

19



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

ATRIBUCION CAUSAL EN PACIENTES DE SALA DE
URGENCIAS: SU RELACION CON EL ALCOHOL

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A
KARLA JANIRE AVILES GONZALEZ



DIRECTOR DE TESIS: DR. GUILHERME LUIZ GUIMARAES BORGES

MEXICO, D. F.

2002



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.

***Mamá, papá: esta tesis es por y para ustedes,
por la múltiples formas en las que me han querido.***

RECONOCIMIENTOS

Al Dr. Guilherme L. Guimaraes Borges, porque compartir conmigo este trabajo, por mantenerme cerca de él todo este tiempo, por escuchar y tratar de comprender mis ideas, por ayudarme a darles forma; por enseñarme que el amor a la familia, al trabajo y a los amigos pueden existir en una sólo persona; por su cariño, sus cuidados, sus comentarios, el café, los errores, el trabajo, la experiencia,... en fin.

A la Dra. Zuraya Monroy Nasr, a quien siempre encontré con una sonrisa, por esa forma tan sutil e inteligente de cuestionarme y ayudarme a aclarar las dudas, por las pláticas que se convertían en el postre de cada sesión, por compartir conmigo algo más que la tesis.

A la Dra. Ma. Emily R. Ito Sugiyama, por atreverse a dar y a exigir el todo o nada, por su integridad, su amor a la academia y a sus alumnos; por las clases, los comentarios y las críticas, por los "ánimo", "ya casi", "va bien", que en las despedidas siempre infundieron alegría.

A la Lic. Blanca E. Reguero Reza, porque al principio de esta carrera me abrió las puertas para conocer la psicología de una manera diferente, por buscar la otra cara de la moneda, por amar a la Universidad y preocuparse por sus alumnos, por seguir en el camino, por no olvidar.

A la Lic. Ma. Isabel Haro, por leerme, por su tiempo, su respeto, sus comentarios, por ayudarme a recorrer este último trecho.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, porque gracias a esa rara combinación de afectos, tradiciones y costumbres, crearon alegrías, esperanzas, miedos, ilusiones y tristezas. Los sueños que ahora transformo y mantengo en mi espacio. A mis hermanos, Iván y Emmanuel, por sus diferencias, por hacer los juegos tan divertidos, por terminar las peleas con un "pásame la sal", por los chistes, los refranes, las penas compartidas, por explorar la vida juntos.

A mi familia paterna, por hacerme comprender que ayudar no sólo significa compartir espacios. A mi abuelita, por la ternura y la fuerza para luchar contracorriente y seguir de pie, siempre procurándonos, y sobretodo, queriéndonos. A mi tía Naty, por sorprenderme con sus risas, su inocencia e inteligencia. A las dos por sus ganas de vivir. A mi tío Gil por cotorrearme, a Luis por el regreso de la escuela, a Alejandro (en la memoria) por los libros, a Joel por jugar, a Lupe por eso de ser la presidenta, a Lucy por cuidarme, a Lola por los silencios y a la tía Claus por las complicidades. A mis primos, en especial a Hugo y a Daniel por unir lazos rotos. A mi familia campechana, por las navidades tan cálidas y los veranos felices

A mis amigos, por que todos han compartido conmigo un cachito de su alma.

Shere, los regañones, las crisis, los secretos, los dilemas, los consejos, los miedos, las alegrías, todo eso que hemos condensado juntas, no se cómo agradecerlo, ni cómo describirlo.

Mónica, mi amiga, mezcla de ternura y paciencia, no siempre sabia (afortunadamente), con los sentimientos a flor de piel, por empujarme a abrir los míos y mirarlos sin vergüenza, por Oaxaca antes y después de los Sabinazos, por los cambios, los llantos, los porqués, las despedidas, gracias por caminar juntas y al mismo ritmo.

Valentín, Chino, que grato fue encontrarme con ese lado masculino tan sensible, que pone en entredicho todos los esquemas de la amistad, que va más allá de ellos, que los rebasa y los encierra en un cariño casi infranqueable.

Federico, Benjamín y María Luisa, sin ustedes las noches después del trabajo no las habría disfrutado tanto, gracias por las interminables pláticas, los desayunos, el apoyo, los fines de semana, por hacerme sentir tan bien sin importar cómo, ni dónde.

Danú, Tania, Norma, Julieta, Jahir, gracias por algo más que la conciencia, por esto de compartir pasillos, cafés, risas, chismes, preocupaciones, duelos y soluciones.

A Liliana, por ayudarme y compartir conmigo esta investigación, por conocer tan bien su campo y estar dispuesta a mostrarlo, por esfumar las diferencias entre trabajo y amistad, por alumbrar mi estancia en el Instituto.

A Daniel por leerme, por su originalidad y transparencia, a Zulai por las nostalgias, a Yolo por hacer tan llevadera la chamba, a Judith por que con ella es fácil ver pasar el tiempo, a Alfonso (pollito) por las chispas de la vida, a Chey por quererme tan agresivamente, a Alex por lo explosivo, a César por las dispersiones, a Toño por las confidencias, a Dianita por contarme sus historias, a Nelly por jugar a las muñecas, a Taniecita por lo linda, a Iliana por ser auténtica, a Axa por modesto, a Jorge (Tri) por las referencias, a Jessica Villalpando por los últimos jalones, a Anita Carrasco por los encuentros y desencuentros, a Rocío y a Liz por las tardes contemplando la calle, a Güero, Paco, Alejandro y Cinthya por los juegos infantiles, a los amores perdidos.

A la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), por su diversidad, el humanismo, por las instalaciones, por las clases, por abrir espacios para aprender. A Luz Ma. Javiedes, David Velásquez, Pablo Fernández, Rodolfo Esparza, César Casasola, Angélica Campos, Adrián Medina y Pablo Valderrama, porque con sus clases me hicieron disfrutar cada semestre.

Al Instituto Nacional de Psiquiatría (INP), porque este trabajo se formo bajo su techo. A Memo, Lucy, Eugenia, Perla, por estar ahí, a Martha Romero, Fernando Wagner, Leticia Casanova y a Corina Benjet por enseñarme tantas cosas.

Al programa de Becas de Tesis de Licenciatura en proyectos de investigación (PROBETEL), por permitirme pensar sólo en mi tesis.

Habéis asistido a lo cotidiano, a lo que sucede cada día.

Pero os declaramos:

Aquello que no es raro, encontradlo extraño.

Lo que es habitual, halladlo inexplicable.

Que lo común os asombre.

Que la regla os parezca un abuso.

Y allí donde deis con el abuso

Ponedle remedio.

B. Brecht. (en: Heller, 1977).

ÍNDICE

Resumen.....	X.
Introducción.....	XII.
Capítulo 1. Teorías de la atribución causal.	
1.1 Antecedentes filosóficos y psicológicos	1.
1.2 La Atribución Causal y su fundador: Fritz Heider	12.
1.3 Desarrollo posterior.....	25.
1.4 Perspectivas: el cambio de creencias a través de la atribución o... el cambio de atribución a través de las creencias.....	39.
Capítulo 2. ¿Alcoholismo en México?.	
2.1 Breve historia del consumo de alcohol en México	46.
❖ Época Prehispánica	47.
❖ La Colonia.....	48.
❖ México Independiente.....	52.
❖ El México actual.....	53.
2.2 La vida cotidiana y el consumo de alcohol.....	55.
❖ Hidalgo.....	60.
❖ Distrito Federal.....	61.
❖ Dimensión del problema: Consecuencias en salud y costos sociales.....	63.
❖ Estudios epidemiológicos y transculturales.....	65.

Capítulo 3. Retomando la historia... atribución causal al consumo de alcohol.

3.1 Las atribuciones causales expresadas a través del lenguaje.....	68.
3.2 Estudios sobre atribución causal en México y el mundo: generalidades y actualidades.....	69.
3.3 Atribución causal de pacientes en Sala de Urgencias como resultado de las atribuciones en la vida cotidiana.....	74.

Capítulo 4. La investigación aplicada.

4.1 Objetivo y justificación.....	82.
4.2. Método.....	83.
❖ Hipótesis plateadas.....	83.
❖ Variables estudiadas.....	83.
❖ Muestra	86.
❖ Instrumentos	87.
❖ Procedimiento.....	89.
❖ Análisis de la información	90.

Capítulo 5. Análisis de Resultados.

5.1 Pacientes entrevistados en Sala de Urgencias de la clínica 32 (1ª Fase).....	91.
❖ Atribución causal de pacientes.....	92.
5.2 Seguimiento (2ª Fase).....	93.
❖ Atribución causal, de responsabilidad	94.
❖ Comparación del consumo de alcohol.....	95.
❖ Análisis de significado.....	96.

Capítulo 6. Discusión y Conclusiones	99.
Referencias	104.
Anexo 1.	
Entrevistas.....	117.
Anexo 2.	
Resultados.....	159.

RESUMEN

La tesis que se presenta, forma parte de un estudio piloto realizado en la sala de urgencias de un hospital general del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Se examinaron las diferentes posturas acerca de las atribuciones causales. Se encontró que para aproximarnos al pensamiento del "psicólogo ingenuo" (como lo llamó Heider, 1944), las atribuciones son una herramienta bastante funcional, porque permiten conocer la forma en que las personas conocen e interpretan su entorno. Dicho conocimiento no solamente se construye a partir de procesos cognoscitivos; la sociedad, su memoria, su espacio de vida y el lenguaje que lo rodea también están presentes e influyen al realizar atribuciones. Por eso, este estudio se enfocó en los significados que la sociedad crea y comparte con respecto a un problema de serias consecuencias para la sociedad: el consumo de alcohol.

El consumo de alcohol ha estado presente en nuestra cultura de diversas maneras y, desde hace siglos, se ha relacionado con graves problemas tanto para el consumidor como para las personas que lo circundan. Sin embargo, este riesgo pocas veces está contemplado en la cotidianidad. Así lo demostró esta investigación realizada en la sala de urgencias de la Clínica 32 del IMSS, la cual utilizó un cuestionario cara a cara, que exploró aspectos sociodemográficos y consumo de alcohol, además de utilizar un aparato para estimar el nivel de alcohol en sangre de los pacientes entrevistados. Se contactaron 278 pacientes, de los cuales aceptaron participar 235 (84.5%). Centramos nuestra atención en los consumidores en riesgo (17.4%), en los pacientes que bebieron 6 horas antes de su accidente o enfermedad (8.1%) y en los pacientes con consumo riesgoso y no riesgoso que aceptaron participar con el seguimiento (n=35). Encontramos que, 68.4% de las personas que bebieron 6 horas antes del accidente o enfermedad dijeron que no habría sucedido de no haber bebido (n=19), las mujeres fueron las que menos bebieron antes del evento y las que más atribuyeron dicho evento a su consumo. No existieron diferencias entre el consumo riesgoso y no riesgoso en la atribución causal ($p=0.421$), de responsabilidad ($p=0.223$) y de cambio en el

evento ($p=0.338$). Encontramos cambios estadísticamente significativos en las lesiones ($p=0.003$) y en los problemas asociados al consumo de alcohol ($p=0.043$) de los consumidores riesgosos 3 meses después de ocurrido el evento. El análisis de significado, indicó que las personas se observaron como agentes pasivos en su accidente o enfermedad, independientemente del tipo de consumo que presentaron. También demostró que los pacientes que bebieron 6 horas antes del evento no cambiaron su atribución tres meses después de él y no mencionaron su consumo de alcohol como causa principal de su accidente o enfermedad.

