En México así como en muchos otros países, un alto porcentaje de personas pertenece a este grupo.

Es importante mencionar que debido a la gran cantidad de clasificaciones que existen actualmente en cuanto al tipo de bebedores, un bebedor excesivo no necesariamente es un bebedor problema y un bebedor problema no necesariamente se excede en su consumo. Uno de los requisitos para que una persona se considere como bebedor problema es precisamente que cuando bebe se ve involucrado en distintos problemas, muchos de ellos de tipo legal, y en el caso del bebedor excesivo, el requisito es que ingiere más alcohol del que su cuerpo puede asimilar.

Los bebedores problema en comparación con aquellas personas con dependencia severa al alcohol, suelen tener redes sociales y familiares menos deterioradas y mayor estabilidad económica y laboral. A pesar de esto, existen ciertos eventos que nos indican que el consumo excesivo de alcohol

ha empezado ha provocar daños en la salud física y/o mental del bebedor, así como en su vida familiar, social, laboral y en su economía. (Ayala y Echeverría, 1998).

La intoxicación con alcohol puede generar muy diversos fenómenos, entre los principales, se encuentran las enfermedades, accidentes, pérdida de todo freno y restricción social y violencia. Es capaz de perturbar la conducta humana y convertir gradualmente al ser humano en un agresor potencial de si mismo, de su familia y de la sociedad. Amenaza su integridad física y mental. Su afectación en el área social lo lleva a cometer delitos imprudenciales por falta de tolerancia, dados los sentimientos de prepotencia que hacen caer en el desprestigio y en una situación de inferioridad laboral y social, todo ello acarrea daños económicos, pérdida de la confiabilidad, ausentismo, conducta inadecuada o escandalosa o simplemente ser depositario de burla de sus compañeros, situación que le provoca al individuo incertidumbre, vergüenza, malestar, resentimientos, celos, envidias y actitudes hostiles que antes no sufría, que son muchas veces causa de accidente o le producen deseos de venganza y proporciona en él una conducta agresiva contra sí mismo o contra los demás(Souza y Machorro, 1988).

El abuso del alcohol presenta una serie de efectos, de entre los que se encuentran los problemas de índole legal, estos se caracterizan por la manifestación de diversas conductas mostradas dentro del período de intoxicación, conductas antiéticas y antisociales graves, generalmente prohibidas por las leyes penales y por ende son sancionadas por estas mismas.

Existe una relación muy importante entre el abuso del alcohol y los delitos violentos, básicamente delitos de lesión, de violación y homicidio. Parece ser que en 90% de los delitos de homicidio por lesiones y en riña, uno de los contendientes se encuentran en estado alcohólico. (Souza y Machorro, 1988).

Para analizar el uso que las leyes penales vigentes dan al delito de homicidio, el presente trabajo abordara una parte de este tema.

Hay una necesidad de analizar el homicidio visto como consecuencia social de un consumo indebido de bebidas, ya que constituye una realidad importante para la humanidad es por esto que se

hacen necesarias nuevas investigaciones para así hacer más accesible el conocimiento de tan crónica y compleja situación y hacer conciencia de su estudio.

Tenemos una posible relación entre el abuso del alcohol y el delito imprudencial, pues este puede llegar a liberar inhibiciones, sin embargo, no siempre aparece claro el mecanismo exacto que trae a la superficie ciertos elementos de la personalidad conduciendo a la agresión o al asesinato. Esta claro sin embargo, que cualquier fase de la gama alcohólica, desde la intoxicación aguda a la patológica, permite, en algunos sujetos, la emergencia de la agresión, y simultáneamente de ciertos conflictos de la personalidad en distintos grados. Es razonable afirmar que la absorción de alcohol por la mayoría de las personas, si no por todas, aumenta inmediatamente sus posibilidades de acción violenta. Este complejo problema nos afecta en todos los aspectos de la conducta humana, individual y social.

Se han realizado muchos estudios en relación al alcoholismo. Pero solo unos cuantos relacionan el abuso de alcohol con el homicidio. Los estudios que se han realizado respecto a estos temas dentro de nuestra facultad en los últimos 10 años han estado enfocados más bien a la posibles causas psicológicas y sociales en el desarrollo del alcoholismo (Muñoz, 1992), el suicidio en los alcohólicos (González, 1992), tratamiento de alcohólicos (Vázquez, 1993 y Morales 2001) interacción familiar en jóvenes provenientes de familias con uno o dos padres alcohólicos (Hernández, 1993), riesgos en los hijos de los alcohólicos (Rocha, 1996), e incluso existe una tesis documental en donde se manejan estas dos variables alcoholismo y la conducta homicida (Gómez, 1996). En esta última tesis se llega a la conclusión de dos puntos muy importantes, los cuales son:

1. El alcohol puede haber influido en el establecimiento de un trastorno temporal de conciencia, el cual fue suficiente para que se presentara un acto homicida, ya sea porque el alcohol provocó el que no se tuviera un control suficientemente bien estructurado y que unido a una fuerte emoción, ya sea de índole endógeno o exógeno dio lugar a la presentación de una conducta desviada como lo es el homicidio o simplemente porque el alcohol dio origen a serias alteraciones fisiológicas las cuales limitaron al sujeto en su capacidad para autodeterminar su conducta, lo que da como resultado, la presentación de actos delictivos sin que el sujeto sea responsable directo, puesto que este comportamiento se debió a la alteración provocada por el alcohol en si y no por que hubiera otro factor que provocará dicha alteración.

2. El alcohol solo viene a ser un elemento que facilita la presentación de un acto homicida, el cual va a estar determinado, principalmente, por diversos tipos de características de personalidad, las cuales a su vez dan origen a ciertos trastornos de personalidad que hasta ese momento estuvieron dominados y controlados por el individuo, y que ante la presencia del alcohol pudieron ser abiertamente externadas.

De esta forma el presente estudio se apoya en las últimas investigaciones y sugiere una aplicación de campo utilizando un instrumento dentro de alguna institución donde se encuentran las personas que por el consumo inadecuado del alcohol cometieron un acto homicida o un delito.

El estudio del abuso de alcohol no puede limitarse solo a los problemas de bebida. La interrelación entre las conductas alteradas del sujeto requiere una investigación más amplia, la creación de este estudio deriva del hecho de que el abuso del alcohol está con frecuencia asociado a problemas de ansiedad y depresión, al déficit de asertividad, situación laboral y económica, así como también a las dificultades en la relación de pareja o dinámica familiar(Edwards, 1986; Echeburua, 1988).

Una de las formas de evaluar al alcohólico se lleva a cabo mediante la aplicación de cuestionarios. La utilidad de los cuestionarios diagnósticos va a depender siempre del contexto en el que se utilicen y del objetivo que se persiga con ellos.

El desarrollo reciente de muchos cuestionarios de alcoholismo tiene por objetivo, por un lado, la detección precoz del consumo inmoderado del alcohol y por otro el diagnóstico de confirmación del alcoholismo en un contexto clínico. Las ventajas de unos cuestionarios sobre otros dependen en parte, de los objetivos que se pretendan con ellos.

En el presente trabajo se pretendía investigar cuales eran los factores que llevan a una persona a beber en forma excesiva y por lo cual llega a cometer un homicidio o un delito. Esto se llevo a cabo mediante la aplicación de un cuestionario que contiene aspectos de la vida del sujeto que se relacionan con su forma de beber y con el delito cometido. El cuestionario se les aplico a personas que habían cometido homicidio o robo y que se encontraban privadas de su libertad dentro de un centro de readaptación social.

CAPITULO I. MARCO TEÓRICO

GENERALIDADES DEL ABUSO DE ALCOHOL

El alcohol es una droga potencialmente adictiva, depresora del sistema nervioso central. De ahí que mientras más altas sea la concentración de alcohol en la sangre, mayor será el efecto negativo sobre el funcionamiento del organismo y en particular del cerebro. Un incremento de dicha concentración provoca una respuesta progresiva en algunos individuos.

Las personas que consumen alcohol reaccionan de forma diferente, es por esto que se hace necesaria la siguiente clasificación de tipos de bebedores

La ingesta de alcohol puede tipificarse en función de cuatro factores: cantidad, frecuencia, efectos y causa. Los tipos resultantes son: bebedor normal, bebedor excesivo y bebedor patológico o alcohólico. (Jellinek citado en Batalla, 1982)

El bebedor normal se define con los factores de cantidad y efectos: ingiere menos de 100 cc. de alcohol absoluto en un día y presenta incoordinación motora, con esta cantidad y efectos no tiene riesgo de salud.

El bebedor excesivo también se clasifica según criterios de cantidad y efectos: ingiere más de 100 cc. de alcohol absoluto en un día y/ o se embriaga con incoordinación motora, más de una vez por mes. Es excesivo porque, con esa cantidad y efectos, tiene alto riesgo de desarrollar alcoholismo, enfermedad y/ o complicaciones médicas, neurológicas y psiquiátricas de la ingestión normal de alcohol.

El bebedor patológico o alcohólico se define exclusivamente con un criterio causal, ingiere cualquiera sea la cantidad y efectos para calmar síntomas de dependencia física selectiva hacia el alcohol. El factor causal de la ingestión, la dependencia física selectiva, es la condición indispensable para definir el alcoholismo.

El cuarto factor de clasificación, la frecuencia de ingestión, se aplica por igual a los tres tipos de bebedores, definiendo sus variedades o formas clínicas. La frecuencia se mide por el tiempo que transcurre entre una y otra ingestión; cuando sólo son horas las clasificamos como frecuencia continua o inveterada, cuando son días o semanas, frecuencia intermitente.

El bebedor normal, continuo es el que ingiere moderada y diariamente con las comidas. Intermitente sería el que lo hace los fines de semana en cantidad moderada. Remitente sería que el sujeto pasa meses o años entre una y otra ingestión moderada, acercándose mucho al abstemio.

El bebedor excesivo, continuo ingiere todos los días más de 100 cc. de alcohol absoluto, que equivale a 250 cc. de bebidas espirituosas, con 40 % de etanol; o un litro de vino con 10 % de etanol; o dos litros de cerveza con 5% de etanol. El excesivo intermitente ingiere estas cantidades cada fin de semana, quincenal o mensualmente. El excesivo remitente hace cada cierto número de meses o años. Esta última variedad, el excesivo remitente no presenta prácticamente riesgos para la salud.

El alcohólico continuo ingiere pequeñas cantidades de alcohol cada 2 a 8 horas. El intermitente ingiere uno o más días y luego deja de beber por días o semanas. El remitente presenta crisis de dependencia física durante algunos días, y luego está libre de ella durante meses o años.

Los periodos de la embriaguez se pueden reducir en tres, mismos que son si se clasifican en modo general, el de la exaltación, el de la excitación y el de la postración. En el primero de ellos crece el vigor intelectual y físico, se manifiesta la euforia y aparecen en la charla salpicada de agudezas, reiteradas demostraciones de afecto y amistad.

El segundo período tiene lugar el enervamiento, la perturbación de las ideas, los juicios equivocados, el criterio confuso, el surgimiento de los complejos y las debilidades, y como la circulación de la sangre se acelera y varios órganos se congestionan, surge de pronto la agresión verbal y otras formas de violencia.

En el tercer período los músculos se debilitan, la voz se hace pastosa e ininteligible, los párpados se cierran y cuando ocurre el oscurecimiento del cerebro, el cuerpo cae y queda tirado, a veces, en medio de las conocidas inmundicias del borracho. (Celis, 1984)

Las propiedades sedantes del alcohol hacen que éste tenga sobre el organismo un efecto anestésico en algunas áreas del cerebro, disminuyendo su actividad. Al compararlo con el volumen total de líquido que existe en el cuerpo, una pequeña cantidad de alcohol puro, menos de 0.10%, puede afectar seriamente las funciones del organismo y el comportamiento. De 0.03 a 0.05% de concentración de éste en sangre no se producen efectos fácilmente reconocibles. De 0.5 a 0.10% se produce una sensación de relajación, sedación y / o euforia, esto es debido a que el alcohol puede liberar ciertas inhibiciones y enmascarar la fatiga.

De 0.10 a 0.20% la mayoría de los individuos dan señales de intoxicación, cuyas manifestaciones más comunes son:

Un impedimento físico y mental que afecta la percepción y la ejecución motora; la coordinación muscular se deteriora; el juicio se ve afectado; las reacciones ante los diferentes estímulos se retardan: aparecen alteraciones en la discriminación visual y auditiva y el lenguaje se hace en ocasiones muy confuso; la persona intoxicada puede tornarse necia, escandalosa, melancólica, deprimida o agresiva; algunos individuos se encuentran demasiado confiados en sus habilidades y se exponen, por lo tanto, a peligros a los que no se arriesgarían si no estuvieran intoxicados.

Otros se sienten románticos, manifiestan conductas antisociales o se retiran silenciosamente a un rincón apartado. Una misma persona puede exhibir toda esta gama de comportamiento a lo largo del período de ingestión.

Ante concentraciones mayores a 0.20% la mayoría de la gente se observará muy sedada, no percibirá lo que ocurre a su alrededor, y tendrá dificultades serias para mantenerse de pie y permanecer en estado de alerta. Si la concentración de alcohol en sangre rebasa 0.40%, el individuo entra en estado de coma. A partir de entonces, y hasta 0.60%, se está en peligro de muerte.

La ingestión del alcohol es un proceso avalado culturalmente en la sociedad contemporánea y delimitado por la edad y el sexo. El consumo del alcohol es parte de un proceso global que implica actividades relacionadas con su producción y distribución: la vida social alrededor del consumo, la normatividad cultural sobre lo adecuado o inadecuado de la ingestión, las razones para beber y para no hacerlo, el consumo moderado o problemático y la dependencia, las consecuencias sociales derivadas

del abuso y la percepción que la sociedad civil tiene sobre la ingestión alcohólica. La normalización del consumo de alcohol es una de las claves para entender la ambigüedad con la que se percibe socialmente el proceso de alcoholización en su conjunto.

Las bebidas alcohólicas se clasifican en tres tipos, fermentadas, destilados y licores, que a su vez se clasifican de acuerdo a la concentración de alcohol etílico que poseen, en algunos países de Europa, América latina y Asia se utiliza la escala Gay Lussac, en la cual cada grado de alcohol puro corresponde a 1% del volumen de la bebida que contiene.

Bebidas fermentadas

Estas bebidas se elaboran mediante un proceso bioquímico, llamado fermentación, mediante el cual se transforman los azúcares simples (que se encuentran disperso en el agua) en etanol y bióxido de carbono, mediante el efecto de las levaduras. Algunas de las bebidas tradicionalmente fermentadas en México son: el pulque, el topache, la cerveza, sidra, vinos de mesa, entre otros.

Bebidas destiladas

Las bebidas destiladas se obtienen mediante la división de componentes volátiles del vino para eliminar el agua, por medio de un proceso de calor, una vez que esto se consigue, se prosigue a enfriar los vapores convertidos nuevamente en líquido. Algunos ejemplos de estas bebidas son: ginebra, ron, vodka, wiskey, aguardiente, mezcal y tequila.

Licores

El último tipo de bebidas son los licores, estos se elaboran a partir de destilados, o de alcohol etílico y agua. Los licores son por llamarlo de alguna manera, aguardientes mezclados con azúcares y sustancias aromáticas tales como: menta, anís, vainilla, café, comino, etc. En este grupo entran las bebidas conocidas como “digestivos”, tales como el anís, kalhua, etc.

CAUSAS Y CONSECUENCIAS POR ABUSO DE ALCOHOL

Actualmente el problema de alcohol ha llegado a representar uno de los diez principales problemas de salud en nuestro país. Hoy en día el alcohol es la droga de más alto consumo en nuestra sociedad y es la que cuenta con mayor número de adictos (CONADIC 2000).

De entre las causas o fuentes de las adicciones se pueden clasificar en dos tipos: internas y externas. Las primeras están más ligadas a la vida personal (vulnerabilidad, personalidad, psicopatología), en tanto que las externas se relacionan principalmente con la influencia del medio (disponibilidad, estrés, cultura).

A continuación exponemos los factores más importantes, tanto internos como externos para el abuso del alcohol:

PERSONALIDAD

Para poder entender porque algunas personas beben mucho, debemos de tener presente que el alcohol es una droga que, al menos durante un lapso, es capaz de disminuir o suprimir los más variados sentimientos desagradables, en particular la angustia y la depresión. El bebedor puede padecer un sentimiento crónico, de inseguridad o de vacío vital, al cual “domina” con el alcohol. Ciertos rasgos como la inmadurez emocional, pasividad, dependencia, baja tolerancia a la frustración, falta de confianza en sí mismo, impulsividad, son compartidos por una elevada proporción de personas que abusan del alcohol. En todo caso un consumidor excesivo busca con frecuencia alterar su propia percepción de un mundo que encuentra complicado y amenazador o mejorar el concepto de si mismo mediante el alcohol. Desgraciadamente para producir el efecto deseado, el sujeto tiene que ingerir, en forma repetida y continua cantidades que amenazan su salud encaminándolo a una dependencia.

PSICOPATOLOGÍA

En circunstancias especiales, casi todas las llamadas enfermedades mentales pueden constituirse en el principal antecedente para que un individuo empiece a consumir alcohol de una manera peligrosa. Algunas alteraciones que podrían desarrollar el abuso del alcohol son las siguientes:

1. la ansiedad en todas sus formas (síntomas, rasgos de personalidad) conlleva una propensión al consumo excesivo de bebidas alcohólicas.
2. la personalidad evasiva y la fobia social recurren a ingerir bebidas etílicas por la incapacidad de ciertos sujetos para las relaciones interpersonales que se facilitan de este modo.
3. personalidades disociales (psicopatías), dada la deficiente capacidad de controlar su comportamiento y de tolerar vivencias desagradables.
4. el bajo estado de ánimo de los distintos trastornos depresivos favorece el abuso del alcohol, debido a su acción estimulante y "anestésica" sobre emociones desagradables, aliviando así las vivencias depresivas. Algunas veces la depresión contribuye a generar la dependencia del alcohol y, al parecer acelera el proceso de beber cada vez más.
5. a veces el maniaco sobrio deja de serlo cuando se eleva su ánimo. La desinhibición, la búsqueda de relaciones, las emociones molestas (irritabilidad, ansiedad) que pueden hallarse junto a la euforia favorecen la bebida, complicando la psicopatología.
6. esquizofrénicos residuales, deficientes mentales y sujetos con deterioro psíquico (traumatismos craneales) ingieren a veces bebidas en exceso, instaurándose en un círculo vicioso: el alcohol altera las funciones, que a su vez afectan la capacidad de control.

SITUACIONES QUE GENERAN ANGUSTIA

En el curso de la vida normal, existe siempre la posibilidad de que los individuos se sometan (durante un tiempo lo suficientemente prolongado como para considerarlo un factor patogénico) al estrés que provocan las situaciones difíciles.