Finalmente, las atribuciones que los pacientes realizaron hacia su consumo de alcohol no incluyeron los riesgos que implica ingerirlo, debido, probablemente, a que los significados relacionados con su consumo, raras veces contemplan las consecuencias que pueden desencadenar ingerir bebidas embriagantes. Si a esto agregamos que, en nuestra cultura, los medios de control hacia dicho consumo sólo se encargan de regular quienes puede beber, según criterios de edad o género, los límites en el consumo se reducen a que las mujeres y los menores de edad son los que menos autorización tienen para consumir alcohol, mientras que los hombres, bajo –casi- cualquier circunstancia, pueden acceder a él sin ser “mal vistos”. Sin embargo, los significados y las formas de control social no son inamovibles, a través de la reflexión se puede impulsar un cambio en ellos y en el consumo habitual de alcohol, tanto a nivel social como individual. Por tanto, es necesario que las prácticas cambien para que, también los significados asociados a su consumo se transformen, logrando un descenso en la ingesta habitual de alcohol y las consecuencias que conlleva.

Descriptores: Atribución causal, significado, consumo de alcohol, consumo riesgoso, sociedad, lenguaje.

INTRODUCCIÓN

La tesis que desarrollamos, se basó en el contexto de un estudio piloto realizado en un hospital general del IMSS, y pretende comprender las atribuciones causales al consumo de alcohol que los pacientes en Sala de Urgencias (SU) realizan como consecuencia de un accidente o enfermedad. Para poder estudiarlas, se hizo una revisión de los antecedentes filosóficos y psicológicos que propiciaron la formación de esta teoría, porque puede abordarse desde diferentes perspectivas.

Históricamente y a grandes rasgos, para comprender la noción de causalidad partimos del pensamiento moderno del siglo XVII. Iniciamos la revisión con Descartes como representante del pensamiento racional, pasando por el innatismo y las relaciones causales como resultado de la asociación de ideas propuesta por Hume en el siglo XVIII, así como los juicios kantianos para darle sentido a las causas. En el siglo XIX encontramos las formas de la Gestalt, y ya en el siglo XX, las interconexiones causales y el principio de contemporaneidad de Lewin. Finalmente, ubicamos a Heider, quien recoge estas ideas para formular que... *"las atribuciones causales pueden reflejar el pensamiento del psicólogo naïve"* (1944, 1967). Posteriormente, algunos investigadores retomaron los estudios de Heider e intentaron perfeccionar la teoría desde la perspectiva sociocognoscitivista (Jones y Davis, 1965; Kelley 1973 y Tajfel, 1982). Otros tantos las han estudiado desde los significados creados y recreados en la sociedad, que se reflejan en el lenguaje de las personas (Nisbet, 1979; Hewstone, 1992, 1993; Kruglansky, 1988; Ibáñez, 1994).

Siguiendo esta última orientación, nuestro estudio abarcó la historia del consumo de alcohol en México, a partir de la época prehispánica hasta la actualidad, entrelazando los significados, la manera de beber alcohol y sus secuelas. Con ello contextualizamos los patrones de consumo de alcohol y los costos sociales, encontrados como consecuencia de los significados atribuidos a dicho consumo en la vida cotidiana actual. Nos referimos también a estudios que indican la gran influencia de la cultura, sobre las relaciones que establecen las

personas entre su consumo de alcohol y las consecuencias de éste (Cherpitel, 1993, 1996, 1998; Cherpitel y Borges 2002; Room, 2000 y Kelly, 1997).

El trabajo de campo de este estudio, se desarrolló en un hospital general del IMSS e investigó aspectos sociodemográficos, consumo habitual de alcohol y atribución causal de los pacientes que ingresaron a Sala de Urgencias y aceptaron participar con la entrevista. Los resultados que encontramos hablan de la importancia de los significados en las atribuciones al consumo de alcohol de los pacientes que asistieron a SU, los cuales serán expuestos en los capítulos correspondientes según las perspectivas teóricas revisadas.

1. Teorías sobre atribución causal.

1.1 Antecedentes filosóficos y psicológicos.

“Lo que perturba y alarma al hombre –dice Epicteto-, no son las cosas sino sus opiniones y figuraciones sobre las cosas. (Cassirer, 1982, 48).

Para iniciar con el tema, queremos traer a cuento un fragmento que Cassirer retoma de Herder quien, en 1772, pone énfasis en la reflexión, como la capacidad humana para explicar la naturaleza del lenguaje, pues permite *destacar de toda la masa indiscriminada del curso de los fenómenos sensibles fluyentes ciertos elementos fijos, al efecto de aislarlos y concentrar la atención sobre ellos.* (Cassirer 1982, p. 68). Con esta idea, enmarcada dentro de la tradición occidental, concentramos la atención en cómo las personas buscan explicaciones para darle un sentido a su vida, ya sea mediante el uso de la palabra o con cualquier otro símbolo. Lo relevante es que el sujeto se ocupa de darle significado a su vida y para ello utiliza símbolos, que se manifiestan -en este caso- como atribuciones.

Quizá el más importante exponente en las teorías de la atribución causal es Fritz Heider (1896) pues es el primero que se encarga de estudiarla a fondo. Pero, antes de comenzar con su teoría, vale la pena revisar algunos autores que influyeron sobre su pensamiento dentro de la filosofía y la psicología. Para abarcarlos a todos podríamos remitirnos hasta los griegos. Sin embargo, lo que nos interesa es mencionar las principales fuentes de conocimiento que lo rodearon como Descartes, Hume, Kant, la Gestalt y Lewin, porque es ahí donde se encuentran las bases que sostienen esta teoría.

En la modernidad, Descartes jugó un rol preponderante porque fundamentó, a través de la nueva ciencia, el papel de la mente humana en el conocimiento. Él es quién le otorga un lugar privilegiado a la razón para encontrar la certeza, sin hacer a un lado la importancia de la experiencia como método de conocimiento. Con ello, surge el pensamiento “científico racional” que busca las causas de un objeto

a través del uso de la razón, porque considera a los objetos como externos e independientes al ser humano (Monroy, 1989).¹

Este pensamiento es cuestionado por David Hume (1711-1776) quien, en la época de la ilustración, con su *Tratado de la Naturaleza Humana*, intenta aplicar los métodos experimentales newtonianos para explicar el análisis de la experiencia humana, porque considera que el estudio del hombre es lo que permite identificar y resolver el problema del conocimiento.² Hume, como Locke, plantea la esfera psicológica como área de conocimiento pues, niega la existencia de ideas innatas y coloca la formación de éstas mediante tres leyes de asociación: semejanza-desemejanza, contigüidad en el espacio y el tiempo, y por último, relación causa y efecto. En *La asociación de las ideas*, Hume presta principal importancia a la tercera ley, abordándola de manera empírica puesto que, para él, es la forma de tornar inteligible la realidad.

Este planteamiento da pie a desarrollar el principio de causalidad -que ya había sido pregonado, en la modernidad, por Descartes-, pues supone que todo lo que existe debe tener una causa; con esto se fundamenta aún más, el pensamiento científico-racional, que busca las conexiones causa y efecto para comprender los fenómenos o eventos con el fin de predecirlos y controlarlos (aunque muchas veces cae en la pretendida causalidad que trata de encontrar la causa exacta para el efecto exacto). Esto da razón de ser al pensamiento científico que prevalece en nuestros días, pero sin lugar a dudas, no sólo los científicos buscan explicar y comprender el mundo en el que habitan; también la gente común lo hace, y con ello, interpreta su mundo en términos de causa-efecto para establecer pautas para actuar.

¹ Descartes, personaje de enorme trascendencia en el pensamiento occidental, perteneció a la comunidad iluminista del siglo XVII, quien se encargó de transformar la ciencia aristotélica para estudiar el mundo según principios universales al margen de las "sensaciones" (Velásquez, 1993). La metafísica de Descartes necesitó una fundamentación epistemológica y ontológica, para demostrar que el conocimiento físico del mundo es verdadero y válido, ya sea a través de la intuición o la deducción. Es en esta última, donde aparece la idea de causalidad, cuando se usa la memoria para encontrar un continuo trazado por una secuencia de causas a través del uso de la razón pues, se considera la mejor vía para alcanzar la certeza (Monroy, 1989, p. 71). Sin las aportaciones de Descartes sobre epistemología y ontología, la concepción y desarrollo de la ciencia moderna y de la psicología serían muy diferentes.

² Sobre el pensamiento de Hume, Hulburt (1965) hace una extensa investigación que retoma el análisis de la causalidad desde el planteamiento teológico y teleológico. Por otra parte, Romero desarrolla una interesante exposición sobre el pensamiento causal de David Hume en la introducción a la obra (Hume, 1945).

Al respecto, Hume aclara que *las supuestas conexiones entre causas y efectos yacen simplemente en nosotros mismos (y) no consisten en otra cosa que en la determinación de la mente, adquirida por la costumbre,*³ con esta afirmación, Hume abre camino para tratar las causas más como explicaciones al alcance de las personas, que como acciones externas a las fuerzas del individuo. Esta propuesta es muy importante porque encuentra una vía alterna para el conocimiento de la causalidad como algo que sucede en la mente humana y que propicia el surgimiento de la psicología. Más tarde, el pensamiento de Hume influye en Heider cuando se ocupa de las atribuciones causales del *científico ingenuo*, para explicar formas de vida cotidianas.

La duda de Hume se aplica a la metafísica, relacionándola con la asociación de ideas o representaciones (que concierne a lo psicológico). Para él, la causalidad es una asociación de ideas, son representaciones de dos o más ideas que pueden unirse, no por relaciones fácticas, sino por la causalidad que los individuos incorporan a un evento como efecto de otro, según sus creencias (Fischer, 1979). Además, Hume nos brinda la oportunidad de identificar la existencia de la alteridad y la historia como parte de la creación y desarrollo de la sociedad y el individuo, sin dejar de considerar reales a las pasiones y acciones humanas, que no pueden ser evaluadas en términos de falsedad o verdad, pero que más adelante se les dará el crédito de válidas.