El alivio que generalmente produce el alcohol sobre los sentimientos y pensamientos desagradables –tristeza, tensión emocional, enfado, baja autoestima, vacío existencial, aburrimiento, cansancio– constituye una de sus propiedades; de ahí que se recurra a la bebida alcohólica para contrarrestar la penosa vivencia que ocasionan desgracia y determinadas situaciones personales. Así, el sujeto cuyo matrimonio sólo le produce insatisfacción, el empresario que tiene sus negocios en crisis, el individuo que trabaja excesivamente bajo presiones de mucha responsabilidad, la viudez o el

divorcio, la pérdida de un hijo, etc., son grupos que presentan un alto riesgo de caer en el abuso del alcohol.

INFLUENCIAS SOCIOCULTURALES

La ingestión de alcohol es un proceso avalado culturalmente en la sociedad contemporánea y delimitado por la edad y el sexo. Salvo por razones de principios religiosos, filosóficos o de salud, el uso del alcohol es promovido y considerado como una práctica aceptada en diversos aspectos de la socialización del hombre

Entre las influencias socioculturales podemos decir que existen tres formas en que las organizaciones sociales influyen en la incidencia de la ingesta de alcohol, a saber el grado en el cual una cultura genera en los individuos fuertes necesidades de adaptación a sus tensiones internas, las actitudes que la propia comunidad propicia entre sus miembros respecto al consumo de alcohol, y la medida en la que provee sustitutos para la satisfacción de sus necesidades.

Otro punto importante para entender el uso indebido del alcohol es la ambivalencia en las normas y costumbres respecto del uso del mismo, ya que es una causa importante de un aumento en su consumo y de los problemas sociales e individuales que provoca.

Desde un punto de vista conductista encontramos la premisa de que el sujeto bebe excesivamente y permanece así porque el alcohol cumple un propósito útil; en otras palabras, la conducta del bebedor lo recompensa y se refuerza continuamente. El premio pueden ser los cambios psicológicos placenteros a que induce el alcohol, la supresión del estrés o la posibilidad de vivenciar diversas experiencias agradables. También la conducta del bebedor resulta de la necesidad que tienen los jóvenes de copiar el comportamiento de los adultos y que los efectos reforzadores pueden ser la aprobación del grupo, la facilitación de la interacción social, la relajación ante los problemas cotidianos y la posibilidad de sentir independencia y seguridad en sí mismos. De acuerdo con esto el alcoholismo puede ser el resultado de un mecanismo accidental de aprendizaje de ciertos modos de beber, como hacerlo "de golpe", consumir determinadas bebidas (generalmente destilados sin mezclar), ingerir alcohol en momentos y situaciones escogidas, etc.

Tanto el abuso en el consumo de alcohol y el alcoholismo, son problemas que requieren una atención prioritaria por las alteraciones que provoca en la salud de la población, manifestándose en enfermedades de hígado (cirrosis), gastrointestinales, cardíacas, psiquiátricas y de la conducta. Además se ha observado una asociación entre el consumo de alcohol y una serie de problemas sociales tales como accidentes de tránsito, violencia intrafamiliar, ausentismo laboral, lesiones, comportamiento de alto riesgo, agresividad y actos de homicidio y suicidio (Rosovsky y cols. 1994).

Como ya se mencionó anteriormente los problemas relacionados con la ingestión de bebidas alcohólicas, pueden dividirse en dos grupos: a) problemas personales (indican que el alcohol está ocasionando efectos físicos adversos en los bebedores) y b) problemas sociales (evidencian que hay fricción entre el bebedor y su ambiente). Entre estos últimos se encuentran los problemas con la policía, de trabajo, con la familia, de salud, violencia y accidentes.

En relación con los accidentes relacionados con el alcohol, estudios realizados en diferentes ciudades del país muestran que uno de cada cinco ingresos a sala de urgencias por eventos traumáticos tiene niveles positivos de alcohol en sangre. Pero que a penas uno de cada diez son dependientes del alcohol. Los reportes de personas que han sufrido accidentes automovilísticos, en donde el alcohol ha estado involucrado, señalan que solamente 18% de ellos son dependientes. Esto confirma que los accidentes en los que el alcohol está presente, se relacionan con mayor frecuencia con la ingesta aguda que con el consumo crónico (S. S y CONADIC, 2000).

Según los datos del Servicio Médico Forense (SEMEFO) proporcionados al Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA), la sustancia reportada con mayor frecuencia en muertes asociadas con lesiones de causa externa, fue el alcohol. Las causas de defunción fueron principalmente heridas por arma de fuego e intoxicación (26.6 y 16.6%, respectivamente) (S. S. y CONADIC, 200).

También se ha identificado que la pérdida de vida en accidentes se presenta con más frecuencia en quienes están intoxicados con alcohol. Los homicidios y suicidios presentaron un riesgo de ocurrencia tres y dos veces mayor, respectivamente, cuando el individuo se encontraba bajo los efectos

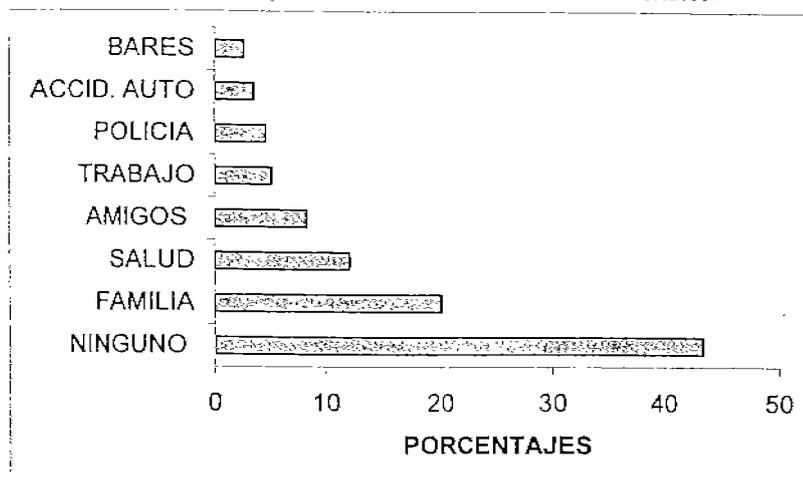
del alcohol. De esta manera, según el SISVEA, podemos esperar que uno de cada cuatro homicidios y uno de cada tres suicidios involucren el uso del alcohol (citado en S. S. y CONADIC, 2000).

La ENA de 1998 encontró que el 1% de los adolescentes entre 12 y 17 años, había tenido un accidente por su forma de beber.

En cuanto a los problemas sociales asociados con el consumo de alcohol, la ENA de 1993, reportó que el 56.4% de los bebedores que tomaron cinco copas o más por ocasión, presentaron una o más consecuencias derivadas de su consumo. Cabe señalar que aproximadamente una quinta parte son problemas relacionados con violencia (ver gráfica 1). El área familiar resultó ser la más afectada por el abuso del alcohol. Alrededor del 20% de las personas que consumen excesivamente, reportaron haber tenido problemas familiares como consecuencia de su consumo.

GRAFICA 1

DISTRIBUCIÓN DE LAS CONSECUENCIAS DE LA POBLACIÓN QUE CONSUME 5 COPAS O MÁS POR OCASIÓN



Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones/Dirección General de Epidemiología/SSA. 1993

La ENA (1988) reportó que un alto porcentaje de personas que muestran dependencia, tienen graves problemas familiares derivados de su consumo. Aunados a estos datos, pero en menor proporción, se encuentran aquellas personas sin dependencia. Esto nos indica que sin importar el grado de dependencia al alcohol, el consumo excesivo está relacionado con problemas familiares (ver tabla 1).

TABLA 1

PROBLEMAS	BEBEDOR C/DEPENDENCIA	BEBEDOR S/DEPENDENCIA	SEXO		TOTAL
			MASC	FEM	
¿Comenzó una discusión o pelea con su esposo (a), compañero (a) cuando estuvo tomando?	32.6 %	3.0 %	8.6 %	1.4 %	5.3 %
¿Su esposa (o) o la persona con quien vivía se enfurecía con Ud. Por causa de la bebida y por su comportamiento mientras bebía	40.2%	4.0 %	11.6 %	1.1%	6.9%
¿ Su esposo (a) o la persona con quien vivía le amenazó con dejarle por causa de la bebida?	15.7 %	0.8 %	3.3%	0.3%	2.0%

Como ya se mencionó una de las causas internas que pueden influir en el abuso del alcohol es la personalidad y la psicopatología de las personas. Estos aspectos son precisamente los que explora la segunda parte del cuestionario y que analizaremos a continuación.

La siguiente sección la dividiremos en tres tipos de trastornos; trastornos por ansiedad, trastorno del control de impulsos y trastornos del estado de ánimo.

TRASTORNOS POR ANSIEDAD

El DSM-IV menciona como primer paso para diagnosticar estos tipos de trastornos por ansiedad, descartar cualquier enfermedad médica o el consumo de sustancias como causa fisiológica directa de la ansiedad. También menciona que el trastorno de ansiedad, con o sin agorafobia, la ansiedad se encuentra relacionada con el miedo a padecer crisis de angustia y a las posibles consecuencias de estas crisis, el trastorno de ansiedad por separación, la fobia social, la fobia específica y el trastorno obsesivo-compulsivo, están relacionados, respectivamente, con el miedo a separarse de una figura de vinculación, a ser humillado públicamente, a verse expuesto a objetos o

situaciones determinadas (altura, sangre, ascensores, arañas) y a padecer rumiaciones obsesivas (en torno a la contaminación o a dañar a alguien). En la hipocondría y en el trastorno dismórfico corporal, la ansiedad se encuentra relacionada con las preocupaciones a padecer una enfermedad grave o un defecto físico. El trastorno de ansiedad generalizada es una categoría residual para la ansiedad y preocupación crónicas, que es difícil de precisar. El árbol de diagnóstico finaliza con los trastornos que describen la ansiedad que aparece en respuesta a un agente estresante como son el trastorno por estrés agudo y el trastorno por estrés postraumático.

La experiencia del miedo es una experiencia muy común para los seres humanos y se trata, además, de un acontecimiento que tiene un importante valor adaptativo para la supervivencia de la especie. Sin embargo, cuando estas sensaciones se experimentan en situaciones que no suponen una amenaza real, nos encontramos ante un miedo que ya no es adaptativo. El término fobia se utiliza para describir este tipo de reacciones de miedo no deseables. Las fobias pueden clasificarse de muy diversas maneras, pero una de las clasificaciones más ampliamente aceptadas distingue tres grupos: fobias específicas, fobias sociales y agorafobia.

Fobia específica

Una de las dificultades diagnósticas más evidentes para el diagnóstico de las fobias tiene que ver con el establecimiento de los límites entre el miedo adaptativo y el miedo fóbico. Existe un acuerdo más o menos generalizado a la hora de describir una serie de características indicativas de una reacción de miedo fóbico. Dicha reacción:

1. Es desproporcionada con respecto a las exigencias de la situación. Se considera que la reacción no se corresponde con la existencia de una situación particularmente peligrosa o amenazante para el individuo.
2. No puede ser explicada o razonada por parte del individuo.
3. Está más allá del control voluntario.
4. Lleva a la evitación de la situación temida.
5. Persiste a lo largo del tiempo.
6. Es desadaptativa
7. No es específica a una fase o edad determinadas.

De todas las características señaladas, son especialmente relevantes para la diferenciación entre miedo fóbico y miedo adaptativo la persistencia, la magnitud y el carácter desadaptativo del primero frente al segundo. Además de lo indicado, una reacción de miedo fóbico se caracteriza, frente a otros trastornos por ansiedad, por desencadenarse ante la presencia o la anticipación de un estímulo o situaciones concretas, y el contacto o la anticipación con la situación temida desencadenan un patrón típico de reacciones fisiológicas, cognitivas y motoras.

La denominación de fobias específicas se viene utilizando para hacer referencia a todas aquellas fobias en las que la reacción de miedo está circunscrita o centrada en objetos o situaciones concretas como pueden ser los perros, las alturas o los espacios cerrados. En la medida en que se trata de miedos muy limitados, los individuos que padecen una fobia específica pueden evitar, normalmente, la confrontación directa con el objeto o la situación temidos con cierta facilidad; de ahí que no acudan a buscar ayuda con tanta frecuencia como en el caso de otro tipo de fobias. El nivel de deterioro que produce sobre la vida de una persona puede llegar a ser mínimo, especialmente si las probabilidades de confrontación son escasas. Bajo el rótulo de fobia específica se incluyen una variadísima gama de tipos de fobias diferentes atendiendo a la naturaleza del estímulo temido. Entre ellas las más comunes son las fobias a los animales, a la sangre y a las heridas, a los médicos y dentistas, a las alturas, a los lugares cerrados, a los ruidos, a la oscuridad, a viajar en avión, a comer determinados alimentos, a la actividad sexual, entre otras.

Fobia social

Una fobia es un temor excesivo y persistente a un objeto o una situación que, de hecho, no son peligrosos. Ese temor origina un fuerte deseo de evitar las situaciones fóbicas, incluso reconociendo que ese temor no es racional.

La fobia social comparte con las otras fobias ese temor excesivo y frecuentemente poco racional, pero el factor crítico en la fobia social es la presencia de otras personas en la(s) situación(es) temida(s). Ejemplos típicos de estas situaciones son el hablar en público, iniciar y mantener conversaciones, comer en un restaurante o tener una cita con el sexo opuesto. En dichas situaciones los

sujetos con fobia social están preocupados por hacer el ridículo y temen que los demás observen su ansiedad, su debilidad o su torpe actuación.

Los sujetos con fobia social evitarán normalmente las situaciones sociales temidas, aunque en aquellos casos en que se esfuercen por soportar esas situaciones lo harán bajo una intensa ansiedad. Puede darse una importante ansiedad anticipatoria mucho antes de que ocurra la situación social temida (preocuparse diariamente durante varias semanas antes de que tenga lugar dicha situación).

La fobia social se define en el DSM-IV como un temor acusado y persistente a una o varias situaciones sociales o de actuación en público en las que la persona se ve expuesta a gente desconocida o al posible escrutinio por parte de los demás.

Los efectos de la fobia social sobre la vida del individuo que la sufre van desde una evitación ante determinadas situaciones específicas (hablar en público, urinarios públicos, etc.) hasta una incapacidad casi total. La gravedad del deterioro puede fluctuar con los acontecimientos estresantes de la vida.

Trastorno por ansiedad generalizada

La característica esencial del trastorno por ansiedad generalizada (TAG) es la preocupación. A los individuos con este trastorno se les describe como “preocupados” e informan de un amplio rango de preocupaciones sobre una serie de circunstancias de la vida. Además de las preocupaciones los individuos con TAG relatarán una serie de síntomas que incluyen síntomas motores y síntomas mentales. Estos individuos a menudo permanecen despiertos en la noche preocupándose por el día que ha pasado y el que va a venir, verán peligro y problemas en las situaciones más benévolas y se verán a sí mismos como incapaces para evitar la catástrofe. A menudo manifiestan una serie de características típicas de la personalidad, incluyendo el perfeccionismo, la dependencia y la falta de asertividad.

De acuerdo con el DSM-IV, en el diagnóstico se requiere la presencia de preocupaciones excesivas e incontrolables sobre una serie de circunstancias de la vida durante un período mínimo de seis meses. Los criterios tal como se especifican en el DSM-IV se describen en el cuadro 1.

CUADRO 1. CRITERIOS DIAGNÓSTICO DEL DSM-IV PARA EL TRASTORNO POR ANSIEDAD GENERALIZADA

- A. Ansiedad y preocupación excesiva en torno a toda una serie de acontecimientos o actividades, que están presentes más días que ausentes y que tienen una duración de al menos seis meses.
- B. Le es difícil al individuo controlar la preocupación.
- C. Se dan al menos tres de los siguientes síntomas:
- inquietud o sentirse activado
 - fatigarse fácilmente
 - dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
 - irritabilidad
 - tensión muscular
 - perturbaciones del sueño
- D. La ansiedad, las preocupaciones o los síntomas físicos producen un deterioro o malestar importante en el funcionamiento social, laboral o en otras áreas relevantes.

CUADRO 2. CRITERIOS DEL DSM-IV PARA EL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

- A. Presencia de obsesiones o compulsiones.

Las obsesiones definidas por:

1. Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento durante la perturbación como intrusos e inapropiados y causan una notable ansiedad o molestia.
2. Los pensamientos, impulsos o imágenes no son únicamente preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real.
3. La persona intenta ignorar o suprimir esos pensamientos, impulsos o imágenes o neutralizarlos con algún otro pensamiento o acción.
4. Las personas reconocen que los pensamientos, los impulsos o las imágenes obsesivos son el producto de su propia mente.

Las compulsiones definidas por

1. Conductas (p. ej., lavarse las manos, ordenar, comprobar) o actos mentales (orar, contar, repetir palabras en silencio) repetitivos que la persona se siente impelido a realizar en respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que deben aplicarse en forma rígida.
 2. Las conductas o actos mentales están dirigidos a evitar o reducir la molestia o a evitar algún acontecimiento o situación temidos; sin embargo, estas conductas o actos mentales o bien no están conectados de una forma realista con aquello que intentan neutralizar o evitar o bien son claramente excesivos.
- B. En algún momento durante el curso del trastorno, la persona ha reconocido que las obsesiones o las compulsiones son excesivas o poco razonables.
- C. Las obsesiones o compulsiones causan una molestia notable, consumen mucho tiempo (llevan más de un día) o interfieren de forma significativa con la rutina normal de la persona, con el funcionamiento laboral o con sus actividades sociales habituales o las relaciones con los demás.

Trastorno obsesivo-compulsivo

Las obsesiones consisten en ideas, pensamientos, impulsos o imágenes que se experimentan como invasivos, recurrentes e inapropiados y que causan una ansiedad y un estrés notables. Estos síntomas no se deben a preocupaciones excesivas sobre los problemas de la vida real. Los que padecen un trastorno obsesivo-compulsivo se dan cuenta normalmente de que sus temores son exagerados e intentan ignorar, suprimir o neutralizar los pensamientos. Las compulsiones son conductas manifiestas o respuestas mentales que intentan evitar las temidas consecuencias de la obsesión o disminuir la ansiedad asociada. A menudo las compulsiones no se encuentran conectadas de una forma realista con lo que se supone van a neutralizar o evitar. En el cuadro 2 se pueden ver los criterios de acuerdo con el DSM-IV, para el diagnóstico del trastorno obsesivo-compulsivo.

Las manifestaciones obsesivas se pueden agrupar en apartados que incluyen el hacer daño a los demás, la contaminación por sustancias, imágenes o impulsos sexuales, el acumular o ahorrar caracterizado habitualmente por temores de perder o no tener cosas importantes, ideas religiosas, intereses sobre la simetría o exactitud, temores somáticos y obsesiones variadas (la seguridad sobre conocer, decir o recordar de forma correcta y los temores supersticiosos). Las compulsiones se derivan directamente de estas obsesiones e incluyen limpiar o lavar, comprobar, repetir, contar, ordenar o arreglar, acumular o coleccionar y rituales variados (rituales mentales, hacer listas, pensamiento mágico, acciones que eviten el daño).