Las reflexiones desplegadas por Hume influyen sobremanera en el pensamiento kantiano (1724-1804), pues abren camino a su *teoría crítica* y a sus conceptos de substancia y causalidad. Sin embargo, Kant aborda el tema de la experiencia como ciencia diferenciándola de la metafísica, pues para él, se encargan de diferentes campos, y deduce que existe una psicología racional y otra empírica, la cual cambia constantemente (Fischer, 1979). Cuando escribe su *Crítica a la razón práctica* toma una perspectiva diferente a la empirista ya que como se mencionó, Hume propone que la ciencia está basada, en gran parte, en las creencias o fe del

³ Citado por Jiménez (1997, p.24) en un recuento que realiza sobre las personas más influyentes en la creación del pensamiento, ya sea científico, retórico o dialéctico.

individuo mientras que Kánt plantea que puede existir una ciencia estricta y universal (Hirsch-Berger, 1968).

En la *Crítica de la razón pura* (1781), Kant intentó discernir entre lo que es y no es conocimiento; para encontrarlo, se necesita querer conocer algo nuevo de la realidad no solamente lo ya contenido en el sujeto, es decir, se buscan juicios sintéticos, juicios basados en la experiencia. Además de este tipo de juicios, se debe considerar su creencia de que nosotros somos quienes, por medio de los conceptos puros del entendimiento, condicionamos el conocimiento empírico, pues son estos los que brindan la idea de un mundo de objetos al cual corresponden las impresiones recibidas a través de la sensibilidad (cf. Stepanenko 2000, pp. 13). Esta frase puede ejemplificar bastante bien dicha idea: *"hasta ahora se admitió que todo nuestro conocimiento debía regirse por los objetos... hagamos por una vez la prueba de si no adelantaremos más en asuntos de metafísica admitiendo que los objetos deben regirse por nuestro conocimiento"* (Hirsch-Berger, 1968, p.152), con esto transforma el método tradicional de conocimiento, porque pone a los objetos como posibles gracias a la intuición humana sumada al pensamiento, lo cual resulta en formación de conceptos y juicios.

Para Kant, el conocimiento surge de la facultad de recibir representaciones y organizarlas mediante el pensamiento, con esto formula doce categorías de unidad, en éstas se encuentra la de causalidad y dependencia (causa y efecto) que es la que nos interesa. Dichas categorías siempre dependerán de la experiencia sensible porque sin ella no existiría sujeto que les diera sentido.⁴ Esta idea permitió a Heider -y a nuestro análisis- suponer que el conocimiento causal, tanto científico como cotidiano depende, especialmente, de las pautas que brinde la experiencia para organizar una serie de sensaciones orientadas a un fin. Un paso más adelante en su teoría crítica se da cuando habla de las ideas en su *Dialéctica trascendental*, según Kant (1979), para poder trascender en el conocimiento, es necesario cuestionar los dogmas; conocer sus postulados para poder debatirlos o afirmarlos a través de la crítica. Es trascendental aquello que es

⁴ Este planteamiento está sustentado en la estética trascendental kantiana en donde justifica la doctrina de la percepción sensible, pues los objetos despiertan sensaciones que son ordenados según las formas espaciales y temporales que nos rigen (Hirsch-Berger, 1968).

anterior al conocimiento y, posteriormente es objeto de conocimiento. Aquí se expone la idea como unidad constituida después de pasar por la experiencia o intuición que es explicada por la inteligencia y condensada en la razón, con esto hace hincapié en la importancia de la experiencia sensible para poder comprender y explicar los fenómenos. Este caso podríamos llevarlo a la esfera de la vida cotidiana o explicaciones causales que más adelante retomará Heider como parte de su teoría.

Finalmente, en la *Crítica del juicio*, Kant conjuga la razón pura (enfocada al conocimiento) con la razón práctica (cuestiones éticas y de voluntad) para resaltar la trascendencia de sentimientos y darles una dirección afectiva a los fines y medios de cada causa. Aunque marca distinciones entre cada una de sus críticas, podemos afirmar que sin los planteamientos anteriores probablemente no podría haber llegado a esta última. Para Kant, los juicios se dividen en objetivos y subjetivos que a su vez pueden ser estéticos o teleológicos respectivamente. Ambos deben ir de acuerdo con el criterio de libertad que obedece a la voluntad como una toma de decisión que va de lo agradable a lo desagradable. Cuando los juicios pertenecen al orden estético se refieren a lo bello y a lo sublime. Si los juicios son teleológicos hacen mención a la naturaleza, es decir, al reino orgánico, en donde cada parte, cada elemento, estará relacionado y encontrará su sentido de acuerdo con el todo. Si alguna de sus partes carece de nexos con el todo, pierde completamente su razón de existencia pues no tiene finalidad de ser.

Esta idea es un legado importante en el pensamiento kantiano, que posteriormente influirá en las formas de conocimiento del pensamiento occidental. Recordando algunas frases populares y científicas podemos darle valor a la tesis kantiana, por ejemplo cuando las personas suelen decir que *—todo tiene su razón de ser—* o se preguntan *—¿cuál es la finalidad de cierta acción?—* utilizan juicios que otorgan valor según los fines que las acciones despierten. Éstas, a su vez, están cargadas de sentimientos que se reflejarán en las posiciones que se tomen con respecto a los actores.

Según Kant, todos los fines están enfocados a un fin supremo del cual no hace más aclaración pues para él, no es necesario conocerlo, basta conocer las causas

y fines inmediatos que darán sentido a los medios o partes integrantes del todo. Además, menciona que el fin es una idea, así como la inmortalidad, por lo tanto, como el fin de la naturaleza no es claro y es poco probable que podamos encontrarlo, debemos limitarnos a hacer *"como si"* así fueran las cosas, de esta idea se desprende que no podemos conocer el *"en sí"* de las cosas y entonces debemos ocuparnos del *"para sí"* pues es más cognoscible que los fenómenos naturales. Esta idea brinda marcos flexibles a la teoría de la causalidad para no perderse en el camino en la búsqueda del fin último de cada acción, explora el terreno de las causas y efectos que parecen inmediatos, o más que nada, alcanzables de comprensión, tanto para el científico como para el ser humano cotidiano. Además de colocar al objeto como ente que no es enteramente independiente del observador, pues, es éste quien, con la exploración hecha, lo conoce y le da oportunidad de presentarse de cierta forma ante la comunidad.

Si bien Kant revoluciona el método clásico de pensar el conocimiento, debemos reconocer que sin la influencia que Hume ejerció en él, las vías que se recorrieron para llegar a la teoría de la atribución causal serían muy diferentes. Aunque Hume ya había mencionado la importancia de la causalidad en la formación de conocimiento y no restaba mérito a la experiencia, es Kant quien enfatiza que los objetos se conocen porque existe alguien que busque conocerlos, por ello se establecen conexiones entre una serie de eventos. Una de las diferencias más importantes entre Hume y Kant radica en que el primero cree en la causalidad como una asociación mediada por las creencias (escepticismo humiano), mientras el segundo opina que no podemos conocer el origen real y certero de las causas porque es imposible acceder a ello. Ésta es una gran traba para la psicología porque niega la posibilidad de conocer al ser humano, ya que para Kant la mente no puede estudiar la mente. Sin embargo, la unión de estos dos filósofos dispone, en Heider, el campo para formular la teoría de atribución causal que será una de las vías para estudiar el pensamiento cotidiano del hombre.

La Gestalt aporta nociones clave para el desarrollo posterior de la teoría sobre atribución causal, pues Heider basa gran parte de su estudio en ella. Según Fernández (2001), el desarrollo de la aproximación gestalista inicia con un artículo

escrito por Von Ehrenfels, en 1890, sobre una sinfonía y sus notas. En dicho artículo se hace explícito que las notas aisladas de una sinfonía o la más mínima variación de alguna de ellas, irremediamente transforma el sentido de la misma, y así sucede con la interpretación de la realidad. Por tal motivo, Fernández opina que [a la teoría de la Gestalt]... *se le confundió con una teoría de la percepción, pero era una versión psíquica de la realidad* (Fernández, 2001, p. 368).

Se podría creer que la Gestalt sólo toma en cuenta procesos cognoscitivos y hace a un lado cuestiones afectivas o referenciales del individuo. No obstante, aunque menos conocidos, existen teóricos interesados por las formas y contenidos, no sólo desde la imagen sensorial, sino dentro de las relaciones sociales. Ahí encontramos a Delacroix, cuyas reflexiones apuntan hacia un completamiento del individuo con la sociedad. Para él no basta contar con experiencia y percepción para conocer la realidad, es más, ésta es interpretada conscientemente sólo si es significativa para el intérprete y, como los significados son compartidos, se crean siempre en compañía del otro y el mundo o, dicho de otro modo: *la conciencia es la unión de uno y el mundo, porque ambos sólo adquieren realidad en el seno del otro, de modo que la conciencia es la primera realidad, la primera realidad no es la naturaleza, sino el significado* (Fernández, 2001, p. 369).

A principios del siglo XX surgen los más conocidos representantes de la Gestalt, los psicólogos alemanes Wertheimer, Köhler, Kofka y, más tarde, Kurt Lewin. Esta teoría enfatiza en las formas de percepción como partes de un todo organizado, que da por resultado algo diferente a la mera suma de sus partes, es decir, la forma será algo más que una conjunción de sus elementos como entes individuales. Para ello, exploraron la percepción y formularon tres leyes: ley de agrupación, ley de la bondad y las relaciones entre fondo y figura. Con el uso del método fenomenológico, estas leyes ayudaron a explicar tanto las formas de percepción inmediatas como los estímulos visuales simples, además de contribuir al estudio de la percepción de procesos mucho más complejos como los tipos de interpretación que dan las personas basadas en algunas de las leyes propuestas por la Gestalt.

Heider intenta aplicar las leyes de la Gestalt en el campo de las relaciones interpersonales. Utiliza los principios de la percepción de objetos físicos en la percepción de la interacción humana, para conocer las explicaciones que en la vida cotidiana ayudan a las personas a interpretar y dirigir sus acciones y pensamientos en un marco de interdependencia social (Hewstone, 1993; Matlin, 1996).

Mencionamos con mayor énfasis las leyes de agrupación y semejanza, donde ubicamos a la ley de aproximación, la cual considera que los objetos cercanos tienden a observarse como una unidad (Matlin, 1996). En las explicaciones causales también es probable que se establezcan cadenas causa-efecto entre eventos cercanos, si una serie de acontecimientos se encuentran lo suficientemente próximos y la persona está atenta a ellos, puede establecer asociaciones para referirlos como causa o efecto.

Kurt Lewin (1891), representante de las ideas gestaltistas en la psicología social, contrasta los principios físicos de conservación, identidad y energía, con su aplicabilidad en el estudio de la psicología. Aunque no todos estos aspectos conciernen al concepto de causalidad, el principio de conservación es muy importante para comprender la teoría de la atribución causal. El principio de conservación en física necesita que un objeto permanezca en el tiempo y el espacio, aunque sea de forma parecida, y que más adelante siga existiendo a través de una relación causa-efecto, es decir, que pueda observarse cuál fue el fenómeno en momentos precedentes y cuál va a ser en el futuro. Esta noción puede ser muy clara con respecto a objetos tangibles, como las partes del cuerpo o las leyes de mecánica, sin embargo, los fenómenos psicológicos no son tan fáciles de identificar y conservar, puesto que dependen de un cúmulo de asociaciones hechas por el intérprete y enunciante del evento referido. Por tal motivo, Lewin pone énfasis en no confundir el tipo de fenómenos a los cuales se hace alusión, ya que un objeto físico no debe confundirse con un hecho psicológico, ni comparársele en términos de causación, pues produciría serias dificultades para encontrar relaciones causales.