Debido a su naturaleza más observable, los rituales y las conductas de evitación constituyen, a menudo, las características más aparentes del trastorno obsesivo-compulsivo. Los rituales compulsivos toman muchas formas, tanto conductuales como mentales, dándose la circunstancia de que muchos pacientes tienen más de un tipo. Las formas más frecuentes son los rituales de lavar y limpiar dirigidos a eliminar la “contaminación” (gérmenes, agentes químicos) de un lugar específico.

Otras manifestaciones frecuentes son los rituales de comprobación, que tienen el objetivo de evitar catástrofes potenciales, como el robo, dañar a alguien o el rechazo o ridículo social. Por ejemplo el comprobar las cerraduras tiene la función de aliviar los temores al robo; el comprobar los calentadores y aparatos eléctricos, la de evitar el fuego; para reducir la probabilidad de olvidar algo importante, una persona podría examinar envolturas, la cartera o los bolsillos.

El repetir los rituales es similar a las supersticiones en las que acciones ordinarias (como el cruzar un umbral, seleccionar un elemento de una tienda de ultramarinos, tocar a alguien, sentarse y levantarse, anudarse el cordón de un zapato, etc.) se repiten para evitar un desastre imaginado (por ejemplo, un ser querido que se mata en un accidente, ir al infierno). Los pacientes con rituales de orden arreglan los objetos para producir un equilibrio o simetría satisfactorios. Estas compulsiones se hacen a menudo para aliviar una sensación general de incomodidad o aprensión, más que para prevenir una catástrofe determinada.

El coleccionar o el ahorrar de forma excesiva es otra clase de ritual que sirve para evitar la pérdida de objetos o información potencialmente importante. Los objetos que se coleccionan incluyen periódicos, revistas, trozos de papel, facturas, etc.

Por último, debido a que muchos síntomas de este trastorno son reminiscencias de otras formas de psicopatología, deberían distinguirse cuidadosamente de otros síndromes relacionados.

TRASTORNOS DISOCIATIVOS

El término disociación se ha utilizado en la literatura para referirse a fenómenos tan distintos como ciertos estados alterados de la conciencia, distintas tasas de aprendizaje, percepción subliminal o mecanismos de defensa. Con respecto a la psicología los usos del término incluyen:

1. Procesos psicológicos que no muestran asociación o integración, especialmente cuando se esperaría que hubiera tal integración. Los procesos psicológicos vulnerables a tal desintegración incluyen la memoria, la voluntad y la identidad.
2. Estado alterado de conciencia caracterizado primordialmente por desapego o enajenación en relación al medio ambiente o a la vida interior del sujeto.
3. Un mecanismo de defensa mediante el cual el individuo se aleja subjetivamente de una experiencia dolorosa o traumática.

La característica esencial de los trastornos disociativos es una perturbación de las funciones, habitualmente integradas, de la conciencia, la memoria, la identidad o la percepción del ambiente. La perturbación puede ser brusca o gradual, pasajera o crónica. Un criterio diagnóstico de todos estos trastornos es que los síntomas deben causar un deterioro o malestar clínicamente significativo en el funcionamiento social, laboral o en otras áreas importantes de funcionamiento. A continuación se da una breve descripción de los trastornos con un componente disociativo central.

Amnesia disociativa

La amnesia disociativa o psicógena se caracteriza según el DSM-IV, por una incapacidad para recordar información personal importante, normalmente de naturaleza traumática o estresante, que es demasiado amplia para poder explicarse por el simple olvido. Hay varios tipos de amnesia disociativa, incluyendo la amnesia sistemática, en la que la pérdida de la memoria se refiere a ciertos acontecimientos o personas particulares. En otro extremo la amnesia generalizada se refiere a la pérdida de memoria de toda la información básica sobre uno mismo. Otro tipo de amnesia disociativa, poco frecuente como los dos anteriores, es la amnesia continua, que consiste en la incapacidad de recordar acontecimientos posteriores a un momento específico hasta (e incluyendo) el presente. Las dos clases más frecuentes de amnesia disociativa son la amnesia localizada, en la que el individuo es incapaz de recordar acontecimientos que ocurrieron durante un periodo de tiempo concreto, normalmente las primeras horas después de un suceso traumático, o la amnesia selectiva, en la que la persona puede recordar algunos, aunque no todos, los acontecimientos durante un periodo concreto.

Aunque hay excepciones, por lo general la amnesia disociativa tiende a ser retrógrada y selectiva sobre aspectos emocionales de la vida de la persona. El DSM-IV menciona que acontecimientos traumáticos o de gran estrés, tales como estado de guerra, abuso infantil, desastres naturales o incluso un divorcio particularmente doloroso, por lo general precede a la amnesia.

Los síntomas clínicos asociados con este trastorno incluyen depresión, ansiedad, despersonalización y estados de "trance" en los que el individuo pierde momentáneamente su capacidad para reflexionar.

Fuga disociativa

La fuga disociativa se caracteriza, según el DSM-IV, por un viaje repentino, inesperado, lejos de casa o del lugar habitual de trabajo, acompañado por incapacidad para recordar el propio pasado y confusión sobre la identidad personal o la asunción de una nueva identidad, parcial o completa. El abandono de los lugares familiares puede variar desde unas horas hasta meses o incluso años.

Los casos de fuga se ven precedidos, por lo general, por un suceso traumático claro, aunque el abuso del alcohol puede también predisponer a una persona a la fuga disociativa, se piensa que la causa del trastorno es fundamentalmente psicológico.

Trastornos somatoformes

Se definen por la presencia de síntomas físicos similares a los de un problema médico, pero que no pueden explicarse por una enfermedad fisiológica, por el consumo de sustancias psicoactivas o por otro trastorno psiquiátrico. Esta familia de trastornos incluye el trastorno por somatización y el trastorno de conversión. La somatización anteriormente llamada histeria, es un síndrome caracterizado por un patrón complejo de síntomas incluyendo síntomas gastrointestinales, sexuales, seudoneurológicos y dolor sin base anatómica o fisiológica aparente. El trastorno de conversión es más simple y requiere la presencia de uno o más problemas motrices o sensoriales similares a condiciones neurológicas o médicas.

Trastorno por estrés posttraumático

Este trastorno se caracteriza por la experiencia de un acontecimiento traumático; varios síntomas en los que el paciente continúa experimentando el trauma en sueños, imágenes invasoras, etc.; una evitación continua de los estímulos asociados con el trauma y una inercia psicológica del individuo en la que hay una desvinculación de la propia experiencia y de los demás; y síntomas persistentes de activación fisiológica tales como irritabilidad o explosión de ira.

TRASTORNOS DEL CONTROL DE IMPULSOS

De acuerdo con el DSM-IV la clasificación diagnóstica de estos trastornos abarca cinco categorías específicas y una categoría residual. Las categorías específicas incluyen: el trastorno explosivo intermitente, la cleptomanía, el juego patológico, la piromanía y la tricotilomanía. La categoría residual esta bajo la epígrafe de trastorno del control de los impulsos no especificado.

Según el DSM-IV, los trastornos del control de impulsos se caracterizan por un impulso irresistible a realizar actos dañinos y se definen por tres características esenciales:

1. fracaso en resistir el impulso, deseo o tentación de llevar a cabo algún acto que es dañino para el individuo o para los demás.
2. sensación creciente de tensión o de activación antes de llevar a cabo el acto.
3. experiencia de placer, gratificación o liberación en el momento de consumir el acto.

Las conductas pueden ser egosintónicas y/o egodistónicas, diferenciando el hecho de que puede existir o no una resistencia consciente a este impulso, que el acto puede ser o no premeditado o planificado y que inmediatamente después del acto puede haber o no sentimientos sinceros de pesar, autorreproche o culpa.

De las cinco categorías antes mencionadas solo analizaremos el trastorno explosivo intermitente, ya que es el de mayor interés para nuestro estudio.

Trastorno explosivo intermitente

Los criterios requeridos por el DSM-IV para su diagnóstico son las siguientes:

- A. Episodios puntuales de pérdida de control de impulsos agresivos que da lugar a actos violentos graves o a destrucción de la propiedad.
- B. El grado de agresividad expresado durante los episodios no guarda relación con ningún estímulo estresante psicosocial precipitante.
- C. Los episodios de pérdida de control no se deben a un trastorno antisocial de la personalidad, un trastorno límite de la personalidad, un trastorno por déficit de atención; y no se debe a los efectos directos de una sustancia psicoactiva o a enfermedad médica.

TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO

El término trastornos del estado de ánimo (TEAs) se refiere a una variedad de condiciones clínicas en las que las principales perturbaciones son los cambios del estado de ánimo y del afecto. El estado de ánimo describe el estado emocional subjetivo de un individuo, mientras que el afecto es la parte observable u objetiva del estado de ánimo. Los trastornos del estado de ánimo incluyen condiciones en las que el estado de ánimo es predominantemente deprimido, así como aquellas condiciones menos frecuentes en las que el estado de ánimo es anormalmente eufórico o elevado.

A continuación presentamos los distintos tipos de trastornos del estado de ánimo:

Episodio depresivo mayor

El episodio depresivo mayor es la clasificación diagnóstica empleada para referirse a períodos de bajo estado de ánimo persistentes (es decir, de más de dos semanas consecutivas), que pueden experimentarse como tristeza, irritabilidad o bien una pérdida generalizada de interés o placer, acompañados por al menos cuatro síntomas característicos. Los síntomas asociados pueden incluir perturbaciones del sueño (dormir mucho más o bien mucho menos de lo que sería normal para el individuo), del apetito (comiendo mucho más o mucho menos de lo que es habitual) o del peso o de la actividad psicomotora (moviéndose más rápido o más lentamente). Los síntomas adicionales incluyen a menudo fatiga, sentimientos de inutilidad o culpa, disminución de la capacidad para concentrarse y pensamientos recurrentes de suicidio (ver cuadro 3).

El trastorno distímico

Una cantidad importante de personas sufren formas más suaves de depresión crónica. El término distímico se introdujo en el DSM-III para la categorización de depresiones crónicas leves. Pero el DSM-IV modifica los criterios diagnósticos con las indicaciones que se aprecian en el cuadro 4.

CUADRO 3. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL DSM-IV PARA EL EPISODIO DEPRESIVO MAYOR

- A. Al menos cinco de los síntomas siguientes han estado presentes durante un período de dos semanas y representa un cambio con respecto al funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas tienen que ser un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o de capacidad para el placer.
- Estado de ánimo deprimido, durante la mayor parte del día, casi todos los días;
 - Una notable disminución del interés o del placer en todas, o casi todas, las actividades.
 - Pérdida significativa del peso, sin seguir una dieta, o aumento de peso (un cambio más del 5 % del peso en un mes) o aumento o disminución del apetito casi todos los días;
 - Agitación o entrecimiento psicomotor (observable por los demás) casi todos los días.
 - Fatiga o pérdida de energía casi todos los días;
 - Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada (casi todos los días);
 - Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi todos los días;
 - Pensamientos recurrentes de muerte o de suicidio o un intento de suicidio.
- B. Los síntomas causan malestar o deterioro clínicamente significativo en el funcionamiento social, laboral o en otras áreas importantes.
- C. Los síntomas no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia psicoactiva o a una enfermedad médica.
- D. Los síntomas no se explican mejor por el duelo (después de la muerte de un ser querido, los síntomas persisten más de dos meses o se caracterizan por un notable deterioro funcional, una preocupación mórbida con la inutilidad, ideas suicidas, síntomas psicóticos o entrecimiento psicomotor).

CUADRO 4. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL DSM-IV PARA EL TRASTORNO DISTÍMICO EN ADULTOS

- A. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, con más días con dicho estado presente que ausente, tal como lo indican la explicación subjetiva o la observación por parte de los demás, durante al menos dos años.
- B. Presencia, mientras esta deprimido, de al menos dos (o más) de los siguientes síntomas:
- Baja autoestima
 - Apetito escaso o excesivo
 - Insomnio o hipersomnia
 - Escasa concentración o dificultad para tomar decisiones
 - Fatiga o poca energía
 - Sentimientos de pesimismo, desesperación o desesperanza
- C. Durante el período de dos años de la perturbación, nunca estuvo sin los síntomas de A y B durante más de dos meses seguidos.
- D. Sin un episodio depresivo mayor durante los primeros dos años del trastorno.
- E. Nunca ha sufrido un episodio maniaco, un episodio mixto o un episodio hipomaniaco.
- F. No ocurre exclusivamente durante el curso de un trastorno psicótico crónico.
- G. No se debe a los efectos directos de una sustancia psicoactiva o a una enfermedad médica.
- H. Los síntomas causan un malestar o deterioro clínicamente significativo en el funcionamiento social, laboral o en otras áreas importantes.

Trastornos bipolares

La característica esencial de los trastornos bipolares es la historia de episodios maníacos o hipomaníacos añadidos a episodios de depresión mayor. Los criterios diagnósticos del DSM-IV para los episodios de manía están resumidos en el siguiente cuadro.

CUADRO 5. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL DSM-IV PARA EL EPISODIO MANIACO

- A. Un período delimitado en el que hay un estado de ánimo anormalmente y persistentemente elevado, expansivo o irritable, con una duración mínima de una semana (o con cualquier duración si es necesaria la hospitalización).
- B. Al menos tres de los siguientes síntomas se han mantenido presentes de forma significativa (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable):
 - Autoestima o grandiosidad excesivas.
 - Disminución de la necesidad de dormir.
 - Más hablador de lo habitual o necesita hablar continuamente.
 - Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos se suceden a gran velocidad.
 - Distracción
 - Aumento de la actividad dirigida hacia un fin o agitación psicomotora
- C. No cumple los criterios para un episodio mixto.
- D. La perturbación en el estado de ánimo es lo suficientemente grave como para causar un notable deterioro en el funcionamiento social o laboral, o es necesaria la hospitalización o se dan síntomas psicóticos.
- E. No se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia psicoactiva o una enfermedad médica.

Manía

Los episodios maniacos se caracterizan por profundos cambios del estado de ánimo, de la conducta y de las cogniciones. Aunque un paciente puede presentarse intensamente irritable o paranoide, el estado de ánimo es característicamente expansivo, capaz y alegre, incluso eufórico o extático. Los individuos con un episodio maníaco están conductualmente acelerados, moviéndose y hablando más rápidamente de lo normal. El pensamiento es también notablemente rápido, tangencial y excesivamente exclusivo. La energía subjetiva puede ser elevada y es frecuente la disminución de la necesidad de dormir. Aunque los pacientes maniacos pueden volverse psicóticos y cognitivamente desorganizados, la racionalidad y la lógica están, a menudo intactas. El contenido del pensamiento puede estar caracterizado por ideas exageradas o sobrevaloradas en vez de delirios claros. La creatividad expansiva y el aumento de la productividad pueden ser parte del cuadro de los síntomas.

Episodios mixtos

Algunos pacientes experimentan episodios de manía y de depresión para construir estados mixtos, es decir la ocurrencia simultánea de sintomatología depresiva y maniaca suficiente para satisfacer ambos diagnósticos sindrómicos descriptivos. El criterio principal del DSM-IV para el episodio mixto indica la presencia de un episodio maniaco y un episodio depresivo mayor casi diario durante por lo menos una semana. Los otros criterios para el episodio mixto son más generales, como la producción de un deterioro importante en su vida o que no se deba al consumo de drogas o una enfermedad.

Hipomanía

El término hipomanía se utiliza para clasificar una forma menos grave de elevación del estado de ánimo y los síntomas asociados. Los episodios hipomaniacos describen períodos persistentes de al menos cuatro días de duración en los que existe un estado de ánimo elevado o irritable constante (criterio A del DSM-IV). El diagnóstico se hace utilizando los mismos criterios sintomáticos empleados para hacer el diagnóstico de episodio maniaco. Las principales distinciones entre hipomanía y manía son la duración más corta de los episodios hipomaniacos y el grado más leve de deterioro funcional en la hipomanía. Además las hipomanías nunca son psicóticas.

ASPECTOS LEGALES DEL DELITO

Como ya se menciona, existe una relación muy importante entre el abuso del alcohol y los delitos violentos, básicamente delitos de lesión, accidentes automovilísticos, de violación y homicidio, los cuales tienen que ser castigados por las leyes.

Para analizar el uso que las leyes penales vigentes dan al delito de homicidio, es conveniente definir primero lo que se entiende por delito y de que manera es descrito jurídicamente, todo esto con la finalidad de tener una mejor comprensión del homicidio y sus aspectos legales.

El Código Penal para el Distrito Federal(SISTA 2000), en su artículo 7 define al delito como “un acto u omisión que sancionan las leyes penales”. Entendiéndose por acción: hacer una conducta que tenga por resultado un acto inminentemente delictuoso.

El delito es:

- I. Instantáneo, cuando la consumación se agota en el mismo momento en que se han realizado todos sus elementos constitutivos;
- II. Permanente o continuo, cuando la consumación se prolonga en el tiempo, y
- III. Continuado, cuando con unidad de propósito delictivo, pluralidad de conductas y unidad de sujeto pasivo, se viola al mismo precepto legal.

Las acciones u omisiones delictivas solamente pueden realizarse dolosa o culposamente (Art. 8 C. P), es decir, obra dolosamente el que, conociendo los elementos de tipo penal, o previendo como posible el resultado típico, quiere y acepta la realización del hecho descrito por la ley.

Obra culposamente el que produce el resultado típico, que no previó siendo previsible o previó confiado en que no se produciría, en virtud de la violación a un deber de cuidado, que debía y podía observar según las circunstancias y condiciones personales(Art. 9 C. P).

Dentro del comportamiento delictivo el Código Penal prevé las causas que excluyen al delito ya que la intervención del inculpado no siempre puede ser el causante de dicho acto, sino que las circunstancias lo obligaron o llevaron a la comisión del delito.

El Artículo 15 del Código Penal manifiesta en el apartado I y VII, que el delito se excluye cuando el hecho se realice sin la intervención de la voluntad del agente; que al momento de realizar el hecho típico, el agente no tenga la capacidad de comprender el carácter ilícito de aquél o de conducirse de acuerdo a esa comprensión, en virtud de padecer trastorno mental o desarrollo intelectual retardado, a no ser que el agente hubiera provocado su trastorno mental dolosa o culposamente, en cuyo caso responderá por el resultado típico siempre y cuando lo haya previsto o le fuere previsible.

El delito de homicidio está considerado en el Código Penal para el Distrito Federal, como un delito contra la vida y la integridad corporal, entendiéndose como homicida el que priva de la vida a otro (Art. 302 C. P).

El delito de homicidio consiste en la conducta que produce antijurídicamente la muerte de una persona, cualquiera que sean sus características edad, sexo, raza, condiciones económicas, sociales, morales o de salud. Es el hecho de privar, antijurídicamente la vida a otro ser humano. El delito de homicidio es un tipo abierto, contiene una conducta nuclear-privación de la vida-sin precisar medios o formas específicas, puesto que en la utilización de medios físicos para producir efectos mortales, no hay discrepancia o duda, cualquiera que sea el agente vulnerable empleado, pueden ser adecuados para producir el homicidio.

Uno de los aspectos esenciales a considerar en el homicidio es la culpabilidad, la cual es entendida como la reprochabilidad al sujeto activo del delito, por haberse conducido en forma contraria a lo establecido por la norma jurídica penal, más aún el homicidio va acompañado con la ingesta de bebidas alcohólicas el grado de culpabilidad se acentúa aún más precisamente por que los efectos producidos por este fueron buscados de manera voluntaria, por otra parte la culpabilidad puede presentarse como dolo o intención, culpa o imprudencia y premeditación.

El dolo o intención se manifiesta cuando el agente del delito representa y construye en su mente la conducta que va a llevar a cabo y el resultado que se va a producir por esa misma conducta, y

decide en un acto totalmente voluntario efectuar lo que idealmente produjo, en este tipo de comportamiento la ingesta de bebidas alcohólicas solo actúa como factor coadyuvante para atreverse a cometer el delito el cual ya anteriormente había considerado llevarlo a cabo.

En el artículo 310 del Código Penal, se hace mención de que la penalidad es atenuada en caso de emoción violenta, es decir que, al que en estado de emoción violenta causa homicidio en circunstancias que atenúen, radicando la justificación penalística en que la ley presume criterio comprensivo y humano que el sujeto que actúa se halla inmerso en un estado anímico el cual debilita y atenúa en grado sumo la reprochabilidad de la conducta homicida por él perpetrada, siendo por tanto considerado el delito de dolo como un agente imperfecto por el trauma psíquico, siendo considerado por tanto como un delito de homicidio culposo o simple intencional según el caso.

El delito de homicidio de acuerdo con la doctrina y el derecho positivo, puede realizarse en cualquiera de las tres formas de culpabilidad: intencionales, no intencionales o de imprudencia y culposos.

Dentro de su clasificación basada en las tres formas de culpabilidad antes mencionadas se puede decir que los tipos de homicidio que son considerados por Ley Penal, se encuentran los siguientes: (Osorio y Nieto citado en Gómez 1996)

- a) Homicidios calificados: Se considera homicidio calificado al acto realizado con una intención y cognición total del acto realizado. En este el delito es cometido con todas las agravantes de la ley, es decir, premeditación, alevosía y ventaja.
- b) Homicidio simple intencional: En este tipo de homicidio, por lo general, existe un provocador y un provocado, donde la intención de la confrontación no es la comisión de un acto homicida pero el resultado fue este. Es aquel hacer o no hacer humano que produce la muerte de una persona sin que exista en el sujeto activo una reflexión previa respecto a la conducta que va a realizar ni se presenten situaciones de superioridad absoluta del agresor para con el agredido de manera que aquel no corre riesgo físico alguno o de sorpresa tal que lo imposibilite totalmente la defensa o protección del pasivo,

o de la violación a deberes de lealtad, fe o seguridad que se consideren debiesen existir en razón de determinados vínculos o circunstancias.

- c) Homicidio culposo: El acto homicida en este caso consiste en un actuar imprudente, negligente, falta de atención, cuidado y reflexión que verifica una conducta que produce un resultado delictuoso, previsible; en la culpa, el activo no desea realizar una conducta que lleve a un fin delictivo, pero su actuar en condiciones descritas, lo realiza; los elementos de la culpa son: una reacción u omisión, ausencia de cuidados o preocupaciones mínimas exigidas por el estado y resultado típico previsible, evitable, no deseado y una relación causal entre la conducta y el resultado. El presente estudio se encuentra relacionado precisamente con este punto.

En el caso del delito de robo el artículo 367 del código penal establece que comete el delito de robo: el que se apodera de una cosa ajena mueble, sin derecho y sin consentimiento de la persona que puede disponer de ella con arreglo a la ley.

Para que un delito se castigue como robo debe considerarse como tal. Para tal efecto el artículo 368 nos menciona que se equiparan al robo y se castigarán como tal:

- I. El apoderamiento o destrucción dolosa de una cosa propia mueble, si esta se halla por cualquier título legítimo en poder de otra persona y no medie consentimiento; y
- II. El aprovechamiento de energía eléctrica o de cualquier otro fluido ejecutado sin derecho y sin consentimiento de la persona que legalmente puede disponer de él.

Es importante mencionar que una de las agravantes del robo es cuando este se comete por dos o más sujetos, sin importar el monto de lo robado, a través de la violencia, la acechanza o cualquier otra circunstancia que disminuya las posibilidades de defensa de la víctima o la ponga en condiciones de desventaja (Art. 371 C. P).

También cuando el robo se ejecuta con violencia, a la pena que corresponda por el robo simple se agregarán de seis meses a cinco años de prisión. Si la violencia constituye otro delito, se aplicarán las reglas de la acumulación (Art. 372 C. P).

La violencia a las personas se distingue en física y moral. Se entiende por violencia física en el robo: la fuerza material que para cometerlo se hace a una persona. Hay violencia moral: cuando el ladrón amaga o amenaza a una persona, con un mal grave, presente o inmediato, capaz de intimidarlo (Art. 373 C. P)

Para la imposición de la sanción, se tendrá también el robo hecho con violencia:

- I. Cuando ésta se haga a una persona distinta de la robada que se halle en compañía de ella; y
- II. Cuando el ladrón la ejercite después de consumado el robo, para proporcionarse la fuga o defender lo robado.

Desafortunadamente el Código Penal no marca las situaciones en las cuales el robo se comete bajo el uso de algunas sustancias.

Estos problemas legales llamados delitos, son consecuencias comunes del beber. puesto que el alcohol, aún en ingestiones episódicas, pueden ser causa de graves delitos, debido a que en el estado de embriaguez existe un punto en la curva del alcohólico intoxicado que se da antes de llegar a la anestesia donde la persona no puede actuar, en este proceso el individuo puede presentar un comportamiento bizarro, agresivo, ilegal que da por resultado serias consecuencias por tener el alcohol la propiedad de alterar la mente y el cuerpo, resultando una conducta criminal antes de caer en los efectos anestésicos debido a la ingestión de alcohol.

CAPITULO II. METODOLOGÍA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El consumo inmoderado del alcohol es un problema que día con día preocupa más a la sociedad y es causa de muchos problemas sociales, como son riñas callejeras, accidentes automovilísticos, violencia familiar, etc.

Nuestra sociedad admite muchas ocasiones el consumo de alcohol como algo apropiado: celebrar acontecimientos importantes, acabar con el aislamiento social y la inhibición, y fomentar la armonía del grupo, incluso dentro del núcleo familiar es donde la persona tienen sus primeras experiencias del uso y abuso del alcohol. Con esto sería preciso decir que en sí mismo, el alcohol no representa problema alguno; Los problemas empiezan a surgir cuando las personas pierden el control sobre su consumo y dicha situación repercute en las esferas donde se desenvuelve.

Existe una necesidad de estudiar continuamente este tipo de problemas y manejar sus resultados para evitar los tristes resultados de las personas que beben inmoderadamente y que los conduce a lugares depositarios de la violencia del bebedor como son las Agencias del Ministerio Público, los Centros de Readaptación Social, Hospitales de urgencias, etc.

Por este motivo el presente trabajo pretende conocer si las características familiares, el medio socioambiental(que representa las distintas influencias culturales que actúan sobre la persona), situación laboral y económica, y los rasgos de personalidad son factores que influyen en la forma de beber de una persona y en que sus probabilidades de cometer una conducta homicida o un delito sean mayores.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- ¿Las características familiares, el medio socioambiental(que representa las distintas influencias culturales que actúan sobre la persona), situación laboral y económica y algunos síntomas de la personalidad(depresión, aislamiento, olvido, agresividad, etc)

influyen en la forma de beber de una persona y hace que sus probabilidades de cometer una conducta homicida o delictiva sean mayores?

- ¿Una persona que no trae consigo una serie de problemas familiares, de pareja, económicos, de trabajo y que no destaca en las conductas que evalúa el cuestionario tendrá menores probabilidades de cometer una conducta homicida o un delito bajo los efectos del alcohol?
- ¿Una persona que trae consigo una serie de problemas familiares, de pareja, económicos, de trabajo y que destaca en las conductas que evalúa el cuestionario, tendrá mayores probabilidades de cometer una conducta homicida o delictiva bajo los efectos del alcohol?
- ¿Es el cuestionario un material que brinda información suficiente acerca de las situaciones que llevan a una persona a beber y a cometer una conducta delictiva?

OBJETIVO

El objetivo de la presente investigación es:

Identificar los factores que llevan a una persona a consumir bebidas embriagantes de una forma excesiva y de esta forma pueda cometer un homicidio o un delito.

IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

Como ya se menciono se han hecho muchas investigaciones acerca del alcoholismo en general, como forma de diagnóstico o analizando sus causas y consecuencias y una investigación relacionada con el alcoholismo y la conducta de homicidio, esta última analizando algo parecido a la presente investigación, con la diferencia de que es una tesis puramente documental con aspectos del alcoholismo y de homicidio, relacionando ambos, de aquí la importancia del presente estudio, ya que en este caso se busca la aplicación de un cuestionario que relaciona aspectos de la vida de una persona,

como es la dinámica familiar, la cuestión económica, de trabajo y algunos aspectos de personalidad con la forma de beber de la persona.

Es importante mencionar que el presente trabajo es un estudio exploratorio donde se inicia por primera vez la aplicación de este cuestionario, por lo que este material no cuenta con una validez o una confiabilidad que lo respalden.

Algunos de los conocimientos nuevos que esta investigación aportará es precisamente la aplicación de un cuestionario que toma en cuenta aspectos internos de la vida de la persona que bebe excesivamente y puede estar expuesto a cometer un delito.

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Alcoholismo. El alcoholismo es una enfermedad crónica, un trastorno de la conducta caracterizado por la ingestión repetida de bebidas alcohólicas hasta el punto en que excede lo socialmente aceptado e interfiere con la salud del bebedor, con sus relaciones interpersonales, y con su capacidad para el trabajo. (Keller, 1985)

Abuso del alcohol. La forma exagerada de beber se destaca cuando la persona presenta una preocupación exagerada por el alcohol; el sujeto piensa con mucha frecuencia en la bebida y habla de ella, relacionándola con los acontecimientos de la vida diaria; sentimientos de incomodidad y molestia cuando no hay bebidas alcohólicas disponibles; ingestión de alcohol con la intención de resolver algún problema o aliviar síntomas desagradables como la ansiedad y la depresión; consumo de bebidas durante el trabajo, por la mañana, para evitar las crudas, o a cualquier hora del día indiscriminadamente.

Delito. Es el acto u omisión que sancionan las leyes penales

Depresores. Químicos que hacen lentos el comportamiento o los procesos cognoscitivos.

Depresión. Desorden del estado de ánimo caracterizado por sentimientos abrumadores de tristeza, falta de interés en actividades y, quizá culpa excesiva o sentimientos de inutilidad.

Sedante. Sustancia química empleada para calmar los estados emocionales intensos y la agitación nerviosa.

Postración. Tercera etapa de la ebriedad en donde tiene lugar el debilitamiento de los músculos, la voz se hace pastosa e ininteligible, los párpados se cierran y cuando ocurre el oscurecimiento del cerebro, el cuerpo cae y en ocasiones llega a quedar tirado.

Psicosis. Enfermedad mental con menoscabo e incluso supresión de la vida psíquica normal

Personalidad. Patrón característico de pensamiento, sentimientos y conductas del individuo, que persisten a lo largo del tiempo y a través de las situaciones

Homicidio. Es privar de la vida a otro(Art. 302 C. P)

Homicidio imprudencial. Es el actuar imprudente, negligente, falta de atención, cuidado y reflexión que verifica una conducta que produce un resultado delictuoso; el activo no desea realizar una conducta que lleve a un fin delictuoso, pero por su actuar en las condiciones descritas, lo realiza.

Dolo o intención. El dolo o intención se manifiesta cuando el agente del delito construye en su mente la conducta que va a llevar a cabo, y el resultado que se va a producir por esa misma conducta, y decide un acto totalmente voluntario efectuar lo que idealmente se presente.

Culpa o imprudencia. Es cuando el activo no desea realizar una conducta que lleve un resultado delictivo, pero por un actuar imprudente, negligente, carente de atención, cuidadoso y reflexivo verifica una conducta que produce un resultado previsible delictuoso.

VARIABLES

Variable independiente

- Contenido del cuestionario
- Ingesta de alcohol

Variable dependiente

- Conducta homicida o delictiva

DEFINICIÓN DE VARIABLES

Variable independiente

Cuestionario impreso con hoja de respuesta, que contiene partes de la vida de la persona, como la dinámica familiar, situación económica-laboral, y aspectos de su personalidad que están relacionados con su forma de beber.

Variable dependiente

La conducta delictiva es aquella que sancionan las leyes penales, dentro de estas esta la conducta homicida que consiste en privar de la vida a otro y la conducta de robo es la que consiste en apoderarse de una cosa ajena sin consentimiento

ESCENARIO

El presente trabajo se llevó a cabo en el centro de readaptación social varonil oriente, de la ciudad de México, ya que este es uno de los lugares en donde podemos encontrar a las personas que bajo los efectos del alcohol cometieron algún delito.

POBLACIÓN

La población estudiada estuvo conformada por 60 sujetos internos del reclusorio varonil oriente, fueron personas que debido a su problema con el alcohol cometieron un homicidio imprudencial. La selección de los sujetos estuvo sujeta a la búsqueda de expedientes con las características ya mencionadas. Una vez que se aplicó el cuestionario obtuvimos algunas características como la edad, que se dividió en cuatro rangos (ver tabla 1), de los cuales la edad mínima fue de 19 años y la edad máxima fue de 70 años, encontrándose la mayoría en el primer rango, esto nos podría indicar que las personas más expuestas a este tipo de problemas son principalmente los adolescentes y adultos jóvenes.

TABLA 1

EDAD DE LOS SUJETO		
Rango de edad	No de sujetos	Porcentaje
19-32	37	61.7 %
33-45	15	25 %
46-58	6	10 %
59-70	2	3.3 %

En cuanto al estado civil 32 de los 60 sujetos un 53.3% se encontraba en unión libre con su pareja, el 25% era casado y el resto permanecía aún soltero (Tabla 2). Esto nos indica que un buen porcentaje de personas que caen en este tipo de situaciones no lleven una vida completamente estable con sus parejas y se encuentran más susceptibles a la desintegración.

TABLA 2

ESTADO CIVIL		
Tipo	No de sujetos	Porcentaje
Casado	15 sujetos	25 %
Soltero	13 sujetos	21.7 %
Unión libre	32 sujetos	53.3 %

En cuanto a la escolaridad encontramos que la mayoría de los sujetos tenía secundaria y primaria terminada (Tabla 3).

TABLA 3

ESCOLARIDAD		
Tipo	No de sujetos	Porcentajes
Analfabeta	10 sujetos	16.7 %
Primaria	22 sujetos	36.7 %
Secundaria	23 sujetos	38.3 %
Educ. media	5 sujetos	8.3 %

En ocupación se puede observar que existen más empleados, comerciantes y gente que se dedica a algún oficio (Tabla 4).

TABLA 4

OCUPACION		
Tipo	No de sujetos	Porcentaje
Comerciante	14 sujetos	23.3 %
Empleado	28 sujetos	46.7 %
Obrero	7 sujetos	11.7 %
Oficio	11 sujetos	18.3 %

MUESTREO

Se utilizó un tipo de muestra no probabilística, intencional

TIPO DE ESTUDIO

La presente investigación es un estudio ex -post-facto, descriptivo y de campo

TIPO DE DISEÑO

El tipo de diseño es cuasi- experimental de una sola muestra y aplicación.

INSTRUMENTO

Partiendo de la Escala de Conducta del Paciente, que se aplicaba en Instituto Mexicano de Psiquiatría, se realizó una adecuación de esta de acuerdo con los objetivos de la presente investigación y que se integro por dos partes, la primera que esta formada por 42 reactivos que exploran aspectos externos de la vida de la persona y la segunda parte con 102 reactivos que exploran aspectos internos y que hacen un total de 144 reactivos. A continuación presentamos las dos partes del cuestionario, con sus áreas y reactivos que las integran.

PRIMERA PARTE	
AREA	REACTIVOS
RELACIÓN FAMILIAR	1, 6, 11, 16, 21, 26, 37
SITUACIÓN ECONÓMICA-LABORAL	2, 7, 12, 17, 22, 27, 35
SITUACIÓN PERSONAL PARA LA INGESTA	3, 8, 13, 18, 23, 28
SITUACIÓN SOCIA PARA LA INGESTA	4, 9, 14, 19, 24, 29, 32, 34,40
COMPORTAMIENTO BAJO LOS EFECTOS DEL ALCOHOL	5, 10, 15, 20, 25, 30, 42

SEGUNDA PARTE	
AREA	REACTIVOS
DEPRESIÓN	1, 16, 31, 46, 61, 75
AISLAMIENTO	2, 17, 32, 47, 62
OLVIDO	3, 18, 33, 48, 63
SUBACTIVIDAD	4, 19, 34, 49, 64
SOBREDEPENDENCIA	5, 20, 35, 50
INDECISIÓN	6, 21, 36, 51, 65, 76
PREOCUPACIÓN	7, 22, 37, 52, 66, 77, 84
TEMOR	8, 23, 38, 53, 67, 78
OBSESIONABILIDAD	9, 24, 39, 54, 68
IDEAS EXTRAVAGANTES	10, 25, 40, 55, 69, 79, 85, 89
HIPERACTIVIDAD	11, 26, 41, 56, 70, 80
VIOLENCIA	12, 27, 42, 57, 71, 81, 86
SUICIDIO	13, 28, 43, 58, 72, 82, 87, 90
INGESTA EXCESIVA DE ALCOHOL	14, 29, 44, 59, 73, 83, 88, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102
AUTODESCUIDO	15, 30, 45, 60, 74

Todos los reactivos, tanto de la primera, como de la segunda parte se plantearon en tiempo pasado, ya que se esta analizando un periodo de tiempo (6 meses) antes de que la persona ingresara a la institución

Como ya se mencionó el cuestionario se conformo de dos partes, la primera parte contiene 42 reactivos 14 de ellos con varias posibles respuestas, 21 con respuestas de dos opciones y 5 de forma abierta y un reactivo relacionado con el delito cometido. La segunda parte consta de 102 reactivos con respuestas de dos opciones.

Los reactivos de la primera parte fueron elegidos bajo una revisión bibliográfica detallada acerca de la vida de las personas con problemas de abuso de alcohol, la segunda parte que se refiere a los distintos tipos de conductas fueron tomadas a partir de la escala antes mencionada, la cual fue proporcionada por el asesor de la presente investigación. Esta escala fue modificada para los propósitos del presente trabajo. Posteriormente los reactivos fueron analizados con el apoyo de dos profesores de la facultad de Psicología, quienes tras varias sesiones de trabajo dieron un punto de vista bueno a los reactivos.