Para justificar este principio, sin hacer a un lado los fenómenos psicológicos, y con ello la relación causa-efecto, Lewin refiere que la ley de conservación no se encarga de objetos o fenómenos inmutables, la conservación implica cambios porque *sólo a través de la transformación física se mantiene una identidad de los distintos objetos que permite preguntarnos qué es lo que han sido antes los objetos físicos actuales, y qué es lo que van a ser en el futuro* (Lewin 1991, p. 123). Lewin remarca la diferencia entre el principio de conservación en física y en psicología, en donde ésta última, refiere a fenómenos que no pueden existir en un mismo instante y resultar invariables con el paso del tiempo pues se encuentran en constante movimiento. La conservación implica una transformación en el espacio, a la vez que mantiene ciertas características que lo hacen identificarse como consecuente del evento anterior, que serán percibidas e interpretadas a través de las leyes de la lógica, pero no de la lógica formal, sino de la psicológica.⁵

Como consecuencia del pensamiento humano y de sus influencias gestaltistas como parte del grupo de Berlín,⁶ Lewin desarrolla la teoría de las interconexiones causales en psicología, en la que explica los conceptos históricos y sistemáticos de causalidad y expone brevemente los circunstancias que deben presentarse para que se den explicaciones causales.

En primer lugar, las explicaciones causales pueden ser abordadas desde una perspectiva histórica o sistemática, que va de acuerdo al pensamiento galileano o aristotélico que están en disputa desde hace mucho tiempo. Si se cree a la forma galileana, se apunta a una explicación sistemática por ser funcionalista, en donde sólo cuenta el aquí y el ahora en que se desarrolle el problema. Con la forma aristotélica de interpretar los acontecimientos, se va a los estratos históricos de los hechos, es decir, al origen, la historia individual o el ambiente. Aunque para la

⁵ Para conocer la distinción entre lógica formal y psicológica, debemos remitirnos a Hewstone (1992) y a Jiménez (1997) quien revisa las formas del conocimiento y las diferentes posturas adoptadas a lo largo de la historia.

⁶ El grupo de Berlín estuvo formado por pocas personas entre las cuales se encontraban Köhler, Wertheimer, además de Lewin, las circunstancias académicas y sociales disponían el frecuente contacto entre sus miembros para discutir ampliamente, entre otras cosas, el interés de utilizar el método fenomenológico experimental para aproximarse a las formas de percepción de los individuos (De River, 1976). Debe añadirse que Fritz Heider figura dentro de los psicólogos gestaltistas enfocados al estudio de la sociedad.

psicología ambos tipos de conceptos son importantes, Lewin (1936) considera que el concepto histórico juega un rol especialmente importante en la psicología del desarrollo, tanto del individuo como de los grupos.

Lewin va más allá de explicaciones históricas o sistemáticas, aunque menciona que se debe prestar principal atención al concepto sistemático de causación, porque aún las dinámicas de las secuencias históricas no pueden ser contestadas sin observar las dependencias de cada evento en las situaciones dadas. De esta forma de pensar se derivan los principios de concreción, de los hechos causales y el principio de contemporaneidad. Opina que sólo lo que es concreto puede tener efectos y, contrario a la idea de que una causa depende de un solo objeto, argumenta que un efecto puede depender de muchísimos hechos; el principio de la contemporaneidad pone en juego las relaciones temporales del evento y las condiciones dinámicas que lo producen, es decir, que sólo los eventos presentes en un espacio de vida pueden producir cambios. Sin embargo, Wundt -en una discusión ficticia con Lewin- argumentaría que las explicaciones teleológicas (o casi teleológicas) terminan asumiendo que los eventos futuros pueden influenciar los eventos presentes (podría tomarse como expectativas) o, algo en el pasado puede causarlos.

A pesar de la discusión desarrollada, Lewin cree y defiende su tesis en donde, sólo la situación presente puede influir en los eventos presentes, sólo lo que existe concretamente puede tener efectos. Para Lewin el espacio de vida representa sólo aquello que es contemporáneo. Al respecto, se recurre a la idea de Blondel (1945) cuando argumenta que, para darle significado a nuestro presente, es indispensable retomar el pasado, es decir, sin considerar la experiencia no podremos establecer relaciones causales en el presente. Lewin sigue argumentando por qué el pasado y el futuro resultan ser irreales e indeterminados en el espacio de vida, pues es en el presente donde habitan los recuerdos y las expectativas, sean presentes o pasadas, es en un determinado espacio de vida donde surgen estos pensamientos. Este argumento resulta válido, ya que el mismo Blondel diría que *la memoria es traer al presente el pasado*; sin embargo,

siguen siendo confusas estas ideas de "presente" y "espacio de vida" que dejan de lado la historia, no sólo del individuo, también del grupo social.

Un comentario importante que resalta Lewin es: *la existencia o no-existencia y el tiempo indicado de un hecho psicológico son independientes de la existencia o no-existencia y el tiempo indicado del hecho en el cual está contenido* (Lewin 1936, .38). Es decir, si los hechos psicológicos existen en un tiempo determinado, no tienen necesariamente que estar contenidos en un espacio físico, lo importante es el espacio simbólico donde habita el hecho psicológico, que propicia el surgimiento de ideas y atribuciones como resultado del espacio simbólico en que pueden ser contenidas, donde las personas explican y tratan de comprender el espacio físico que les rodea.⁷

Relacionando los conceptos mencionados, encontramos coherencia en el discurso de Lewin, cuando argumenta que sólo los eventos presentes podrán tomarse en cuenta, pues, es ahí donde el espacio simbólico encuentra un lugar para existir. Su existencia es, y debe ser, temporal. Sin embargo, el tiempo es compartido por el grupo al que se pertenece, por tanto, los significados también se comparten y el simbolismo que implica a cada uno recaerá, en cierto momento, en el tipo de atribuciones realizadas (Lewin, 1936). Aunque estas conjeturas serán abordadas más extensamente en otras partes del capítulo, resulta conveniente mencionar que desde los inicios de la atribución causal, como teoría, se vislumbran ciertos rayos de influencia histórico-simbólico-contextual que recaerán en el estudio de la atribución causal.

Lewin consideraba al grupo y al individuo como un sistema interdependiente (Collier, 1996) que se une a través de símbolos, lo que corresponde con los estudios de Cassirer (1982), quien señala al pensamiento simbólico como espacio donde se condensa la vida misma, pues es ahí donde se refiere y explican los

⁷ Tenemos que hacer énfasis en la influencia que recibe Lewin de Cassirer, un importante filósofo que estudia la filosofía antropológica y, por lo tanto, presta principal atención al espacio y tiempo simbólico en el conocimiento del hombre.

acontecimientos que pueden o no desarrollarse en un espacio físico⁸ y que se comparte en la cultura humana.

1.2 La atribución causal y su fundador: Fritz Heider.

Una vez abierto el panorama de los antecedentes de la teoría sobre atribución causal, diremos que Heider es su principal fundador y expositor; sus estudios sobre psicología ingenua de la acción propician el estudio de las formas cotidianas como fuente de explicación, muchas veces basadas en principios psicológicos y científicos. Algunos autores retoman a Heider para justificar sus estudios sobre atribución causal (Hewstone, 1992; Jones, 1994; Kelley, 1973), indiscutiblemente porque tiene una calidad de análisis y coherencia argumentativa que pocos autores han superado en este campo. Por eso empezaremos a mencionar los puntos básicos de su teoría hasta llegar a una breve discusión sobre sus partes endebles, que dará margen a la aparición de otras formas de estudiar la atribución causal.

En primera instancia, Heider (1936) se interesó por explicar la tendencia de las personas por buscar las causas de los eventos que ocurren en torno a ellas, haciendo énfasis en los eventos que salen de la norma, *los extraños*. Reboloso (1994) menciona que, para Heider, las personas se basan en las reglas de la *Psicología ingenua de la acción* (*naïve psychology*), usando reglas de inferencia de sentido común para responder congruentemente a los porqués de los eventos y entender las acciones ajenas y propias. Aunque existen otros estudios sobre atribución causal, Heider es el pionero pues induce las claves para la teoría, principalmente en dos escritos: *Social perception and phenomenal causality* (1944) y en el libro *The psychology of interpersonal relations* (1967). En el primero,

⁸ Según Cassirer, el arte, el mito, la religión y el lenguaje constituyen el universo simbólico; para éste entonces, existía una disputa sobre el lenguaje y su pertenencia a la lingüística, lo cual producía confusiones en la comprensión del término. Cassirer opina que el lenguaje pertenece al universo simbólico de manera afectiva pues, expresa sentimientos y emociones; y concibe a la razón como un *término inadecuado* para estudiar las formas de la vida cultural humana, por tal motivo termina definiendo al hombre como un *animal simbólico* en vez de un *animal racional*. Para este entonces crecía la fuerza del *giro lingüístico* en la epistemología del conocimiento, lo cual influyó enormemente en la apreciación de las formas de conocimiento de la vida cotidiana y con ello, nuevas pautas de aproximación a las atribuciones causales, además de referir que también la ciencia y la razón utilizan símbolos. Saussure (1998), Eco (1999), pueden dar una visión más amplia sobre el tema. (Cf. también Jiménez, 1997).

utiliza varios términos para iniciar el análisis del pensamiento de lo que él llamará *psicólogo de la calle*, introduce las nociones de "información unitaria" y "prototipo de orígenes" para explicar este proceso.

La información unitaria se refiere al proceso por el cual las partes constituyentes de un evento -efecto y causa, actor y acto-, forman una unidad, considerando que factores como similitud y proximidad marcan las posibles atribuciones que se puedan realizar (Hewstone, 1992). Basado obviamente en la teoría de la Gestalt, profundiza en las nociones de similitud y proximidad utilizando los patrones visuales como ejemplo para referirse a las asociaciones que las personas acostumbran hacer entre eventos y efectos cercanos, la noción de unidad se desprende de esta idea para dar lugar a las integraciones causales que corresponden a la conjunción de acontecimientos como parte de una acción. Este artículo resalta la importancia del ambiente en el establecimiento de las integraciones, además de retomar el concepto de espacio de vida utilizado por Lewin, para darle un marco contextual a las explicaciones relatadas por los individuos (Heider, 1944). Se sirve de los estudios de Piaget sobre el pensamiento infantil para rescatar la idea de causalidad en la infancia, ya que los niños se basan en atribuciones para explicarse a sí mismos, a los otros y al ambiente. Sin embargo, Piaget se ocupa de las estructuras del pensamiento infantil, por ejemplo, en sus estudios sobre la formación del lenguaje en donde hace mayor énfasis en la información que procesa el individuo, que en los factores sociales que predisponen el aprendizaje.⁹

Heider explora el pensamiento causal de las personas tanto a nivel perceptual como cognoscitivo e integra el espacio y tiempo del individuo para justificarlo como origen de influencia social.