Cuando se tuvo listo el cuestionario nos dimos a la tarea de producir una hoja de respuestas, la cual fue realizada también bajo la supervisión de los profesores y aceptada tras varias sesiones de trabajo. Esta hoja incluía los datos sociodemográficos de la muestra, las dos partes del cuestionario y un espacio para las respuestas abiertas.

Una vez que se tuvieron listos el cuestionario y la hoja de respuestas se aplicó un piloteo previo a la aplicación formal del instrumento. Para este procedimiento se utilizaron 20 personas recluidas dentro del reclusorio varonil oriente que debido a su forma de beber cometieron algún delito.

Los resultados del piloteo sirvieron para cambiar algunos reactivos mal planteados o que no se comprendían bien, también nos ayudó mucho en la forma en que se plantearon las instrucciones, ya que en muchas personas no quedaban claras.

Las dos partes del cuestionario contienen instrucciones, las primeras instrucciones se presentan en el principio del cuestionario, las cuales son:

Lea cuidadosamente las siguientes preguntas y ponga una marca (x) en el número que más describa su situación. Es importante señalar que no existe respuestas buenas ni malas, por lo que le pedimos ser lo más sincero posible.

En la segunda parte del cuestionario solo se presenta un pequeño recordatorio de el tiempo en que se esta hablando, las instrucciones son las siguientes.

Recuerde que todas las preguntas se refieren a los últimos 6 meses, antes de entrar a esta institución

PROCEDIMIENTO

Para obtener el permiso tanto para el piloteo como para la aplicación formal del cuestionario, se pidió autorización en la Dirección General de Reclusorios, donde fue necesario realizar algunos tramites administrativos, los cuales tardaron cerca de dos meses, debido a que las personas encargadas del tramite se tardaron en la revisión del proyecto.

Una vez adquirida la carta de autorización se acudió al reclusorio varonil oriente donde las autoridades correspondientes nos facilitaron los medios para la aplicación. Como primer punto nos facilitaron una lista de 100 internos, los cuales tenían el delito de homicidio. Para asegurarnos que los sujetos tenían relación con el uso de la sustancia fue necesario un permiso por parte de la dirección de la institución para poder tener acceso a los expedientes de los sujetos.

Debido a que el criterio era la relación de el abuso de alcohol con la conducta homicida, la lista que el centro nos ofreció no fue suficiente para encontrar 60 sujetos con estas características ya que en muchos casos eran otras las situaciones por las que las personas cometían el homicidio, por lo que pedimos otra lista en donde la situación fue la misma, por lo que nos vimos en la necesidad de tomar en cuenta otro delito el cual fue robo. En el caso del delito de robo si encontramos un poco más de personas relacionadas con el abuso de la sustancia. La manera en que se detectaron los casos en donde las características de los sujetos si coincidían era revisando expediente por expediente.

Una vez detectados los casos de homicidio y robo en donde los efectos del alcohol influyeran en la conducta de la persona se procedió a la aplicación del cuestionario. La forma más adecuada para hacerlo fue pedir un espacio (salón pequeño con una capacidad para siete u ocho personas y también bancas y sillas en donde sentarse. La lista que nos ofrecieron tenia registrada el número de celda al que pertenecía. La forma más adecuada para pasar a los internos al aula fue relacionarse con la oficina encargada de hacer los reportes psicológicos de los internos. Este procedimiento se hacia mediante un papeleta con el nombre y celda del interno requerido. Esta papeleta se le entregaba a un interno encargado de ir por sus compañeros hasta su celda (estafeta).

Es importante señalar que debido a que este tipo de población es un tanto difícil, en el sentido de que son muy desconfiados en cuanto a lo que hacen y a lo que se les pide, se nos recomendó que explicáramos a los internos que el cuestionario era parte de una investigación realizada por el personal directivo de la institución.

Un problema que nos encontramos para la aplicación del cuestionario a los sujetos fue que debido a las actividades de los internos la mayoría no se encontraba en su celda por lo que de diez internos que se mandaban a traer con el estafeta cinco o menos se presentaban. En otros casos se trataba de internos de alta peligrosidad, por lo que no se les permitía salir o en otros casos se encontraban castigados o simplemente no asistían a el aula.

Una vez que se les explicaba el motivo de la aplicación se les daba el cuestionario, un lápiz , su hoja de respuestas y se les recordaba que en el cuestionario no había respuestas buenas ni respuestas malas, por lo que lo contestaran de la forma más sincera posible.

Cuando los internos pasaban a la segunda parte del cuestionario se les hacia el recordatorio que los reactivos se referían a 6 meses antes de que ellos ingresaran a la institución.

Cuando los internos terminaban el cuestionario se les daba las gracias por su participación y se retiraban a su celda.

Cuando se tuvieron las hojas de respuestas con la información de los 60 sujetos se paso al análisis de los datos. Para tal procedimiento fue necesario realizar un vaciado de los datos para asignar valores. En este procedimiento se anotaba en una hoja reactivo por reactivo y se identificaban sus posibles respuestas, a las cuales se les asignaba una valor que abarcaba de 1 a 6 de acuerdo con el número de opciones. Cuando finalizó el vaciado de todos los datos el siguiente paso fue la codificación de los mismos, para la cual se utilizaron varias hojas de codificación ofrecidas por la unidad de redes informáticas y desarrolló de sistemas de la facultad. Una vez que se codifico toda la información de los 60 sujetos se paso a un disquete para poder imprimir y analizar los datos estadísticamente. Para lleva a cabo el análisis se identificaron y agruparon los reactivos en las distintas áreas que evaluaban. El paquete estadístico que se utilizó para tal tarea fue el SPSS 10. 0 para Windows.

TRATAMIENTO ESTADÍSTICO

Se emplearon técnicas de estadística descriptiva que permitieron una mejor comprensión de los datos.

El primer procedimiento fue el análisis de las frecuencias de las respuestas de los reactivos que evaluaban un área determinada tanto en la primera como en la segunda parte del cuestionario. Este procedimiento se llevo a cabo con el propósito de de identificar cuales eran las respuestas que destacaban o puntuaban con más frecuencia. También fue necesario obtener los valores mínimos y máximos de los reactivos, la desviación estándar y la sumatoria total por cada reactivo. Por último se utilizó la técnica de cross- tab para relacionar algunos reactivos de la primera parte del cuestionario que tenían que ver con el tipo de delito cometido.

CAPITULO III. RESULTADOS

Como recordamos el instrumento estuvo dividido en dos partes por lo que iniciaremos con la primera, la cual abarca la dinámica familiar, situación económica-laboral, situación personal y social para la ingesta y comportamiento bajo el estado alcohólico.

RELACIÓN FAMILIAR

En base a los resultados obtenidos podemos apreciar que los problemas en la familia no se encuentran presentes en todos los sujetos, por ejemplo en el caso de la percepción que los sujetos tienen en cuanto a su relación familiar solo un 15% la percibe como mala, el resto la percibe como buena y regular (Cuadro 1).

En cuanto a los sujetos que tenían hijos el 81.7% mencionaban que su relación con ellos era buena y el 5% decía que era mala, el 13.3% restante no tenía hijos.

En el caso de los sujetos que vivían en pareja antes de entrar al reclusorio el 60% percibe la relación con su esposa como buena, un 18.3% como regular y un 6.7% la percibe como mala. El resto no se encontraba viviendo con su pareja

De todos los sujetos sólo un 5.0% percibe la relación con sus padres y sus hermanos como mala, entre el 60 y el 66% tienen una buena relación en este sentido.

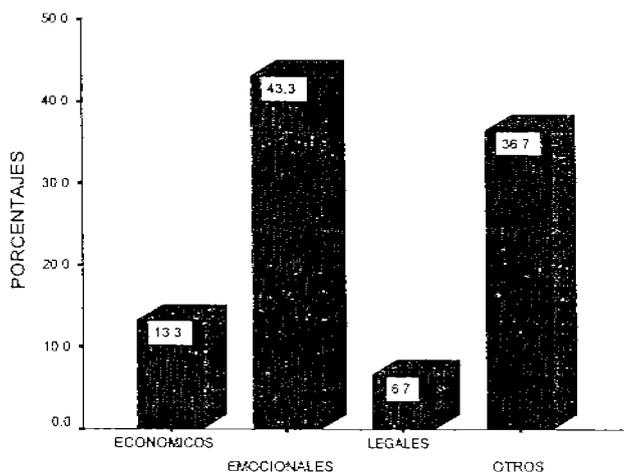
También podemos observar que el 68.3% de estos sujetos pasaban la mayor parte de el tiempo con su familia y solo un pequeño porcentaje reporto haber convivido más con amigos o compañeros de trabajo. Esto nos puede indicar que se trata de personas con cierto grado de responsabilidad para con sus familias.

CUADRO 1. PERCEPCIÓN DE LA RELACIÓN FAMILIAR			
RELACION FAMILIAR	BUENA	MALA	REGULAR
CON HIJOS	63.3 %	15.0 %	21.7 %
CON ESPOSA	81.7 %	5.0 %	
CON PADRES	60.0 %	6.7 %	18.3 %
CON HERMANOS	66.7 %	5.0 %	28.3 %
PERSONAS CON LAS QUE MÁS CONVIVÍA	BUENA 60.0 %	MALA 5.0 %	REGULAR 35.0 %
	FAMILIA 68.3 %	COMPÑEROS 16.7 %	AMIGOS 10.0 %

En relación a el tipo de problemas que los sujetos provocaban en su familia por su forma de beber, se observó que el porcentaje más alto fue el de los problemas de tipo emocional con un 43.3%, los problemas legales ocuparon 6.7% y los económicos el 13.3% (Gráfica 1).

Con estos resultados podremos decir que la relación familiar de estos sujetos si se encontraba de alguna forma afectada debido al consumo del alcohol, pero como ya se habia mencionado, este tipo de personas suelen manipular las respuestas en espera de una ventaja o ayuda para la situación en la que se encuentran.

GRAFICA 1. TIPOS DE PROBLEMAS PROVOCADOS EN LA FAMILIA



SITUACIÓN -LABORAL

Casi todos los sujetos contaban con un trabajo antes de ingresar a la institución, solo tres personas que representan el 5.0% se encontraban sin actividad. Esto nos indica que estos sujetos no dependían económicamente de alguien y llevaban una vida activa en este sentido. Las actividades que más se presentaron en estos sujetos están distribuidas en el cuadro 2.

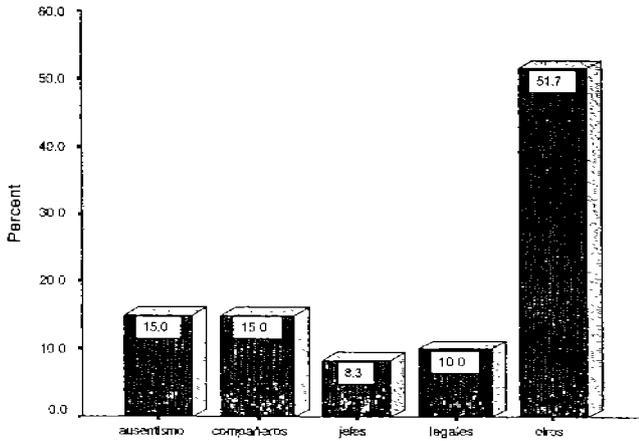
COMERCIANTE	23.3 %
EMPLEADO	45.0 %
OBRERO	13.3 %
OFICIO	18.3 %

En cuanto a la problemática laboral se puede observar (Cuadro 3), que sólo el 16.7% presentaba problemas en su trabajo por su forma de beber, un 15% bebía en horas de trabajo y el 21.7% afectaba su economía familiar.

TENÍAN PROBLEMAS EN EL TRABAJO	SI 16.7 %	NO 83.3 %
BEBÍAN EN HORAS DE TRABAJO	SI 15.0 %	NO 85.0 %
APECTABA ECONOMÍA FAMILIAR	SI 21.7 %	NO 78.3 %

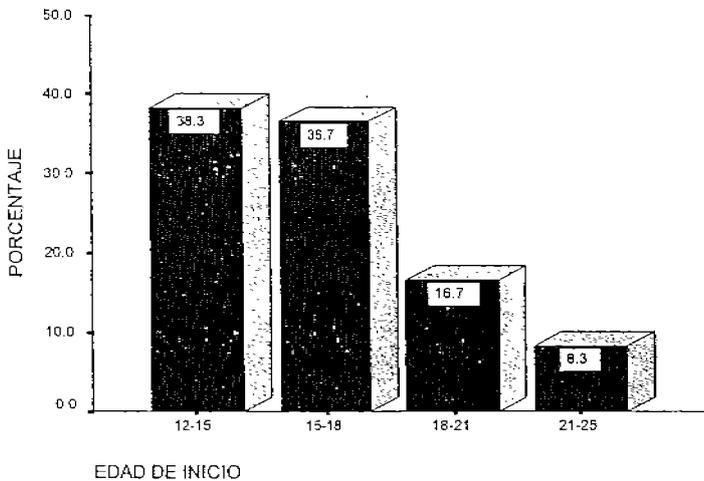
De este porcentaje que sí presentaba problemas laborales, se puede apreciar (Gráfica 2), que los problemas más comunes fueron el ausentismo y los problemas con compañeros de trabajo con un 15% cada uno. La mayoría de los sujetos manifestó que eran otros los problemas de trabajo que ellos presentaban.

GRAFICA 2. TIPO DE PROBLEMAS LABORALES



A pesar de que los porcentajes son bajos, nos podemos percatar nuevamente que estas situaciones si existen en la vida de los sujetos, pero tal vez estas personas no los perciba como problemas o se encuentren influyendo las variables antes mencionadas.

GRAFICA 3. EDAD DE INICIO PARA EL CONSUMO



SITUACIÓN PERSONAL DE INGESTA

En la gráfica 3 podemos observar que la mayor parte de estos sujetos inician su consumo de alcohol en la adolescencia, entre los 12 y 18 años, esto nos indica que la edad de inicio en el consumo del alcohol podría ser un buen factor para analizar el abuso del mismo.

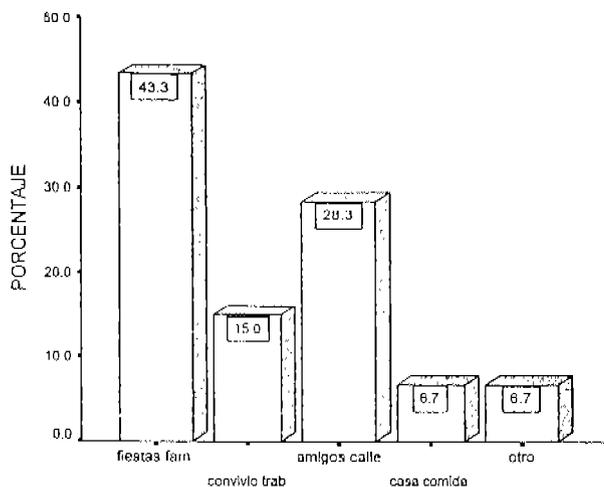
En el cuadro 4 podemos observar que solo el 33.3% tomaba por alguna decepción amorosa o por problemas con la pareja, un 20% lo hacía por que se sentía nervioso, un 16.7% por sentirse más hombre y más maduro, un 35% para sentirse más seguro de si mismo y un 6.7% para darse valor al hacer algo. A pesar de que estos porcentajes no son significativos, estas situaciones representan una parte del porqué estas personas abusaban del alcohol.

	SI	NO
POR DECEPCIÓN AMOROSA	33.3 %	66.7 %
POR NERVIOS	20.0 %	80.0 %
SENTIRSE MÁS HOMBRE	16.7 %	83.3 %
SENTIRSE MAS MADURO	16.7 %	83.3 %
SENTIRSE MAS SEGURO	35.0 %	65.0 %
PARA DARSE VALOR	6.7 %	93.3 %

SITUACIÓN SOCIAL PARA LA INGESTA

En la gráfica cuatro podemos observar cuales fueron las situaciones sociales en las cuales los sujetos abusaban con más frecuencia del alcohol. Se puede observar que la situación social que obtuvo un mayor porcentaje (43.3%) fue las fiestas familiares, le siguió los amigos en la calle con un 28. 3%, después los convivios de trabajo con un 15% y por último en la casa a la hora de la comida con un 6.7%

GRAFICA 4. SITUACIONES SOCIALES PARA EL CONSUMO DEL ALCOHOL.



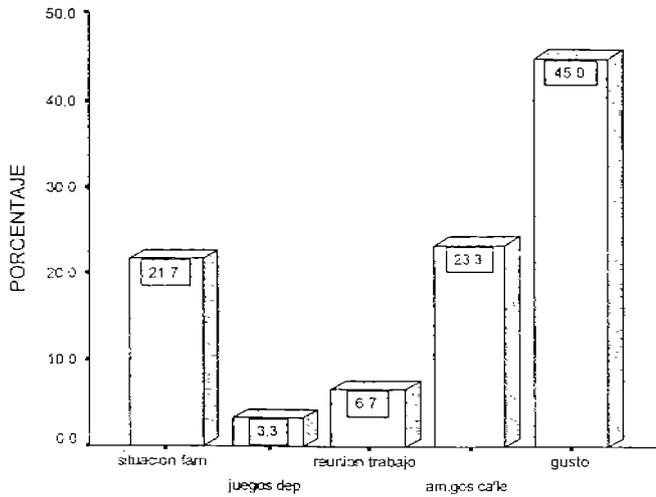
Esto nos indica que la familia es otro indicador importante en donde el sujeto abusa constantemente del alcohol, esto posiblemente a que en este sistema a los individuos se les permite de alguna manera el consumo y posteriormente el abuso de esta sustancia.

En el cuadro 5 se aprecian las circunstancias en las que estos sujetos consumían el alcohol, la mayoría no lo hacía por la desaprobación de amigos, ni por obtener prestigio. Un porcentaje pequeño menciona que ante problemas económicos o familiares recurrían al consumo del alcohol . Un 20% menciona que si se sentía incomodo al rechazar una copa y el 63.3% era aceptado por las personas cuando bebía.

CUADRO 5. SITUACIÓN SOCIAL PARA LA INGESTA		
POR LA DESAPROBACIÓN DE AMIGOS	SI 11.7 %	NO 88.3 %
SE SENTÍA INCOMODO POR RECHAZAR UNA COPA	SI 20.0 %	NO 80.0 %
TOMABA POR OBTENER PRESTIGIO	SI 10.0 %	NO 90.0 %
LO ACEPTABAN CUANDO BEBÍA	SI 63.3 %	NO 36.7 %
PROBLEMAS ECONÓMICOS	SI 18.3 %	NO 81.7 %
PROBLEMAS FAMILIARES	SI 25.0 %	NO 75.0 %

También en la gráfica 5 se observa que el sujeto no se siente comprometido u obligado a beber en determinadas situaciones, sino que lo hace por gusto.

GRAFICA 5. SITUACIONES QUE OBLIGABAN AL ABUSO DEL ALCOHOL



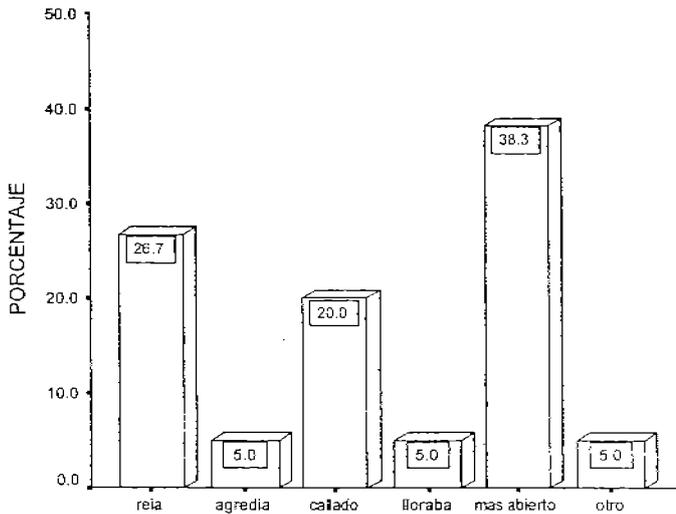
Estos resultados nos indican que la familia juega un importante papel para el consumo inmoderado de bebidas alcohólicas, ya que en las situaciones familiares es donde estas personas consumían más frecuentemente el alcohol. Otro punto importante es que muy pocos sujetos se sentían presionados o comprometidos a beber en determinadas situaciones, la mayoría lo hace por gusto.

COMPORTAMIENTO BAJO EL ALCOHOL

De los 60 sujetos a los que se les aplicó el cuestionario, el 53.3%; es decir 32 de ellos cometieron el delito de homicidio y el otro 46.7%; es decir 28 cometieron el delito de robo.

En la gráfica 6 podemos apreciar que la mayoría de estos sujetos reportó que bajo el estado de ebriedad eran más abiertos y reían, el 20% era callado y solo un 5% mostraba agresividad.

GRAFICA 6. COMPORTAMIENTO BAJO LOS EFECTOS DEL ALCOHOL



En el cuadro 6 podemos observar que el 25% de los sujetos ya habían tenido problemas de tipo legal, debido a su forma de beber, un 16.7% se veía involucrado en riñas callejeras. Un punto importante es que el 50% de la población admite que la causa principal del delito que cometieron fue el abuso del alcohol y el otro 50% lo niega.

CUADRO 6. COMPORTAMIENTO DEL SUJETO BAJO LOS EFECTO DEL ALCOHOL		
PROBLEMAS LEGALES	SI 25.0 %	NO 75.0 %
RIÑAS CALLEJERAS	SI 16.7 %	NO 83.3 %
DELITO COMETIDO	HOMICIDIO 53.3 %	ROBO 46.7 %
RELACIÓN DEL DELITO CON EL ABUSO.	SI 50 %	NO 50 %

Con estos resultados nos damos cuenta que todos estos factores de la primera parte de nuestro cuestionario se encuentran presentes, aunque en un grado mínimo, en la población estudiada.

En cuanto a la segunda parte del cuestionario los resultados fueron los siguientes:

DEPRESIÓN

Al igual que en la primera parte, las conductas o rasgos de personalidad que evalúa esta segunda parte, no se encuentran presentes en la mayoría de los sujetos, solo en algunos. En el caso de depresión que es un trastorno bastante complejo, podríamos decir que los sujetos no presentan rasgos de depresión, sin embargo como podemos apreciar en el cuadro 7 un 38% de la población indica que si se encontraba deprimido, un 45% contesta que si lloraba en el último periodo (6 meses antes de entrar a la institución), el 18.3% indica que si se comportaba de forma solemne y el 35% no respondía a los intentos de la gente que lo trataba de animar. Una diferencia notable de porcentajes la encontramos cuando el sujeto llega al reactivo donde se le cuestiona si había pensado que no valía la pena vivir, en donde sólo un 5% contesta que si lo había pensado y el 95% restante contesta que no.

Por último, en relación a su forma de beber, solo el 23.3% contesto que si había tenido algún fracaso en la vida que lo llevara al consumo del alcohol, el 76.7% contesto que este no es el motivo de su consumo.

CUADRO 7. DEPRESIÓN		
CONDUCTAS	SI	NO
ESTABA DEPRIMIDO	38.3 %	61.7 %
LLORABA	45.0 %	55.0 %
COMPORTAMIENTO SOLEMNE	18.3 %	81.7 %
SE ANIMABA CON PERSONAS	65.0 %	35.0 %
PENSABA QUE NO VALÍA LA PENA VIVIR	5.0 %	95.0 %
FRACASOS EN LA VIDA	23.3 %	76.7 %

ASLAMIENTO

Aunque aparentemente los sujetos no presentan problemas de aislamiento, podemos apreciar (cuadro 8), un porcentaje importante de personas que indican que antes de ingresar a la institución casi no platicaban con la demás gente. También observamos que un 30% cuando bebían lo hacían solos.

CUADRO 8. AISLAMIENTO		
CONDUCTAS	SI	NO
SE AISLABA DE LA GENTE	26.7 %	73.3 %
CASI NO PLATICABA	46.7 %	53.3 %
RESPONDÍA CUANDO LE HABLABAN	88.3 %	11.7 %
DESCONOCÍA A LAS PERSONAS		100.0 %
BEBÍA SOLO	30.0 %	70.0 %

OLVIDO

No existe alteración de la memoria en los sujetos, ya que solo entre un 21.7% y un 26.7% tenían problemas para recordar cosas, un 13.3% olvidaba cosas que podrían provocar daño, el 3% olvidaba su camino de regreso a casa. En cuanto a su forma de beber el 70% recordaba todo lo que había hecho al otro día de una borrachera. Con esto podemos concluir que no existen porcentajes significativos para decir que las personas tienen alteradas sus funciones de memoria.

CUADRO 8. OLVIDO		
CONDUCTAS	SI	NO
PROBLEMAS PARA RECORDAR COSAS	21.7 %	78.3 %
OLVIDABA DONDE PONÍA COSAS	26.7 %	73.3 %
OLVIDA COSA QUE PODÍAN PROVOCAR DAÑO	13.3 %	86.7 %
OLVIDABA SU CAMINO DE REGRESO A CASA	5.0 %	95.0 %
CUANDO BEBÍA RECORDABA LO QUE HACÍA	70.0 %	30.0 %

SUBACTIVIDAD

Nos encontramos con personas activas que niegan haber estado sin hacer nada en este período de tiempo. Solo un 28.3% tendió a tener muy poca actividad, el 23.3% permaneció en un determinado lugar sin hacer nada, sólo un 6.7% pasaba la mayor parte del tiempo sin hacer nada, el 80% se unía a alguna actividad cuando se le indicaba, y sólo el 23.3% bebía por aburrimiento o por que no tenía nada que hacer.

CUADRO 9. SUBACTIVIDAD		
CONDUCTAS	SI	NO
TENÍA MUY Poca ACTIVIDAD	28.3 %	71.7 %
PERMANECÍA SIN MOVERSE DURANTE MUCHO TIEMPO	23.3 %	76.7 %
PASABA MUCHO TIEMPO SIN HACER NADA	6.7 %	93.3 %
SE UNÍA A ACTIVIDADES CUANDO SE LE INVITABA	80.0 %	20.0 %
ESTABA MUY ABURRIDO Y SE PONÍA A BEBER	23.3 %	76.7 %

SOBREDEPENDENCIA

Se trata de personas independientes que no presentan problemas para hacer las cosas por sí mismos. Sólo un 15% seguía o se aferraba a alguien para hacer las cosas, la mayoría de ellos 83.3% podía quedarse solo sin ningún inconveniente y sólo un 16.7% bebía por quedarse solo.

CUADRO 10. SOBREDEPENDENCIA		
CONDUCTAS	SI	NO
SE AFERRÓ A ALGUIEN A DONDE FUERA	15.0 %	85.0 %
SE RESISTÍA A QUEDARSE SOLO	25.0 %	75.0 %
SE RESISTÍA A ESTAR SOLO AUNQUE FUERA POCO TIEMPO	16.7 %	83.3 %
CUANDO SE QUEDABA SOLO BEBÍA	16.7 %	83.3 %

INDECISIÓN

Se trata de personas que tenían claro lo que hacían y querían hacer. Sólo a un 25% le resultaba difícil tomar una decisión y evitaba tomar decisiones. En cuanto a tomar decisiones simples como el que ponerse, el salir o quedarse en casa o el ponerse a beber para evitar tomar decisiones no hay un porcentaje significativo para decir que existe algún problema dentro de esta área.

CUADRO 11. INDECISIÓN		
CONDUCTAS	SI	NO
LE RESULTABA DIFÍCIL TOMAR DECISIONES	25.0 %	75.0 %
EVITABA TOMAR DECISIONES	25.0 %	75.0 %
NO SABÍA QUE PONERSE	16.7 %	83.3 %
PROBLEMAS PARA DECIDIR SI SALIR O QUEDARSE EN CASA	6.7 %	93.3 %
NO HACIA LAS COSAS POR QUE NO SABÍA QUE HACER	8.3 %	91.7 %
PARA NO TOMAR DECISIONES BEBÍA	6.7 %	93.3 %

PREOCUPACIÓN

Nos encontramos con personas tranquilas que no presentan una preocupación patológica de las cosas. El 28.3% si se preocupaba de todos los eventos cotidianos, el 13.3% le preocupaba salir y encontrarse amigos, al 18.3% si le preocupaba los eventos simples de su trabajo. El tipo de preocupación que aparece un tanto significativo es el de que algo terrible les fuera a pasar a ellos o a otras personas, ya que el 51.7% contesta que si se preocupaba en este sentido y esto se vio reflejado en que el 66.7% de los sujetos evitaba que otros hicieran cosas por la preocupación de que algo malo les fuera a pasar a ellos o a otras personas. En cuanto a que si bebían para no tener que preocuparse, solo el 20% contesto que si y el resto contesto que no.

CUADRO 12. PREOCUPACIÓN		
CONDUCTAS	SI	NO
LE PREOCUPABAN LOS EVENTOS COTIDIANOS	28.3 %	71.7 %
LE PREOCUPABA EL SALIR Y ENCONTRAR AMIGOS	13.3 %	86.7 %
LE PREOCUPABAN MUCHO LOS EVENTOS DE SU TRABAJO	18.3 %	81.7 %
LE PREOCUPABA QUE ALGO TERRIBLE FUERA A PASAR	51.7 %	48.3 %
EVITABA QUE OTROS HICIERAN COSAS	66.7 %	33.3 %
BEBÍA POR ESTAR MUY PREOCUPADO	20.0 %	80.0 %

TEMOR

La población carece de temores o fobias, sólo un 33.3% contesta que si tenía temores poco comunes, sólo un 11.7% temía el salir fuera o temía a algún animal o insecto, un 30% presentaba miedo a lugares cerrados y sólo un 1.7% bebía por estar temeroso de algo.

CUADRO 13. TEMOR		
CONDUCTAS	SI	NO
PRESENTABA TEMORES POCO COMUNES	33.3 %	66.7 %
TENÍA MIEDO SALIR	11.7 %	88.3 %
TEMÍA A ESPACIOS CERRADOS	30.0 %	70.0 %
TEMEROSO DE ANIMALES O INSECTOS	11.7 %	88.3 %
BEBÍA POR LOS TEMORES	1.7 %	98.3 %

OBSESIONABILIDAD

En este caso sobresale el hecho de que el 56.7% contesta que si tenía una rutina para hacer las cosas de una forma determinada. En los demás porcentajes ya no se presenta esta diferencia, por ejemplo el 41.7% contestó que se la pasaba cuidando que ciertas cosas se hicieran, como cerrar las puertas con llave y sólo un 21.7% repetía actividades o conductas una y otra vez como lavarse las manos. En este tipo de conductas podemos apreciar en el cuadro 14, que existen algunos porcentajes un tanto significativos para poder decir que los sujetos si presentan rasgos obsesivos.

CUADRO 14. OBSESIONABILIDAD		
CONDUCTAS	SI	NO
MUY EXIGENTE PARA HACER LAS COSAS	43.3 %	56.7 %
TENÍA UNA RUTINA PARA HACER LAS COSAS	56.7 %	43.3 %
SE LA PASABA CHECANDO LAS COSAS	41.7 %	58.3 %
REPETÍA COSAS MUCHAS VECES	21.7 %	78.3 %

IDEAS EXTRAVAGANTES

Como se puede apreciar en el cuadro 15 los sujetos carecen de ideas extravagantes y presentan una buena conciencia de si mismos. Sólo el 15% expresó un idea extraña o poco común, el 33.3% señaló que la gente estaba en su contra, sólo el 10% acusaba a la gente de hablar de él, el 31.7% estaba irracionalmente celoso de alguien, el 16.7% mencionó que había escuchado voces o visto cosas y sólo un 10% pensaba que tenía una enfermedad física seria sin que existiera evidencia de la misma. Recordemos que a pesar de que los porcentajes no son significativos, estas conductas se encuentran presentes en una minoría.

CUADRO 15. IDEAS EXTRAVAGANTES		
CONDUCTAS	SI	NO
EXPRESABA IDEAS EXTRAÑAS	15.0 %	85.0 %
SEÑALO QUE LA GENTE ESTABA EN SU CONTRA	33.3 %	66.7 %
ACUSABA A LA GENTE DE HABLAR DE EL	10.0 %	90.0 %
ERA IRRACIONALMENTE CELOSO	31.7 %	68.3 %
ESCUCHO VOCES O VIO COSAS QUE NO EXISTIAN	16.7 %	83.3 %
PENSABA QUE TENIA UNA ENFERMEDAD	10.0 %	90.0 %
ESTABA PREOCUPADO POR SUS IDEAS	15.0 %	85.0 %
ESTABA FUERA DE LA REALIDAD	15.0 %	85.0 %

HIPERACTIVIDAD

Como se puede ver en el cuadro 16 no son personas hiperactivas que se encuentren la mayor parte del tiempo agitadas o excitadas. Sólo el 11.7% contestó que era ruidoso, hablaba incesantemente y gritaba demasiado, el 38.3% era inquieto e incapaz de permanecer sentado durante mucho tiempo, sólo el 16.7% se levantaba por las noches y hacía cosas que por lo regular correspondían al día. Lo que llama un poco la atención es que de el total de sujetos, el 51.7% contestó que no respondía a los intentos de las personas para persuadirlo de no ser tan activo.

CUADRO 16. HIPERACTIVIDAD		
CONDUCTAS	SI	NO
EXCESIVAMENTE AGITADO O EXCITADO	21.7 %	78.3 %
ERA RUIDOSO Y GRITABA DEMASIADO	11.7 %	88.3 %
HABLABA INCESANTEMENTE	15.0 %	85.0 %
ERA MUY INQUIETO INCAPAZ DE ESTAR SENTADO	38.3 %	61.7 %
SE LEVANTABA POR LAS NOCHES	16.7 %	83.3 %
LE HACIA CASO A LA GENTE DE NO SER TAN ACTIVO	48.5 %	51.7 %

VIOLENCIA

Un dato curioso y bastante interesante en este tipo de población, es que nos encontramos con personas que en su mayoría no son violentas y que tienen control de sus impulsos. El 21.7% discutió constantemente en este período de tiempo, un 35% utilizaba grito o insultos, el 26.7% recurría a la agresión física en sus discusiones. Sólo un 6.7% le pagaba a algún miembro de su familia y sólo un 3.3% llegó a pensar en matar para solucionar alguna discusión. En cuanto a su forma de beber sólo un 6.7% insultaba a la gente sin motivo y un 11.7% contesto que sí se quejaban de él por su conducta violenta cuando bebía.

CUADRO 17. VIOLENCIA		
CONDUCTAS	SI	NO
DISCUTIA CONSTANTEMENTE	21.7 %	78.3 %
UTILIZABA GRITOS O INSULTOS	35.0 %	65.0 %
LLEGABA A LOS GOLPES O AGRESIÓN FÍSICA	26.7 %	73.3 %
LASTIMABA A LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA	6.7 %	94.3 %
LLEGÓ A PENSAR EN MATAR	3.3 %	96.7 %
SE QUEJABAN DE SU CONDUCTA VIOLENTA	11.7 %	88.3 %

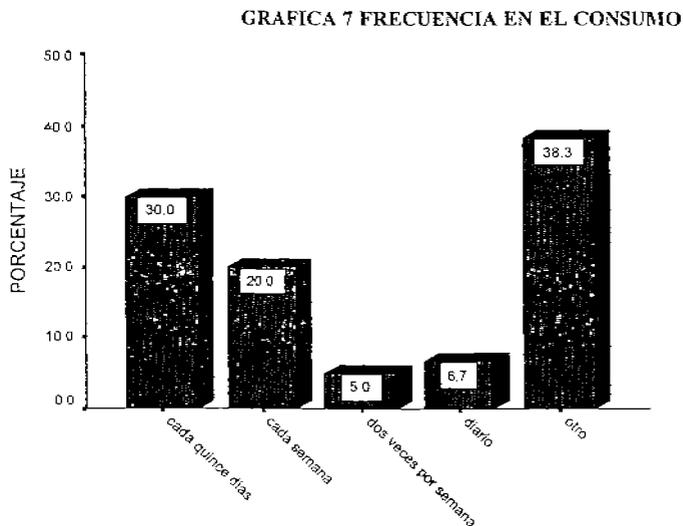
SUICIDIO

Como se puede apreciar en el cuadro 18 las ideas de suicidio no están presentes en estos sujetos ya que sólo un 16.7% sentía que no valía la pena vivir, un 8.3% llegó a pensar en el suicidio como una salida a sus problemas y un 3.3%, es decir 2 de las 60 personas a las que se les aplicó el cuestionario pasaron por un intento de suicidio. Sólo un 26.7% de los sujetos se sentía solo, el 20% se sentían rechazados por los demás y el 16.7% sentían que no le importaban a nadie. En cuanto a la forma de beber sólo un 10% contesto que se sentía harto de la vida y por eso consumían alcohol.

CUADRO 18. SUICIDIO		
CONDUCTAS	SI	NO
SE SENTIA SOLO	26.7 %	73.3 %
SE SENTIA RECHAZADO POR LOS DEMÁS	20.0 %	80.0 %
SENTÍA QUE NO VALÍA LA PENA VIVIR	16.7 %	83.3 %
PENSÓ NO IMPORTARLE A NADIE	16.7 %	83.3 %
SENTÍA QUE EL MUNDO SERÍA IGUAL SI NO ESTUVIERA	28.3 %	71.7 %
PENSÓ EN EL SUICIDIO	8.3 %	91.7 %
INTENTO DE SUICIDIO	3.3 %	96.7 %
BEBÍA POR QUE NO QUERÍA VIVIR	10.0 %	90.0 %

INGESTA EXCESIVA DE ALCOHOL

En la gráfica 7 podemos apreciar la frecuencia en que estos sujetos consumían este tipo de bebidas.