⁹ Ya que Piaget se encarga de estudiar las estructuras del pensamiento infantil, porque piensa que lo primero que surge en el desarrollo del ser humano es el individuo como ente formador de conocimiento, mientras que Vigotsky presta mayor importancia a la sociedad como iniciadora del mismo. Para Piaget, el pensamiento inicia gracias a las estructuras subyacentes al género humano, mientras que para Vigotsky, el pensamiento está propiciado por la sociedad en la que se desarrolló el individuo. Para ver más detalles sobre las diferencias entre la formación del pensamiento del ser humano se puede hacer una revisión de Vigotsky (1973) y Piaget (1965), además de consultar a Medina (1997) en *Ontogénesis del lenguaje*, una guía para el alumno. Sin embargo, es importante aclarar que el individuo y la sociedad forman parte de una unidad interdependiente y que sería infructuoso jerarquizar el valor de cada uno porque no podemos encontrar una clara línea divisoria entre ellos.

Heider llama *influencia de la integración causal en las relaciones entre partes* a la influencia recíproca entre actor y acto, según el principio de asimilación y contraste de la Gestalt, las partes de una estructura integrada tienden a observarse iguales o diferentes a las otras partes tanto como sea posible. Esto nos lleva al campo social pues, generalmente los actos son asociados con el origen, es decir, se evalúa el resultado de una acción dependiendo de los patrones de conducta anteriormente presentados por el individuo o por la situación. Con estos supuestos, Heider desarrolla los diferentes tipos de atribución basados en causas disposicionales (individuales) o situacionales (ambiente), que facilitarán al individuo establecer un equilibrio entre cambio y acto, posibilidad y capacidad, con lo que las actitudes y conductas de los individuos pueden mantenerse consistentes a lo largo del tiempo. Según Heider, generalmente se otorga preferencia a una atribución personal que a una situacional, ya que las personas tienden a considerarse como "*prototipo de orígenes*" (Hewstone, 1992). Además, al observarnos como prototipo de orígenes, creamos modalidades para percibir a los otros y a nosotros mismos, esto afecta las atribuciones y éstas a su vez, afectan nuestras percepciones.

Heider subraya que las atribuciones pueden salvaguardar el ego de las personas al realizarlas de forma tal, que puedan evadir o justificar la responsabilidad de sus actos si las condiciones refuerzan la atribución. También, los sentimientos de las personas pueden influir en la interpretación de las experiencias, es decir, el grado de culpa o satisfacción que resulte de una acción, estará matizado por la interpretación que se hace de ella, según las características que rodean el ambiente y la personalidad del individuo. Sobre este tema, los estudios del grupo de Yale, relacionados con las actitudes, contribuyeron a la formación del concepto de atribución. Las nociones de agresión y frustración están relacionadas con un análisis previo de la situación, por parte del sujeto, para interpretar el evento (Heider, 1944; Javiedes, 1999).

Es importante observar que las personas no pasan todo su tiempo buscando la causa exacta de los eventos. Sin embargo, esta clase de explicaciones se realizan para volver conocido lo extraño y a medida que esta forma de referir el mundo

funciona en el sistema de creencias prevaleciente, se fundamentan las explicaciones causales de forma cotidiana.¹⁰ Si bien hemos arraigado este tipo de explicaciones, el individuo necesita conocer las partes que constituyen un evento, como son los agentes externos e internos inmiscuidos en él, para posteriormente analizarlos y referir las causas principales, de acuerdo con los marcos contextuales disponibles y así, logra equilibrar su entorno (Heider, 1944).

En el libro *The psychology of interpersonal relations* (1967), Heider intenta establecer marcos conceptuales para comprender los problemas en el campo de las relaciones interpersonales, que son expresadas a través de las experiencias y el lenguaje cotidiano. Llama a este estudio *psicología ingenua* o del *sentido común*, porque guía nuestra conducta con relación a los otros, creando ideas y formas de actuar hacia diferentes personas y situaciones sociales, y con este sustrato, interpretamos y predecimos acciones. El estudio de la *psicología ingenua* sirve al conocimiento científico, pues vuelve la vista a la intuición como uno de los primeros pasos para conocer y aprender del mundo que nos rodea. Aunque el conocimiento científico no es sólo intuición, dispone de ella para construir el lenguaje científico, pues a través de la intuición conformamos hipótesis que posteriormente serán confirmadas o refutadas usando diferentes métodos y serán expuestas mediante el lenguaje.

Para eso Heider (1967), se ocupa del lenguaje utilizado en la vida cotidiana, ya que, el hecho de que seamos capaces de describirnos a nosotros mismos y a los otros en el lenguaje cotidiano significa que podemos personificar o encarnar mucho de la llamada *psicología ingenua*. Este lenguaje nos sirve porque cuenta con mucha flexibilidad para expresar conceptos que simbolizan experiencias en el ambiente físico y social. Sin embargo, para Heider es un instrumento que carece de *representación sistemática*, lo cual es indispensable para la ciencia actual.

¹⁰ Heider retoma esta idea de Nietzsche, quien menciona, hermosamente, por qué las personas acostumbran explicar el origen de la causas de acuerdo con los marcos cercanos:

"Not only do we try to find a certain kind of explanation as the cause, but those kinds of explanations are selected and preferred which dissipate most rapidly the sensation of strangeness, novelty and unfamiliarity - in fact the most ordinary explanations. And the result is that a certain manner of postulating causes tends to predominate ever more and more, becomes concentrated into a system, and finally reigns supreme, to the complete exclusion of all other causes and explanations. The banker thinks immediately of business, the Christian of 'sin', and the girl or her love affair" (Heider, 1944, p. 379).

Influido por Cassirer, piensa que los significados en el lenguaje cotidiano están *dispersos y desolados* (Heider, 1967, p.8). Podríamos argumentar que, a pesar de la multiplicidad de significados en el lenguaje, cada grupo social comparte símbolos asociados a sonidos que refieren la comprensión de un objeto o concepto determinado. Esto hace posible que los miembros entiendan los términos. Si, el lenguaje es más pragmático que universal, incluso el lenguaje científico se convierte en pragmático y elitista en el instante mismo en que sólo es comprendido por la comunidad científica¹¹ y coloca al individuo común, como un ser poco capaz de entender la globalidad del pensamiento científico. Por ello, recibe la información en síntesis y digerida. El uso del lenguaje como método para conocer al otro y su forma de percibir el ambiente, constituye un gran eje para el estudio de la atribución causal y no podemos ignorarlo o hacerlo a un lado en los propósitos de esta investigación.

Heider menciona que el lenguaje utilizado en las relaciones interpersonales utiliza palabras como *"islas separadas de cada una por canales impasables"* (Heider 1967, p. 8), porque tiene muchas variaciones y diferentes combinaciones, lo cual produce muchos pliegues en las diferencias cualitativas. Por eso se inclina a utilizar un lenguaje científico numérico, argumentando menor variabilidad y poseedor de un *nuevo y poderoso simbolismo*, el cual es infinitamente superior al simbolismo del discurso. Heider se propone construir un lenguaje que permita representar muchas de las relaciones interpersonales en un sistema más clarificado, para hacer más explícito el sistema de conceptos que subyace al comportamiento interpersonal. Es decir, el análisis de palabras y situaciones es considerado sólo un medio para la construcción de conceptos sistemáticos dentro de las relaciones interpersonales.

Además de la explicaciones con palabras como método para conocer conceptos subyacentes, se pueden utilizar análisis conceptuales para describir situaciones. Se inició estudiándolas en historias como narraciones y novelas, lo que resultó un

¹¹ Al respecto, Umberto Eco (1999) en su libro *La búsqueda de la lengua perfecta* hace un recorrido sobre los intentos por alcanzar la forma exacta de referirse a los objetos y fenómenos del acontecer humano de manera que sean comprensibles para el género. Sin embargo, aclara desde el principio que todo intento por universalizar el conocimiento del mundo, resulta un fracaso porque los símbolos utilizados siempre están sujetos al significado que se les otorgue y, a su vez, este significado está mediado por diferencias culturales.

éxito para encontrar e identificar un sistema inmerso en nuestro pensamiento acerca de las relaciones interpersonales.

El argumento de Heider sirve a los propósitos de esta investigación para describir que, a pesar de que el paciente probablemente no piense constantemente en el valor asignado a un consumo de alcohol riesgoso, el proceso por el cual realiza atribuciones en alguna ocasión tuvo que referirse a este valor para posteriormente internalizarlo y dirigirse habitualmente según lo aprendido.

Una vez más, se plantea que el lenguaje científico, a pesar de buscar la precisión, está basado en las reglas sintácticas, semánticas y hasta pragmáticas del lenguaje cotidiano. Si ayuda a eliminar algunas barreras de tipo pragmático, no abarca la diversidad que generan las formas culturales expresadas en el lenguaje cotidiano. Por ello, Gergen (1996) insiste en retomar el lenguaje común para conocer el significado que los grupos otorgan al referente, a partir de las formas sociales, dentro de la historia y la cultura de cada sociedad. De esta manera, el análisis de palabras heideriano abre ventanas de posibilidades para avanzar un poco más en la comprensión del discurso cotidiano. Esto ayudará al análisis de la presente investigación que, además de Heider, busca otras fuentes para fundamentar el análisis del significado de pacientes en sala de urgencias (SU).

En una discusión con Lewin, Heider puso en duda la funcionalidad de la hipótesis topológica para la comprensión de términos lingüísticos. Lewin le dio la razón a Heider, pues este método no podría abarcar toda la gama de conflictos sociales. Por eso, se planteó formular un lenguaje que representara una gran variedad de interacciones sociales. Este lenguaje fue desarrollado a partir de una lista de conceptos básicos, los cuales parecían ocurrir consecuentemente en el análisis y no eran reducidos a expresiones de mayor generalidad.

Heider utilizó la representación simbólica usando algunas características de la lógica simbólica sin pretensión de máxima exactitud y sistematicidad. Esta forma de analizar el discurso conviene a los fines de la presente investigación porque permite estudiar las atribuciones sin reducir las frases y palabras a términos lógicos, más bien es una estrategia que permite agilizar y aclarar las

construcciones de las personas para que otros individuos y nosotros mismos podamos comprenderlo.¹² Entre las definiciones que propone Heider, se encuentran los conceptos de *espacio de vida, percibiendo, experimentando, causando, poder, tratando, buscando, beneficiando*, etc; sólo mencionaremos la definición para *causando* porque es la más importante para nuestro tema. Así, Heider se refiere a la acción de causar como de gran importancia para el ambiente social dirigida a la atribución de los eventos, a las fuentes causales personales, impersonales e intentos. Esto determina mucho de nuestro entendimiento de lo que ocurre cada día en nuestro entorno. Un hecho importante es que la causación personal no sólo efectúa cambios en el ambiente físico, también tiene implicaciones sociales (Heider, 1967).

De nueva cuenta, Heider retoma los postulados de la Gestalt para aplicarlos a la percepción de las relaciones sociales. Basado en los conceptos de estímulos dístales y proximales que se refieren a objetos físicos, considera que el análisis causal divide la percepción fenomenológica de otras personas en necesidades e intenciones, como funciones de un estímulo distal (que no afecta directamente a la persona) y en la personalidad del otro como determinante del patrón del estímulo proximal (que sí afecta a la persona por su cercanía). Los dos procesos se unen para realizar la construcción perceptual del objeto o evento, a través de la persona que lo interpreta y el otro que conoce la interpretación, es decir, la *mediación*. Heider menciona que *“la percepción social puede ser descrita como el proceso entre el centro de una persona y el centro de otra persona, de espacio de vida a espacio de vida”* (Heider 1967, p. 33). Este planteamiento coincide con Heidegger (1974) y Rorty (1995) cuando señalan que, al vernos en el otro, nos conocemos a nosotros mismos; en la búsqueda del conocimiento si somos escuchados y encontramos eco en nuestras reflexiones, podremos considerar válidos nuestros pensamientos.

¹² Si se quiere hacer una revisión más profunda con respecto a los términos lógicos y su aplicabilidad podemos referirnos a Suppes (1978), Von Wright (1979), Frege (1973) y Russell (1945).

Hewstone (1992) resume la idea de Heider, quien resalta cuatro puntos clave para llevar a cabo el proceso atributivo haciendo énfasis en el lugar que ocupe el intérprete del evento:

1. El individuo utiliza el sentido común como forma de interpretar su entorno.
2. La existencia de causas personales y situacionales (atribución interna vs. externa).
3. Las disposiciones personales repercuten en acciones intencionales, con lo cual se convierten en "equifinalidades" cuando la acción está orientada a los fines, "de causalidad" cuando las personas son agentes de la acción, y "de esfuerzo" cuando está basado en la motivación.
4. Las atribuciones de los efectos pueden otorgarse al objeto, a la persona o a la situación dependiendo de los factores propios del perceptor, las propiedades del objeto y las condiciones mediadoras (*op. cit.* 35-37).

Si agregamos que es a través de la mediación como se percibe un objeto distal, que proporciona la consistencia y significado de una acción, con ello podemos hacer predicciones que recaerán en las disposiciones o actitudes que se tengan hacia los otros y hacia nosotros mismos. Estas actitudes o atribuciones pueden ser estudiadas con el uso del discurso, porque de esta manera se hacen presentes los pensamientos y sentimientos de los individuos, tomando en cuenta que lo conoce tanto la persona que lo enuncia como el que lo escucha dentro del contexto en que es referido. Además, los significados, las creencias o las interpretaciones expresadas en el discurso, son de suma importancia en el estudio de las atribuciones porque constituyen las representaciones hechas sobre el mundo, por lo tanto, la percepción depende de los significados atribuidos (Heider, 1967, p. 47).¹³

No podemos hacer a un lado la influencia de las atribuciones sobre las actitudes, una vez que construimos representaciones sobre modos de ser

¹³ La noción de representaciones colectivas fue propuesta por Durkheim (1997) para señalar el proceso por el cual se construye la vida y el pensamiento social, de acuerdo a los orígenes, al objeto referente y al grupo que refiere; es retomada por Moscovici (1978) como representaciones sociales para profundizar en la gama de interacciones que posibilitan la construcción de representaciones, mediante el uso de anclajes que permiten el arraigo de representaciones que anteriormente no pertenecían al grupo social. Las representaciones sociales son equivalentes al término "sentido común" utilizado por Heider para referir al conjunto de creencias y mitos de la sociedad actual (Hewstone, 1993, p. 107).

acostumbrados por una persona o grupo social ante cierta situación, esperamos que se comporten de esa forma en otros momentos, con lo que demuestran confiabilidad en el tiempo y en el espacio de vida. El dar sentido a los eventos implica, en algunas ocasiones, racionalizar, y cuando racionalizamos se arma el rompecabezas de los elementos de la vida de una forma que resulte comprensible, aceptable y confortable (Bartlett, 1932; en: Heider, 1967).

Con respecto al proceso que evalúa estímulos múltiples para fijar impresiones en la percepción social (cognición social), se dice que la relación no es unidireccional, ya que los significados o evaluaciones de los niveles más altos de impresión pueden influir o afectar los niveles más bajos y viceversa. No hay un límite estipulado para construir significados, ya que existe un amplio abanico de posibilidades para relacionar estímulos múltiples con las impresiones (representaciones o significados).¹⁴ Sin embargo, el conflicto surge cuando las relaciones entre las partes no concuerdan con el campo visual total. Una vez más, Heider utiliza fundamentos gestaltistas para explicar fenómenos sociales, pues los esquemas seguidos por los individuos se pueden romper o dejar de ser funcionales cuando no satisfacen una comprensión aceptable de los eventos, de la vida cotidiana.

Heider aborda la importancia de los estímulos distales y proximales en la racionalización de los eventos, pero no lo piensa como algo sencillo. Cuando afirma que *necesitamos las cosas y personas con sus propiedades invariantes más o menos como son, pensando que estas propiedades están mediadas hacia nosotros en una forma complicada y no simplemente por el estímulo local próximo* (Heider 1967, p. 53), considera que las percepciones que afectan al individuo como estímulos proximales, no son lo único que dispone una interacción positiva con el contexto. Las interpretaciones dadas a las percepciones que no afectan la vida del individuo (estímulos distales) y los estímulos proximales tienen, cada una, características o propiedades que pueden o no variar. El individuo debe tomar en

¹⁴ Si Heider prefiere referirse a los factores perceptuales con el nombre de estímulos, no hace más que darle valor al enfoque semiótico de Eco (1976) y Fernández (1994) cuando hablan de la hipótesis tripolar en donde se conjuntan significado, significante y objeto. Esta expresa que, en ninguna de sus partes se encuentra aglomerado el resultado de la acción, es la interacción, la unión de las partes, la que le da sentido al referente.

cuenta las características que permanecen constantes para prever las implicaciones del resultado de la interacción. Además, la percepción social no se presenta de la misma manera en todos los individuos, se encuentran diferentes estilos de percepción que recaen en las actitudes perceptuales y éstas, a su vez, conllevan a diversas formas de ser en el mundo, a pesar de que las configuraciones del estímulo sean las mismas (Heider 1967, p. 58). Al respecto, Hewstone (1993) afirma que *no todos construimos el mismo conocimiento al mismo tiempo*, no podemos formarnos la misma opinión sobre la misma cosa o persona. Por lo tanto, el proceso cognoscitivo y sus resultados no dependen de la percepción objetiva del objeto, más bien, está basado en la reconstrucción mental de la realidad, hecha por la sociedad e internalizada en los individuos.

Dentro de los efectos de la percepción, en la psicología del sentido común, podemos evaluar los actos o actitudes de otra persona como percibidor, dependiendo de la consistencia existente entre lo conocido y lo imprevisto, nuestras representaciones sobre la persona entran en juego para interpretar los efectos, mediante atribuciones que comprueban las representaciones de las cosas percibidas (Hewstone 1993, p. 71). Además, la percepción también repercute en la evaluación de sentimientos derivados de acciones, lo que puede conducir a corregirlas o evitarlas, si la situación es percibida como peligrosa, se puede tomar parte para evitar o cambiar las condiciones que posibilitarían un daño.

Esta noción puede agregarse al tema de las atribuciones causales de accidentes/enfermedades. La percepción de un consumo considerado riesgoso, por parte del individuo, puede ser un factor que propicie el cambio. Sin embargo, éste sería el primer paso en el cambio de atribuciones del paciente, porque una vez obtenida la atribución, se debe continuar con estrategias para cambiar el patrón de consumo. Sabemos que para prevenir o producir una acción, el método más eficaz puede ser prevenir o producir una percepción, que más adelante resultará en atribución. Además, cuando lo importante es cambiar un esquema de acción, es decir, una actitud, se necesita cambiar la percepción o, mejor dicho, la forma de interpretar lo que es percibido.

Al abordar este tema, debemos consultar a los construccionistas que abordan la formación de realidades como vía para conocer y comprender lo que nos rodea, y aterrizar esta aproximación en la construcción de realidades cotidianas o en la psicología del sentido común, como lo llama Heider (Gergen, 1997). El ser humano, diariamente, se enfrenta a una serie de esquemas aprendidos a través de las tradiciones y costumbres fuertemente arraigadas por su círculo social, que predisponen formas de ser ante el mundo, le brindan elementos con los cuales puede conducirse. Sin embargo, estos esquemas no son inmutables. Es a través de un proceso de cambio en la forma de percibir, conocer e interpretar los eventos o situaciones como pueden transformarse las acciones de un individuo. Para ello, es necesario conocer la posición inicial de la persona para saber dónde comienza el trabajo de cambio en la atribución.

Como ya mencionamos, el énfasis que tiene el análisis ingenuo de la acción está puesto sobre las relaciones interpersonales, concerniente a las relaciones sistemáticas con el otro, con la finalidad de establecer un apto sistema científico de conceptos. Según Heider (1967), las pruebas que deben ser utilizadas para establecerlo requieren una descripción de los nexos causales del ambiente, el cual contiene no sólo los hechos observables directamente, también su conexión con sus estructuras y procesos inmersos en la conducta. Para ello, basa su modelo en causas situacionales y disposicionales que hacen posible el *análisis ingenuo de la acción*.

Para que una persona pueda realizar el proceso atributivo debe analizar los factores inmiscuidos en el evento, además de tomar en cuenta la dificultad de la tarea y la motivación para las metas; entran en juego factores situacionales que predisponen la ocurrencia del evento. A ellos hay que agregar los estados temporales que son la oportunidad y la suerte. Heider los llama así porque no se encuentran dentro de las capacidades del sujeto y pueden o no ocurrir en un determinado periodo. Cuando el sujeto atribuye el éxito de una tarea a estos estados, implica que el ambiente o la situación es el principal agente en la aparición de las consecuencias y que es producto de la oportunidad o azar, es decir, hace a un lado al sujeto como actor activo de la ocurrencia de un evento.

Por eso, lo considera resultado de la suerte, como causa externa y sobre la cual no se tiene poder de decisión o de cambio. Esta atribución obviamente estará guiada por las creencias y pautas sociales que el individuo adquirió a lo largo de su historia, como parte de su estatus social y legal,¹⁵ para marcar los sucesos aleatorios a los cuales hace referencia.