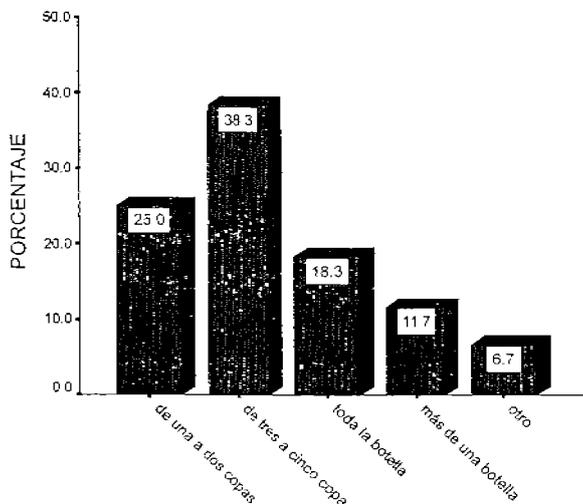
En esta parte encontramos que el 50% de los sujetos son bebedores sociales, esto es, bebían cada quince días o cada semana, sólo el 11.7% bebían dos veces por semana o diario, pero aunque podrían entrar en bebedores sociales, recordemos que la mitad de estos sujetos admite que la causa principal del problema por el cual están privados de su libertad es el abuso de alcohol. Tal vez bebía cada quince días, pero cuando lo hacían abusaban del alcohol.

Como podemos apreciar en el cuadro 19 las bebidas que más consumían fueron las bebidas fermentadas con un 75%, entre las que se destacan la cerveza, el pulque y algunos vinos. Después le sigue las bebidas destiladas con un 25% en las que destacan el tequila y los aguardientes.

CUADRO 19. TIPO DE BEBIDAS CONSUMIDAS	
BEBIDAS FERMENTADAS	75.0 %
BEBIDAS DESTILADAS	25.0 %

En cuanto a la cantidad de alcohol que ingerían los sujetos, podemos ver en la gráfica 8 que el 38.3% bebía de tres a cinco copas, el 25% de una a dos copas, el 18.3% ingerían más de una botella y sólo un 11.7% bebían más de una botella.

GRÁFICA 8. CANTIDAD DE BEBIDA CONSUMIDA



En cuanto a la forma de consumir la bebida nos encontramos que el 50% de los sujetos saboreaba la bebida, mientras que el 25% dejaba pasar algunos minutos entre copa y copa, el 15% de dos a tres tragos y sólo un 6.7% la tomaba de un solo trago.

CUADRO 20. FORMA DE CONSUMIR LA BEBIDA

SABOREÁNDOLA	50.0 %
DEJAR PASAR MINUTOS ENTRE COPA Y COPA	25.0 %
DE DOS A TRES TRAGOS	15.0 %
DE UN SOLO TRAGO	6.7 %
OTRO	3.3 %

En el cuadro 21 podemos apreciar que un buen porcentaje de estos sujetos si escogía la situaciones en las cuales bebía. Un punto importante que tenemos que destacar es que se trata de personas responsables en cuanto a su consumo. Por ejemplo sólo un 28.3% tomaba hasta emborracharse en alguna reunión o fiesta, este mismo porcentaje se presenta para las personas que estando lejos de casa y sabiendo que tenían que conducir bebían. Sólo un 33.3% contestaron que sí

habían conducido en estado de ebriedad y sólo un 15% habían tenido problemas automovilísticos a causa de esto.

No presentan problemas con el control de la bebida, ya que el 86.7% no bebían en momentos no muy adecuados como fiestas infantiles o sepelios, sólo el 25% mentía por el uso del alcohol y sólo un 6.7% bebía por conseguir el bienestar a sus problemas.

El 25% de estos sujetos se sentía incapaz de controlar la bebida, sólo un 6.7% combatía la cruda bebiendo nuevamente, también sólo un 8.3% presentaba temblores o sudores cuando no había bebida y un 25% mentía por la bebida. Recordemos nuevamente que aunque estos porcentajes no son significativos, estos rasgos si se encuentran presentes en estos sujetos, aunque en un grado muy pequeño.

CUADRO 21. INGESTA EXCESIVA DE ALCOHOL		
CONDUCTAS	SI	NO
ESCOGÍA LAS SITUACIONES PARA BEBER	48.3 %	51.7 %
TOMABA HASTA EMBORRACHARSE	28.3 %	71.7 %
MANEJABA EN ESTADO DE EBRIEDAD	33.3 %	66.7 %
SI SE TERMINABA LA BEBIDA SALÍA POR MAS NO IMPORTANDO LA HORA	30.0 %	70.0 %
HABÍA TENIDO PROBLEMAS AUTOMOVILÍSTICOS	15.0 %	85.0 %
BEBÍA EN SITUACIONES NO MUY ADECUADAS	13.3 %	86.7 %
SE SENTÍA INCAPAZ DE CONTROLA LA BEBIDA	25.0 %	75.0 %
COMÍA CUANDO BEBÍA	71.7 %	28.3 %
ANTE LAS CRUDAS SEGUÍA BEBIENDO	6.7 %	93.3 %
PRESENTABA TEMBLORES O SUDORES SI NO CONSEGUÍA BEBIDA	8.3 %	91.7 %
MENTÍA POR LA BEBIDA	25.0 %	75.0 %

AUTODESCUIDO

En esta última parte encontramos que se trata de personas limpias y que cuidan su aseo personal, sólo el 21.7% descuidaba su imagen personal y un 10% dejaba de bañarse por más de dos días.

CUADRO. AUTODESCUIDO		
CONDUCTAS	SI	NO
DESCUIDABA SU IMAGEN PERSONAL	21.7 %	78.3 %
DESCUIDABA SU TRABAJO Y SUS RESPONSABILIDADES	18.3 %	81.7 %
SE ARREGLABA CUANDO BEBÍA	73.3 %	26.7 %
SE MANTENÍA MÁS DE UN DÍA CON LA MISMA ROPA	18.3 %	81.7 %
DEJABA DE BAÑARSE POR MAS DE DOS DÍAS	10.0 %	90.0 %

CAPITULO IV. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo fundamental del presente estudio, fue identificar los factores que hacen que una persona abuse del alcohol y por lo cual llega a cometer algún delito. Fue a partir de esto que se desarrollo un cuestionario que podría darnos estos factores, en este cuestionario tomamos partes importantes de la vida de los sujetos, como son la relación familiar, la situación económica familiar, las situaciones por las cuales más comúnmente bebían, tanto personales como sociales, y su comportamiento cuando bebía. También en otra parte de este cuestionario se incluyeron algunos rasgos de personalidad que de alguna forma se vieron involucrados en su forma de beber, estos fueron rasgos depresivos, de aislamiento, de pasividad, de suicidio, etc. Es importante mencionar que esta segunda parte esta basada en el manual de diagnóstico diferencial DSM-IV.

La muestra de la presente investigación estuvo conformada con 60 sujetos que se encontraban privados de su libertad en el reclusorio varonil oriente por haber cometido el delito de homicidio y robo bajo los efectos del alcohol. Estos sujetos variaban en cuanto al tiempo que llevaban reclusos, algunos llevaban de uno a cuatro años, pero otros tenían más de 8 años. Esto pudo afectar nuestra investigación, ya que como el cuestionario se encuentra planteado en tiempo pasado(6 meses antes de que cometieran el delito), es muy difícil recordar como estaba su vida en ese tiempo.

En las características sociodemográficas de nuestra muestra podemos observar que la mayor parte de los sujetos que se encontraban privados de su libertad se encontraba entre las edades de 19 y 32 años, el 53.3 % vivía en unión libre con su pareja y solo 5 de los 60 sujetos contaba con educación media superior, los demás se encontraban entre primaria y secundaria, esto se veía reflejado en el tipo de actividades en las que se empleaban los sujetos, ya que la mayoría eran empleados y comerciantes. Con lo anterior podemos decir que el estado civil, la escolaridad y la edad de las personas reclusas son datos importantes en este estudio.

Con base en los resultados obtenidos del cuestionario podemos observar que los sujetos tenían un buen concepto de su relación familiar, ya que la mayoría percibía esta como buena. En cuanto a los sujetos que tenían hijos mencionaban que su relación con ellos no tenía problemas y que se llevaba bien con ellos. De los sujetos que se encontraban viviendo con su esposa antes de entrar a la institución, la mayoría percibía esta relación como buena. También se puede apreciar que los sujetos

llevaban buena relación con sus hermanos y pasaban la mayor parte del tiempo con su familia. Esto es contradictorio, ya que cuando se les cuestiona sobre los problemas que ocasionaban en su familia debido a su forma de beber un 43.3 % señala que son los problemas de tipo emocional los que más causaban por esta situación.

Esto podría ser un indicador de que los sujetos manejaron las respuestas de acuerdo a su conveniencia, ya que por lo general este tipo de poblaciones espera obtener algún beneficio para su situación legal.

En cuanto a la situación laboral, todos los sujetos contaban con alguna actividad y la mayoría de los sujetos no presentaba problemas en su trabajo debido a su forma de beber. Con esto podemos descartar que un posible factor del delito fuera la inactividad de la persona o su dependencia económica con otra persona. Sin embargo debemos recordar que los porcentajes no son completamente nulos, aunque en proporción baja, estas situaciones existen en estos sujetos.

Con referencia a los resultados arrojados por el cuestionario, podemos ver que la historia de consumo de más de la mitad de los sujetos (75 %) inicia en la adolescencia, entre los 12 y los 18 años y que la mayoría de los sujetos no relacionó su forma de beber con los problemas de pareja, ni consideró al alcohol como un estimulante para sentirse más hombres, más maduros o para darse valor para hacer algo.

Las situaciones en las cuales los sujetos más comúnmente bebía, destacan las reuniones o fiestas familiares con un 43.3 %, esto es muy importante, ya que podríamos considerar a la familia como un indicador en el cual las personas inician el consumo y posteriormente el abuso de alcohol.

Otro punto de mucha importancia es que al sujeto no se encontraba presionado u obligado a beber por algunas situaciones de tipo social, sino que lo hacía por gusto, también hay que destacar que la mayoría de estos sujetos eran aceptados cuando se encontraban bebiendo. Esto nos señala que los sujetos sabían en que situaciones beber y en cuales no, también volvemos a señalar que la familia aceptaba el consumo o abuso del alcohol.

En relación al comportamiento de los sujetos bajo los efectos del alcohol la mayoría expresó ser más abiertos y no agresivos, no se involucraban en riñas callejeras. La mitad de los sujetos cometió el delito de robo y la otra mitad el delito de homicidio, un dato importante es que la mitad de la población acepta que su delito estuvo relacionado por el abuso de alcohol y la otra mitad no lo acepta. Algo importante es que a pesar de que solo la mitad de los sujetos reconocía que el delito era consecuencia de su conducta bajo los efectos del alcohol, casi todos los sujetos (93.3 %) sentían preocupación y arrepentimiento por el delito que cometieron.

En esta primera parte nos percatamos que de todos los sujetos 15 si aceptaron haber tenido anteriormente problemas legales por su forma de beber, 10 aceptaron haberse involucrado en riñas callejeras y la mitad de toda la población acepta que debido a su forma de beber cometieron el delito por el cual están reclusos, la otra mitad no lo acepta.

En base a los resultados de esta primera parte podemos decir que estas situaciones no se encuentran presentes en todos los sujetos, incluso los encontramos en una proporción mínima. No son factores únicos por los cuales estos sujetos bebían excesivamente y por lo cual llegaron a cometer el delito. Como ya se había mencionado esto pudo haberse debido a que los sujetos manejaron sus respuestas a su conveniencia.

En cuanto a los resultados obtenidos en la segunda parte se pudo apreciar que se trata de sujetos que tienen una buena percepción de sí mismos, con buena fortaleza emocional ante fracasos y que no presentan síntomas de depresión. Son personas sociales, que pueden intervenir en actividades con más personas o actividades públicas. No presentaban problemas de memoria ni tenían problemas para recordar cosas cotidianas, incluso recordaban lo que habían hecho en una borrachera. También son personas independientes y que pueden tomar sus propias decisiones.

No presentan preocupación patológica, su preocupación se concentraba hacia las personas más cercanas a él y se relacionaba con el hecho de que algo malo les pudiera pasar. Tampoco presentan fobias o temores poco comunes, carecen de ideas extrañas o extravagantes. Uno de los porcentajes que aparece significativo se encuentra dentro de las conductas obsesivas, este se relaciona con el reactivo donde se cuestiona si el sujeto tenía una rutina o una forma específica para hacer las cosas siempre, en donde el 56.7% de la población contesta que sí.

Un resultado curioso y muy importante se nos da en el hecho de que este tipo de población presenta muy pocos problemas de control de impulsos. Nos encontramos con personas que en la vida cotidiana resuelven sus conflictos sin utilizar la agresión o la violencia, incluso bajo los efectos del alcohol solo un 6.7 % reportó ser violento. Carecen de ideas de suicidio y son personas que se preocupan de su imagen personal.

Aunque estos sujetos consumían alcohol cada semana o cada quince días, no podríamos decir que son bebedores sociales, tal vez bebían cada quince días, pero cuando lo hacían abusaban del alcohol. También la mayoría de los sujetos contesta que no tenía problemas con el control de la bebida, ya que ellos decidían cuando y en que ocasiones consumían alcohol, no se le obligaba o presionaba de alguna forma, si no que lo hacían por ellos mismos. Esto podría ser un tanto contradictorio, ya que como se mencionó la mitad de la población acepta que abusó del alcohol el día que se cometió el delito.

De acuerdo con lo anterior podemos también concluir que en esta segunda parte los sujetos no presentan rasgos característicos de algún trastorno de acuerdo con el DSM-IV, por lo que no tenemos cuadro diagnóstico alguno. Existe resultados que indican que los sujetos si presentaban algunas conductas evaluadas en el cuestionario, pero que no son factores exclusivos que llevan a una persona a abusar del alcohol y a cometer un delito. La dinámica por la cual una persona abusa del alcohol y llega a cometer un delito no se encuentra clara, ya que cada persona trae consigo una determinada forma de vida, y toda una gama de rasgos de personalidad, que se requieren más investigaciones de este tipo para llegar a un conocimiento profundo en torno a este tema.

El presente trabajo, fue solamente, un inicio al estudio del homicidio visto como consecuencia de un uso indebido del alcohol. Aunque no se contó con un instrumento formal, fue importante conocer toda la gama de conductas presentes, aunque no en grado extremo, en este tipo de población.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Dentro de las limitaciones que tuvo el presente trabajo, fue el tamaño de la muestra, por lo que se sugiere que para futuras investigaciones, se contemplen muestras más grandes.

Ya que el tipo de población es un tanto difícil, se sugiere relacionarse más directamente con este tipo de centros para un apoyo completo.

Así mismo, debido a que los reactivos del cuestionario se encontraban planteados en tiempo pasado se perdió un poco la frescura de las respuestas.

Igualmente se sugiere la revisión del instrumento y realizar nuevas investigaciones de acuerdo con los objetivos que se persigan.

Es importante señalar que un factor que tuvo mucho que ver para que los sujetos no fueran completamente sinceros, fue la instrucción que se les dio al principio, relacionada con el hecho de que la investigación era por parte de la dirección del reclusorio, ya que se prestó a que los sujetos aparentarán muchas situaciones relacionadas con su forma de vida.

REFERENCIAS

- Abrahamsen, D. (1967) **La mente asesina**. Ed. Fondo de Cultura Económica. México
- Achaval, A. (1994) **Alcoholización: Imputabilidad, Estudio Médico-Legal, Estudio Psiquiátrico-Forense**. Buenos Aires: Abeledo
- Ayala, H., Echeverría, L. (1998) **Manual de autoayuda para personas con problemas en su forma de beber**. México: UNAM, Facultad de Psicología.
- Ayala, H., Echeverría, L. (1998) **Estrategias de Detección Temprana e Intervención Breve: hacia una nueva política de Salud Pública**. En: Beber de Tierra Generosa. Ciencias de las Bebidas Alcohólicas en México. FISAC.
- Becona, I. E., Rodríguez, L. A., Salazar, B. I. (1994) **Drogodependencias: Introducción**. Universidad de Santiago de Compostela.
- Belloch, A., Sandín, B., Ramos, F. (1995) **Manual de Psicopatología**. Ed. Mc Graw-Hill. México.
- Bernal, S. V. (1985) **El Alcoholismo en México**. México: Nuestro Tiempo
- Bromberg, W. (1963) **Crisol del rimen**. Estudio Psiquiátrico del Homicidio. Ed. Morata. Madrid.
- Buela, C., Caballos, E., Sierra, C. (200) **Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud**.
- Buela, C., Sierra, C. (1997) **Manual de Evaluación Psicológica**. Ed. Siglo Veintiuno de España.

- Calderón, N. G. (1984) **Salud Mental Comunitaria: Un Nuevo Enfoque de la Psiquiatría**. México: Trillas
- Caballo, E., Buela, C., Carrobes, A. (1995) **Manual de Psicopatología y Trastornos Psiquiátricos**. Vol. 1. México: Madrid: Siglo XXI.
- **Código Penal para el Distrito Federal**. (2000) Ed. SISTA
- CONADIC (2000) **¿Qué es el alcohol?** Folleto informativo
- Celis, C., Medal, S., Molina, P. (1984) **El Alcoholismo en México Historia y Legislación**: Fundación de Investigaciones Sociales.
- **DSM IV**, (1995). Masson, S. A.
- **Encuesta Nacional de Adicciones** (1993) Secretaría de Salud. Tomo I.
- **Encuesta Nacional de Adicciones** (1998) Secretaría de Salud.
- Elzo, I. J. (1994) **Alcoholismo Juvenil**: Reflexiones y sugerencias ante una realidad contrastada. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Galanter, M., Cléber, H. (1997) **Tratamiento de los Trastornos por Abuso de Sustancias**. Ed. Masson, Barcelona.
- Gradillas, R. V. (2001) **Los Problemas del Alcohol**. Archidona: Aljibe. Arauca. Temas del nuevo siglo.
- Graña, G. J. (1994) **Conductas Adictivas. Teoría, Evaluación y Tratamiento**. Ed. Debate
- Griffith, E. (1997) **Alcohol y Salud Pública**. Barcelona: Prous Science.