La influencia de los otros es determinante para llevar a cabo una acción e interpretarla porque según Heider, *lo que podemos hacer está influenciado por lo que pensamos que podemos hacer, y lo que pensamos que podemos hacer está influenciado por lo que otra persona piensa que podemos hacer* (1967, p.97). La carga afectiva que los otros depositan en la persona posibilita la realización de una acción, brinda seguridad y confianza que contribuye en la autoestima del ejecutante. Posteriormente, algunos autores profundizaron en este tema guiándolo al campo educativo, para referir la importancia del contexto social y de las atribuciones dentro del grupo escolar para contribuir al proceso enseñanza-aprendizaje, tomando en cuenta las repercusiones en la autoestima infantil cuando se utilizan estrategias de aprendizaje cooperativo basadas en la atribución positiva y no individualizada (Johnson, 1991).

La distinción entre causas situacionales y disposicionales establecidas por Heider, deriva en causalidades personales o impersonales, es decir, la persona puede atribuir la causa de un evento a sí mismo, porque su intención fue realizar la acción, o a factores externos, porque no se propuso la ocurrencia del evento. Es aquí donde los críticos de Heider encuentran inconsistencias en su teoría, pues para que un evento ocurra, no necesariamente debe existir la intencionalidad por parte del sujeto, lo cual no evita que el individuo pueda establecer conexiones de su participación incluso como principal agente causal.

Debe reconocérsele a Heider que anticipó la relación entre atribución y responsabilidad al señalar que, observando la atribución realizada, podemos percibir el grado de responsabilidad que el individuo se atribuye (Heider, 1967), ya

¹⁵ Estamos en desacuerdo con el uso del término "estatus" para diferenciar los niveles sociales a los cuales los individuos pertenecen porque hace referencia a marcos fijos en donde el sujeto habita; a nuestro parecer, estos marcos pueden variar y modificarse según el espacio continuo de vida por el que transite el sujeto. Es el cúmulo de condiciones sociales las que permiten, al ser humano, hacer interpretaciones o atribuciones de forma continua.

sea como actor pasivo o activo dentro de la acción y la forma en que refiere el acontecimiento. En este último punto, podemos observar que las atribuciones egocéntricas pueden servirte para eliminar responsabilidades, mediante el uso de justificaciones del tipo "al fin que no quería" o "siempre no me gustó". En lugar de apelar a las capacidades o potencialidades propias, ha utilizado a los otros o a la situación como agentes directos de la causa. Esto sucede frecuentemente, porque el ser humano juega en la sociedad varios roles que implican modificar sus actitudes de acuerdo al grupo en el que se encuentra. Además cada uno de ellos exigirá que se comporte de cierta forma, *siendo lo que debe ser* (según el grupo). Algunas veces esto puede ir en contra de lo que el individuo quiere ser o realmente es. En consecuencia surge el conflicto interno que busca soluciones viables y se encuentra con imposibilidades para referir los eventos de forma tal que no altere al grupo ni a su medio, y por eso busca en sus deseos excusas para justificar su fracaso (Heider, 1967; Javiedes, 1996).

Finalmente, hemos observado que las atribuciones referidas por los individuos dicen mucho en los pensamientos y formas de actuar ante diferentes situaciones. Ya sean tangibles o ideales, siempre constituyen una posible forma de moverse ante el mundo y explicárselo. También pueden existir diferentes interpretaciones para un mismo evento, según el lugar desde donde se vea la acción, quien lo vea y lo refiera. A este punto anexamos un fragmento de Heider que explica la relación de la atribución con la interpretación:

"atribución y cognición están influenciados por fuerzas meramente subjetivas de necesidades y deseos, así como por las evidencias más objetivas presentadas de materia en bruto. Lo más importante es el punto de vista adoptado -entre lo que uno percibe e interpreta de acuerdo a lo que uno quiere mirar o a la capacidad de asumir la posición de la persona quien es la fuente de acción" (Heider 1967, p. 121).

Si bien los trabajos de Heider son trascendentales en el estudio de las atribuciones causales, no fue el único que se interesó por este tema. Otras personas se encargaron de hacer varias investigaciones sobre atribución y encontraron puntos que coinciden con lo expuesto por Heider y otros que no avalan sus planteamientos. La revisión del texto escrito por Heider en 1944,

propicia investigaciones sobre la misma teoría (Kelley, 1973; Jones, 1979; Hewstone, 1992), sobre cambio social enfocado a la atribución causal (Nisbet, 1979), responsabilidad y alcoholismo (Kelly, 1997), análisis del discurso (Heider, 1967), percepción de riesgo (Room, 2000), etc.

1.3 Desarrollo Posterior.

Jones y Davis, en 1965, intentan darle cuerpo a las atribuciones de Heider afirmando que el comportamiento observado y la intención que lo produce corresponden a ciertas cualidades intrínsecas de la persona (Hewstone, 1992). La meta de estos autores es construir una teoría que explique sistemáticamente las inferencias de un individuo con respecto a las pretensiones de un actor al recurrir a ciertas acciones. Ya que el objetivo de la atribución es observar si la intención de la persona corresponde con el resultado de la acción, las inferencias están basadas en el juicio realizado entre atribuciones de intención y atribuciones de disposición, entre lo que el individuo desea (el individuo necesita conocer las consecuencias y contar con la capacidad de realizar la acción) y la situación que propicia el cumplimiento del deseo. Jones otorga mayor importancia a las evaluaciones según los motivos e intenciones de la persona para llevar a cabo una acción y a la situación que predispuso su aparición, que a los procesos perceptuales intrínsecos al ser humano.

Uno de los primeros obstáculos de esta aproximación deriva de que los individuos no siempre realizan atribuciones basadas en los motivos del actor para la ocurrencia del evento. En muchas ocasiones los eventos son inesperados y, por ello, no-intencionados, es decir, el actor no conocía ni estaba preparado para el resultado del evento. Jones cae en el mismo error de Heider al pasar de largo que los individuos pueden hacer inferencias de las causas de un evento si no existe la intención de por medio. Es más, puede ser que ante un evento inesperado y no intencionado se busquen más explicaciones de lo que pasó, realizando atribuciones causales. Ésta es una de las razones por las cuales, la aproximación de las inferencias correspondientes sólo es aplicable a los juicios que contienen

intenciones mas no a las ocurrencias, pues éstas últimas pueden ser involuntarias (Hewstone, 1993).

Cuando Jones estudia los estilos de atribución, retoma las investigaciones de Ross sobre el *error fundamental de atribución*, que refiere cómo los observadores pueden subestimar el impacto de los factores situacionales y sobreestimar el papel de los factores dispositivos al realizar atribuciones (Hewstone, 1992). Jones se encuentra con éste y algunos otros errores en las atribuciones, él los llamará *sesgos atributivos* porque resultan de la subestimación o sobrestimación de los factores sociales, lo que impide comprender, controlar y predecir las relaciones interpersonales y la realidad que las rodea (Jones, 1979). Este es un punto muy importante porque pone énfasis en el contexto y en la persona como creadoras de atribuciones.¹⁶ Para que un observador pueda evaluar los resultados de una acción, debe conocer y distinguir los factores situacionales y disposicionales inmersos en el evento; de otra manera, el observador habrá dejado pistas importantes para descubrir si la finalidad de la causa es positiva o negativa. Nisbett y Ross (1980) creen que el error fundamental de la atribución constituye en otorgarle más importancia a los factores disposicionales que a los situacionales (Hewstone, 1992). Si tomamos en cuenta que Heider propuso al actor y al acto como parte de una sola entidad, el observador interpretará siempre mirando al actor como causante principal de un evento. Así se tome en cuenta la situación y se piense que ésta pudo influir en la consumación de los deseos del actor, éste será quien predomine, según Heider, en lo que respecta a la búsqueda de responsables, llevando a cabo una inferencia lógica para llegar al consecuente (Heider, 1944; Hewstone, 1992).

Kelley (1973) también utiliza las leyes de la lógica en su modelo de covariación para estudiar las atribuciones causales, el cual intenta descubrir cómo las personas se deciden por la atribución más correcta cuando se presentan dos o más factores que pudieron propiciar el efecto.

¹⁶ En este periodo, al marcar un peso equilibrado entre persona y situación se rompieron, una vez más, los esquemas que priorizaban la influencia de la persona como principal agente creador de conocimiento, aunque posteriormente esta idea fue sobrepasada cuando entró en vigor la hipótesis tripolar de conocimiento que hegemoniza a la interacción, es decir, lo que está entre la persona, la situación y los otros, como eje del conocimiento.

Kelley intentó estudiar las covariaciones a través del análisis de varianza porque pensaba que el psicólogo ingenuo utiliza, en forma escueta, el método científico para realizar sus juicios. Por eso, toma en cuenta la covariación y configuración al momento de hacer la atribución. La covariación se presenta cuando el observador analiza múltiples factores entre los que se encuentran los efectos y las posibles causas en el paso del tiempo, es decir, tiene la oportunidad de atribuir la causa de un evento en dos o más periodos, lo que permite al individuo cambiar las atribuciones realizadas en una primera instancia. Una de las implicaciones del análisis de varianza, es que no todos los patrones de datos pueden ser fácilmente equilibrados por el intérprete, debido a que éste puede tener patrones más familiares que otros, lo cual dispondrá la atribución. Además, como ya se había mencionado, el individuo se apoya en la consistencia, distintividad y consenso para hacer válidos sus juicios. En la configuración, el individuo selecciona de un grupo de condiciones que se presentan al mismo tiempo, cuáles pueden ser las posibles causas para el efecto deseado, basado en unas sencillas y limitadas observaciones del evento; esta atribución está influenciada por atribuciones previas a situaciones similares. Sin embargo, cuando existen otras causas que lo pudieron haber provocado, surgen confusiones en el individuo porque no puede establecer tan fácilmente una línea continua entre causa y evento. A esto se le llama "principio de rebaja o descuento",¹⁷ pues la atribución puede ser resultado de las circunstancias (Kelley, 1973).

En este modelo se toman en cuenta variables independientes como:

1. La persona que es receptora de la información consensada.
2. El tiempo-espacio es decir, la situación en que se presenta el evento (consistencia).
3. Los estímulos asociados que marcan la distinguibilidad del evento.

Con estos datos se puede crear un esquema causal, que es la concepción general de una persona para explicar como dos o más factores interactúan para producir un efecto. Las personas crean estos esquemas de acuerdo con sus

¹⁷ Traducción mía del original: la idea es que, a medida que se encuentran más causas posibles para una sola acción, cada una de ellas podrá tener cierto porcentaje de probabilidad que disminuirá la probabilidad de las otras.

creencias y cuestiones asumidas de la distribución de los eventos sobre una serie de combinaciones de dichos factores causales, analizan las posibles configuraciones de esquemas, las implicaciones inferenciales de cada uno y las condiciones similares que permiten el efecto (Hewstone 1992, p. 42; Kelley 1973). Como se puede observar, Kelley utiliza mucho las reglas de la lógica y de las matemáticas para exponer sus ideas, pero si quisiéramos "traducirlo" al lenguaje cotidiano, bastaría con decir que las personas tienen marcos o esquemas aprendidos por medios culturales para dirigir sus ideas y acciones en torno al mundo. Cuando es necesario elegir de entre serie de posibles causas para explicar un evento, la más indicada será aquella que corresponda a las expectativas e intereses del observador. Esto permite que el individuo pronostique efectos dependiendo de la presencia o ausencia de causas, lo cual requiere atención selectiva, retención a largo plazo y facilidad de aprender la información (Reboloso, 1994).