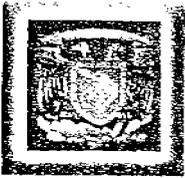
- Herrans, L. L. (2000) **Psicología y Medición**. Ed. Mc Graw-Hill. México
- INEGI. (1998) **Principales causas de mortalidad en la población mexicana**
- Jellinek, E. M. (1960) **The Disease Concept of Alcoholism**. Hillhouse Press. New Brunswick. PASSIM
- Keller, M. (1958) **The Alcohol Language**. Toronto: University
- Laje, A. (1970) **Homicidios Calificados**. Argentina: Deplma
- **Las Adicciones y las Disfunciones en la Familia (1998) Escuela para Padres**. México: Trillas
- Lorenzo, P., Ladero, J., Leza, J. (1998) **Drogodependencia: Farmacología, Patología, Psicología, Legislación**. Editorial Médica Panamericana. España.
- Neuman, E. (1994) **Victimología y Control Social**. Ed. Universidad. Buenos Aires
- North, R., Orange, R. (1991) **El Alcoholismo en la Juventud**. México: Concepto
- Osorio y N. (1991) **El homicidio**. México: Porrúa
- Portella, E. (1998) **El Alcohol y su Abuso: Impacto Socioeconómico**. Madrid: Médica Panamericana.
- Ridruejo, A. (1996) **Psicología médica**

- Rosovsky, H., Casanova, L., Gutiérrez, R., González, L. (1994) **Los accidentes y la violencia en México: El consumo del alcohol como factor de riesgo**. Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría, p. p. 61-64
- Rosovsky, H. (2000) **Modelos conceptuales y política del alcohol**. En: Políticas de Moderación en el consumo de Bebidas con Alcohol. Cuadernos FISAC. Año I. Vol. 1. Núm. 4.
- Secades, V. R. (1995) **El Alcoholismo Juvenil: Prevención y Tratamiento**. Madrid: Pirámide.
- Secretaría de Salud, Consejo Nacional contra las Adicciones (2000). **Programa contra el Alcoholismo y abuso de Bebidas Alcohólicas**.
- Stimmel, B. (2002) **Alcoholism, Drug Addiction, and the road to recovery: Life on the Edge**. New York: Haworth Medical
- Tapia, C. R. (1994) **Las Adicciones: Dimensión, Impacto y Perspectivas**. México: Manual Moderno.
- Sykes, G. M. (1961) **El crimen y la sociedad**. Buenos Aires: Paidós
- Velasco, F. R. (1988) **Alcoholismo: Visión Integral**. México: Trillas
- Velasco, F. R. (1997) **Las Adicciones: Manual para Maestros y Padres**. México: Trillas.
- Vega, F. A. (1998) **Como educar sobre el alcohol en las escuelas**. Salamanca: Amaru.

ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Se esta llevando una investigación con personas que beben con cierta frecuencia y que los ha llevado a cometer algún delito. Con los resultados que obtengamos sugeriremos alguna forma de prevención de los ilícitos, por lo que le pedimos que conteste este cuestionario de la manera más honesta posible.

Los datos que nos proporcione serán usados con fines estadísticos, por lo que vera usted que no pedimos su nombre, solo algunos otros datos de usted.

INSTRUCCIONES

Lea cuidadosamente las siguientes preguntas y anote en su hoja de respuestas la letra que más describa su situación. Es importante señalar **que no existen respuestas buenas ni malas**, por lo que le pedimos ser lo más sincero que pueda.

Empezaremos preguntándole sobre usted y su familia en el último período(6 meses) antes de que ingresara a esta institución.

1. Considera la relación familiar en este último periodo como:
 - a) Buena
 - b) mala
 - c) regular
2. Tenia usted empleo antes de entrar a esta institución?
 - a) si
 - b) no
3. ¿A que edad empezó usted a beber?
4. ¿Cuáles son las situaciones por las cuales usted bebía?
 - a) fiestas familiares
 - b) convivios de trabajo
 - c) con amigos en la calle
 - d) en la casa a la hora de la comida
 - e) otros
5. Cuando estaba en estado de ebriedad:
 - a) reía
 - b) agredía
 - c) era callado
 - d) lloraba
 - e) era más abierto
 - f) otro
6. La comunicación con los hijos era:
 - a) buena
 - b) mala
7. ¿ A que se dedicaba usted antes de entrar a esta institución?
8. ¿Cuándo tenía alguna decepción amorosa o problemas con su pareja, recurría usted al alcohol?
 - a) si
 - b) no
9. ¿Tomaba por el temor a la desaprobación de amigos o compañeros de trabajo?
 - a) si
 - b) no
10. ¿Su forma de consumir alcohol lo había llevado ya anteriormente a problemas legales?
 - a) si
 - b) no
11. La comunicación con la esposa era:
 - a) buena
 - b) mala
 - c) regular

12. ¿Tenía problemas en su trabajo por el abuso del alcohol?
a) si
b) no
13. ¿Cuándo se sentía nervioso bebía?
a) si
b) no
14. En que ocasiones usted no quería beber, pero determinadas situaciones sociales lo obligaban. Diga cuales son estas situaciones
15. ¿Cuándo usted bebía se volvía más firme y seguro de si mismo?
a) si
b) no
16. La relación con sus padres era:
a) buena
b) regular
c) mala
17. Los problemas que más comúnmente tenía usted en su trabajo eran:
a) ausentismo
b) con sus compañeros
c) con sus jefes
d) legales
e) otros
18. ¿Tomaba por que el alcohol lo hacía sentir más hombre?
a) si
b) no
19. ¿Se sentía incomodo al rechazar una copa?
a) sí
b) no
20. ¿Cuándo tomaba se veía involucrado en riñas callejeras?
a) sí
b) no
21. La relación con sus hermanos era:
a) buena
b) mala
c) regular
22. ¿Cuándo usted se encontraba en horas de trabajo bebía?
a) si
b) no
23. ¿Tomaba porque el alcohol lo hacía sentir con mayor madurez?
a) si
b) no
24. ¿Conseguía prestigio con el consumo del alcohol?
a) si
b) no

25. ¿Podría darme una breve explicación del problema que lo trajo a este lugar?
¿ Como, y en que circunstancias ocurrieron las cosas?
26. Antes de entrar a esta institución, usted pasaba la mayor parte del tiempo con....
- a) familia
 - b) padres
 - c) compañeros de trabajo
 - d) amigos
 - e) otro
27. ¿Descuidaba la situación económica de su familia o se veía afectada por la bebida?
- a) sí
 - b) no
28. ¿Tomaba porque se daba valor para enfrentarse a alguien?
- a) sí
 - b) no
29. ¿Era usted aceptado cuando bebía?
- a) sí
 - b) no
30. ¿El problema por el cual usted esta en este lugar, tuvo que ver con el consumo excesivo de alcohol?
- a) sí
 - b) no
31. Las personas con las que más frecuentemente bebía eran:
- a) familia
 - b) compañeros de trabajo
 - c) amigos
 - d) compadres
 - e) otro
32. ¿Cuándo tenía problemas económicos, usted recurría al consumo del alcohol?
- a) sí
 - b) no
33. ¿Cómo consideraba su comportamiento antes de ingresar a esta institución?
- a) normal
 - b) anormal
34. ¿Cuándo tenía problemas en su familia, su mejor salida era la bebida?
- a) sí
 - b) no
35. ¿Dependía económicamente de alguien para su subsistencia?
- a) sí
 - b) no
36. ¿Hace cuanto tiempo que sucedió el problema?
37. ¿Que tipo de problemas tenía usted con su familia debido a su forma de beber?
- a) económicos
 - b) emocionales
 - c) legales
 - d) otros

38. ¿A que se dedica / dedicó su padre?
- a) profesionista
 - b) trabajador-obrero
 - c) empleado
 - d) comerciante u oficio
 - e) otro
39. ¿ Como se sintió después de haber sucedido problema que lo trajo a este lugar
- a) se deprimió
 - b) se arrepintió y se preocupó por ello
 - c) sintió remordimiento
 - d) se sintió indiferente
40. ¿En la perdida de algún familiar cercano recurría al alcohol?
- a) si
 - b) no
41. ¿A que se dedica su esposa?
- a) profesionista
 - b) empleada
 - c) obrera
 - d) ama de casa
 - e) otro
42. ¿Había perdido a algún miembro de la familia por su forma de beber?
- a) si
 - b) no

SECCIÓN B. INSTRUCCIONES

Recuerde que todas las preguntas se refieren a los últimos 6 meses, antes de que entrara a esta institución

1. ¿Se encontraba deprimido o bajo de espíritu?
 - a) sí
 - b) no
2. ¿Se aislaba de la gente?
 - a) sí
 - b) no
3. ¿Tenía problemas para recordar cosas cotidianas?
 - a) sí
 - b) no
4. ¿Tendió a tener muy poca actividad?
 - a) sí
 - b) no
5. ¿Se aferró a alguien o seguía a alguien a donde fuera?
 - a) sí
 - b) no
6. ¿Le resultaba difícil el tomar una decisión?
 - a) sí
 - b) no
7. ¿Todos los eventos cotidianos le preocupaban?
 - a) sí
 - b) no
8. ¿Presentaba usted algunos temores poco comunes?
 - a) sí
 - b) no
9. ¿Era muy exigente con respecto a hacer las cosas en una forma particular?
 - a) sí
 - b) no
10. ¿Expreso alguna idea extraña o poco común?
 - a) sí
 - b) no
11. ¿Estaba excesivamente alegre, agitado o excitado?
 - a) sí
 - b) no
12. ¿Discutía constantemente con personas o con algún miembro de su familia?
 - a) sí
 - b) no
13. ¿Se sentía solo?
 - a) sí
 - b) no

14. Usted ingería bebidas embriagantes:
- a) cada quince días
 - b) cada semana
 - c) dos veces a la semana
 - d) diario
 - e) otro
15. ¿Descuidaba su imagen personal?
- a) sí
 - b) no
16. ¿Lloraba?
- a) sí
 - b) no
17. ¿Casi no platicaba?
- a) sí
 - b) no
18. ¿Olvidaba donde ponía cosas cotidianas tales como llaves o dinero?
- a) sí
 - b) no
19. ¿Permaneció sentado sin moverse en un lugar y por un largo período de tiempo?
- a) sí
 - b) no
20. ¿Se resistía a quedarse solo?
- a) sí
 - b) no
21. ¿Tendía a evitar el decidir sobre cosas?
- a) sí
 - b) no
22. ¿Le preocupaba el hecho de salir y encontrarse con sus amigos?
- a) sí
 - b) no
23. ¿Temía el salir fuera?
- a) sí
 - b) no
24. ¿Tenía usted una rutina para hacer las cosas, siempre en una forma determinada?
- a) sí
 - b) no
25. ¿Señaló que la gente estaba en su contra o que hablaban de usted?
- a) sí
 - b) no
26. ¿Era ruidoso o gritaba demasiado?
- a) sí
 - b) no
27. ¿En algunas discusiones usted utilizaba gritos o insultos?
- a) sí
 - b) no

28. ¿ Se sentía rechazado por los demás?
a) sí
b) no
29. La bebida que más consumía usted era:
30. ¿Dejaba de ir al trabajo o cumplir responsabilidades?
a) sí
b) no
31. ¿Se comportaba en forma solemne y no sonreía?
a) sí
b) no
32. ¿ Respondía cuando alguien le hablaba?
a) sí
b) no
33. ¿Olvidaba haber hecho cosas que podrían provocar daño (si contesta sí diga cuales)
a) sí
b) no
34. ¿Pasaba la mayor parte del tiempo sin hacer nada?
a) sí
b) no
35. ¿Se resistía a quedarse solo aún durante periodos breves?
a) sí
b) no
36. ¿Tenía problemas para decidir que ponerse?
a) sí
b) no
37. ¿Le parecían extremadamente preocupantes los eventos simples de su trabajo?
a) sí
b) no
38. ¿Temía el estar en un espacio cerrado?
a) sí
b) no
39. ¿Se la pasaba checando que ciertas cosas se hicieran, por ejemplo, que se cerrarán las puertas con llave?
a) sí
b) no
40. ¿Acusaba a la gente de hablar de usted?
a) sí
b) no
41. ¿Hablabla incesantemente?
a) sí
b) no
42. ¿En discusiones llegaba a los golpes y a la agresión física?
a) sí
b) no

43. ¿Sentía que no valía la pena vivir?
- a) sí
 - b) no
44. La cantidad de bebida que usted ingería regularmente era:
- a) de una a dos copas
 - b) de tres a cinco copas
 - c) toda la botella
 - d) más de una botella
 - e) otro
45. ¿Se arreglaba cuando tomaba?
- a) sí
 - b) no
46. ¿Respondía a los intentos de las personas que lo animaban?
- a) sí
 - b) no
47. ¿Se rehusaba a conocer a las personas?
- a) sí
 - b) no
48. ¿Olvidaba su camino de regreso a casa?
- a) sí
 - b) no
49. ¿Se unía a alguna actividad cuando se le invitaba?
- a) sí
 - b) no
50. ¿Cuándo se quedaba solo la forma de bajar su angustia era bebiendo?
- a) sí
 - b) no
51. ¿Tenía problemas para decidir entre salir o quedarse en casa?
- a) sí
 - b) no
52. ¿Le preocupaba el que algo terrible le fuera a pasar a usted o a otros?
- a) sí
 - b) no
53. ¿Estaba a menudo temeroso de animales o insectos?
- a) sí
 - b) no
54. ¿Repetía usted cosas una y otra vez, ejemplo, lavarse las manos?
- a) sí
 - b) no
55. ¿Estaba irracionalmente celoso de usted o de alguien más?
- a) sí
 - b) no
56. ¿Era inquieto, incapaz de estar sentado durante mucho tiempo?
- a) sí
 - b) no

57. ¿Le pegaba a algún miembro de su familia por no obedecer?
- a) si
 - b) no
58. ¿Pensaba que no le importaba a nadie?
- a) si
 - b) no
59. La forma en que usted tomaba una copa era
- a) saboreándola
 - b) dejando pasas unos minutos entre copa y copa
 - c) de dos o tres tragos
 - d) de un solo trago
 - e) otro
60. ¿Se mantenía más de dos días con la misma ropa?
- a) si
 - b) no
61. ¿Dijo que no valía la pena vivir?
- a) si
 - b) no
62. ¿Cuándo tomaba lo hacía solo?
- a) si
 - b) no
63. ¿Al otro día de una borrachera recordaba usted lo que había hecho?
- a) si
 - b) no
64. ¿Al sentirse aburrido prefería ponerse a beber la mayor parte del tiempo?
- a) si
 - b) no
65. ¿Estaba tan indeciso sobre el que hacer que prefería no hacer las cosas?
- a) si
 - b) no
66. ¿Siempre se preocupó por estas dificultades?
- a) si
 - b) no
67. ¿Estaba tan asustado que evitaba salir?
- a) si
 - b) no
68. ¿Era incapaz de hacer otras cosas debido a estas conductas?
- a) si
 - b) no
69. ¿Dijo alguna vez que había escuchado voces o visto cosas que de hecho no estaban presentes?
- a) si
 - b) no

70. ¿Se levantaba por las noches y se ponía a hacer cosas que por lo general constituyen actividades de día? Ejemplo, limpiar la casa
- a) sí
 - b) no
71. ¿En alguna discusión llego a pensar en matar para la solución del problema?
- a) sí
 - b) no
72. ¿Sentía que el mundo sería igual si usted no estuviera?
- a) sí
 - b) no
73. ¿Ingería alcohol en momentos y situaciones escogidas?
- a) sí
 - b) no
74. ¿Dejaba de bañarse por más de dos días?
- a) sí
 - b) no
75. ¿Había tenido algún fracaso en su vida que lo llevaran al consumo del alcohol?
- a) sí
 - b) no
76. ¿Debido a la indecisión prefería beber para no tomar decisiones?
- a) sí
 - b) no
77. ¿Trato de evitar que otros hicieran cosas por que le preocupaba que algo malo les fuera a pasar?
- a) sí
 - b) no
78. ¿Por algunos temores tenía que estar bebiendo frecuentemente?
- a) sí
 - b) no
79. ¿Pensaba que tenía una enfermedad física seria de la cual no existía una buena evidencia?
- a) sí
 - b) no
80. ¿Si intentaban persuadirlo de dejar de ser tan activo, respondía a sus esfuerzos?
- a) sí
 - b) no
81. ¿Cuándo llegaba a la embriaguez le daba por insultar a la gente sin motivo aparente?
- a) sí
 - b) no
82. ¿ Llegó a pensar en suicidarse?
- a) sí
 - b) no
83. ¿Mezclaba sus bebidas?
- a) sí
 - b) no

84. ¿Una forma de apaciguar la preocupación era bebiendo?
a) sí
b) no
85. ¿Estaba totalmente preocupado por que sus ideas eran raras o poco comunes?
a) sí
b) no
86. ¿Los vecinos se quejaban de su conducta violenta cuando tomaba?
a) sí
b)no
87. ¿ Intento suicidarse?
a) sí
b) no
88. ¿En reuniones o fiestas familiares usted tomaba hasta emborracharse?
a) sí
b) no
89. ¿Estaba de hecho, totalmente fuera de la realidad?
a) sí
b) no
90. ¿Se sentía harto de la vida y su salida era la bebida?
a) sí
b) no
91. ¿Cuándo se encontraba en una fiesta o reunión lejos de su casa y tenía que conducir bebía?
a) sí
b) no
92. ¿Manejaba en estado de ebriedad?
a) sí
b) no
93. ¿Cuándo se terminaba una botella sabía usted siendo la hora que fuese por conseguir más bebida?
a) sí
b) no
94. ¿Ha tenido algún tipo de problema automovilístico a causa del consumo del alcohol?
a) sí
b) no
95. ¿Bebía usted en momentos no muy adecuados, por ejemplo sepelios o fiestas infantiles?
a) sí
b) no
96. ¿Se sentía incapaz de controlar la bebida?
a) sí
b) no
97. Usted asistía a bares cantinas:
a) cada tres meses
b) cada mes
c) cada fin de semana
d) casi diario
e) otro

98. ¿Comía usted cuando tomaba?

- a) sí
- c) no

99. ¿Una forma de conseguir el bienestar de los problemas diarios era bebiendo?

- a) sí
- b) no

100. ¿Cuado quería usted beber y no había bebida presentaba temblores en las manos, sudores, etc?

- a) sí
- b) no

101. Una forma de combatir la resaca de un día después de la borrachera era:

102. ¿Mentía por el consumo del alcohol?

- a) sí
- b) no

HOJA DE RESPUESTAS

FECHA _____	EDAD _____
ESTADO CIVIL _____	ESCOLARIDAD _____
OCUPACIÓN _____	

INSTRUCCIONES

Lea cuidadosamente las preguntas del cuestionario y anote en el espacio en blanco la letra que más corresponde a su situación. Es importante señalar **no existen respuestas buenas ni malas**, por lo que le pedimos ser lo más sincero que pueda

PRIMERA PARTE

1	21	41
2	22	42
3	23	
4	24	
5	25	
6	26	
7	27	
8	28	
9	29	
10	30	
11	31	
12	32	
13	33	
14	34	
15	35	
16	36	
17	37	
18	38	
19	39	
20	40	

SEGUNDA PARTE

1	21	41	61	81	101
2	22	42	62	82	102
3	23	43	63	83	
4	24	44	64	84	
5	25	45	65	85	
6	26	46	66	86	
7	27	47	67	87	
8	28	48	68	88	
9	29	49	69	89	
10	30	50	70	90	
11	31	51	71	91	
12	32	52	72	92	
13	33	53	73	93	
14	34	54	74	94	
15	35	55	75	95	
16	36	56	76	96	
17	37	57	77	97	
18	38	58	78	98	
19	39	59	79	99	
20	40	60	80	100	

3	_____
7	_____
14	_____
25	_____
29	_____
33	_____
101	_____
36	_____