Kelley amplía su concepto de esquemas causales a *esquema de causa necesaria múltiple* (MNC), para explicar sucesos inusuales o extremos sólo si están presentes las causas exactas para producirlo y a *esquema de causa suficiente múltiple* (MSC) cuando una serie de causas pueden producir el mismo efecto. Considerando que los efectos de magnitud moderada están asumidos para reflejar los esquemas de causas suficientes múltiples, los efectos extremos están referidos a los esquemas de causas necesarias múltiples para su interpretación¹⁸.

En un principio, la interpretación proporcionada era biunívoca, pues se creía que solamente el individuo se explicaba el evento tomando en cuenta la situación y el efecto sin tomar en cuenta a los otros como integrantes de la formación de conocimiento. Más adelante, Chapman estudió el papel de las creencias, como verdades compartidas por un grupo social, en donde también se comparten las atribuciones y actitudes. Según Kelley (1973), la investigación realizada por

¹⁸ Debemos hacer la distinción entre causas suficientes y causas necesarias para aclarar el uso del término en teoría de atribución. Von Wright (1979) asume que una condición es suficiente cuando basta con la presencia de ésta para producir la acción; es necesaria cuando una serie de factores debe estar presente para producirla, pues si falta alguno de los miembros, el resultado será otro menos el esperado. Von Wright agrega que pueden existir sistemas complejos de condiciones suficientes y necesarias, en el primer caso nos encontramos con una suma de elementos y en el segundo con una disyunción, pues a cada uno de sus miembros se les da una carga para producir el efecto.

Chapman cuestiona y le da un giro a las atribuciones causales ya que, es probable asumir un consenso entre varios observadores. Es decir, varias personas pueden opinar sobre un mismo evento estableciendo atribuciones parecidas porque pertenecen a un grupo con sistemas de creencias similares. Aunque Kelley, a estas alturas, todavía no admite la existencia del otro como influencia para realizar una atribución, acepta que la participación de los otros para crear consensos es importante.

Los trabajos de Nisbett y Jones (1972) sirvieron en la investigación de Kelley para referir que los individuos realizan atribuciones según la posición que se adopte (Hewstone, 1992). Si el actor principal es quien lo refiere, generalmente dará una atribución situacional porque conoce mejor que nadie su forma de comportarse ante circunstancias parecidas. Esto lo tiene muy presente, por eso se pregunta por qué su conducta fue inconsistente y distinta, y si sumamos que debe responder de la mejor manera a la situación, obviamente el actor realiza una atribución situacional. Por otra parte, si el observador es quien refiere la acción, como cuenta con la información referida por un análisis de varianza, encuentra mayores razones para atribuirle la causa al sujeto (*op. cit.* 1973).

A pesar de esta visión tan rígida, que coloca a los intereses de la atribución en el estudio de *los procesos por los que las atribuciones se derivan de impulsos de información*, Kelley menciona algo sumamente importante, [las atribuciones] *después de todo, son solamente interpretaciones subjetivas e inferencias acerca de qué causa qué* (Kelley 1973, p. 126). Con ello propicia el desarrollo de otras formas de estudiar la atribución causal, porque bien podría argumentarse que los autores analizan los "factores" que pueden producir una atribución pero, el que atribuye, es quien recibe e interpreta lo que le rodea, si es que le interesa hacerlo. Es decir, las atribuciones ajenas se vuelven propias en el momento en que se piensa en ellas, sin evitar una transformación del sentido entre un primer sujeto y el otro.

Posteriormente, Kelley estudia los diferentes focos desde los cuales se pueden construir "*estructuras causales percibidas*", que el individuo utiliza para percibir el

flujo temporal de los sucesos vitales que ocurren causalmente (Hewstone, 1992).

Cree que estas estructuras aparecen en cinco dimensiones:

- simple – compleja.
- proximal – distal.
- pasada – futura.
- estable – inestable.
- real – potencial.

Sin embargo, las ocasiones en que puede establecerse una causa única son pocas porque la estructura causal de cualquier suceso está conformada por múltiples factores que pueden producir diversas interpretaciones o atribuciones.

Kelley y White también estudian la función de control que enfoca su estudio en la motivación, para lograr controlar el mundo físico y social mediante la explicación y predicción. Kelley pone acento en las personas que ven el mundo cotidiano y tratan de explicárselo como “científicos aplicados”, pues para él, es a través de las explicaciones de sentido común como el individuo logra el control cognoscitivo del presente y el pasado, además de permitirle anticiparse a posibles eventos. Es decir, con el control y explicación de su vida, la persona comienza a estructurar esquemas de acción que podrá activar en un tiempo venidero. Los tres principios básicos de la ciencia: explicación, predicción y control, fueron postulados y llevados al plano de lo cotidiano porque, indudablemente otorgan una sensación de seguridad ante la incertidumbre de la vida. Estos marcos que dan contorno a la vida, establecen límites de los cuales raras veces nos podemos escapar, por eso se afirma que, aunque el control que siente el individuo sea ilusorio, aumenta su esperanza y fortalece la propia capacidad de hacer frente a estímulos adversos (Hewstone, 1992).

Es importante resaltar que, tanto Heider como Kelley, creían que el proceso atributivo sólo se daba en situaciones con resultados negativos para las personas. Sin embargo, Hewstone argumenta que las atribuciones no sólo se dan en situaciones negativas o que se salgan de la norma, sino que los individuos buscan constantemente explicaciones a los eventos así los resultados sean negativos o positivos. Plantea que las atribuciones están íntimamente ligadas con el contexto

en el que se desarrolla el individuo y, por ende, con sus creencias.¹⁹ Menciona algunas críticas a los trabajos de Kelley que ponen en entredicho el método utilizado para estudiar las atribuciones causales, las más certeras argumentan que no todas las atribuciones disposicionales son intencionadas, por lo que esta perspectiva sólo sería aplicable a acciones de elección y no de ocurrencia; de los principios básicos de la estadística se deriva que las correlaciones no proporcionan la causa, en ellas sólo es posible encontrar una asociación entre variables, por lo que el individuo, si se basara en este sistema, no podría establecer relaciones causa-efecto (Hewstone, 1992).

Además, estas investigaciones ponen al individuo como un comparador automático de los factores que se involucraron en el evento, sin tomar en cuenta que no siempre se dispone de la información necesaria para evaluar el conjunto de causas que pudieron provocarlo y que el individuo utiliza la *psicológica* -más que la *lógica*- para conducirse ante el mundo. Las investigaciones de Snyder, en 1981, contribuyen a esta hipótesis, pues encontraron que las personas seleccionan la información que pueden obtener, según las expectativas, el aprendizaje o los intereses propios. Esta búsqueda marca tendencias en la interpretación del individuo para confirmar sus creencias o esquemas causales (Hewstone, 1992).

Hewstone menciona que Jones y McGillis intentaron identificar las similitudes entre las teorías de Heider, Kelley y Jones para integrarlas en un conjunto; estos autores encontraron que las tres señalan la mediación entre estímulo y respuesta, la interpretación causal como producto de la participación activa y constructiva del individuo considerado como científico "ingenuo".²⁰ Las tres teorías hacen referencia al tipo de información que utiliza la gente para determinar la causalidad, las clases de causas que distingue y las reglas que aplica para pasar de la información a la causa inferida. Aún así, se encuentran deficiencias entre las teorías. Por ejemplo, con respecto al estudio de las atribuciones internas/externas,

¹⁹ Por este motivo, Hewstone desarrolla cuatro puntos para estudiar los niveles de análisis del individuo: intrapersonal, interpersonal, intergrupalo y societal, los cuales más adelante serán explicados.

²⁰ El término "*N/ive*" proviene del francés y es utilizado para referirse al femenino de ingenuidad (Dictionary of the English Language, 2000).

Grice en 1975, objeta que los dos tipos de respuesta que puede proporcionar el individuo contienen información similar y menciona que en la conversación siempre se evita redundar. Por eso, nos referimos a un solo factor cuando se hace implícito la presencia del otro (Hewstone, 1992).

Respetando la crítica hacia la distinción tajante entre atribución interna vs. externa, argumentamos que la posición que asume el otro mediante el uso del lenguaje o la forma en que manifiesta sus ideas, habla sobre el rol que adopta dentro del evento, ya sea como ser activo (interno) o pasivo (externo). Es diferente hablar del accidente que ocurrió esta mañana que de *mi* accidente que ocurrió esta mañana. Con respecto a la validez que pueden tener los juicios emitidos por investigadores y participantes, se encuentra que pueden tener baja convergencia entre ellos, porque las personas suelen realizar combinaciones de atribuciones según el tipo de explicación que requieran para comprender su entorno, es decir, si necesitan precisión atributiva o explicaciones complejas intrapersonales. Por otra parte, según los estudios de Tajfel (1984), los individuos necesitan crear categorías para establecer atribuciones, ya que no todos los objetos del mundo pueden ser claramente definidos y delimitados en una primera instancia, por lo cual, se crean categorías que faciliten su referencia.

Los estudios de Tajfel -realizados durante el apogeo del conductismo y del cognoscitvismo- presentan al hombre como un ser con motivaciones, cogniciones y relaciones sociales. Tajfel es capaz de observar que existe una multiplicidad de factores que posibilitan la adaptación de un individuo a su entorno (no sólo se interesa por aspectos cognoscitivos) y refiere que *la mayor ventaja del hombre es su capacidad para modificar su conducta en función del modo como percibe y comprende su situación* (Tajfel 1982, p. 158). Con esto reafirma que nosotros podemos adaptar nuestras explicaciones y comprensiones del mundo según las necesidades y posibilidades que la convivencia humana presente, sin olvidar la ayuda de las herramientas cognoscitivas propias del género humano. Por eso, utilizamos constantemente atribuciones causales basadas en tres procesos:

La *categorización* permite establecer atributos entre objetos que no tienen diferencias claras; éstas se pueden abordar empíricamente en dimensiones,

es decir, haciendo comparaciones que son subjetivas porque las crean los grupos sociales, tratando de simplificar las diferencias.

La *asimilación* consiste en el contenido o la imagen de las categorías creadas que se aceptan como parte de la interacción con los otros en una sociedad. Para ello es necesario conocer las preferencias y el equilibrio entre el conocimiento de la pertenencia al grupo y la existencia de otros grupos aparte del propio.

Búsqueda de coherencia es la forma en que el individuo le da sentido a los eventos para poder entenderlos y así, adaptarse a los cambios sociales.

Tajfel opina que a través de las atribuciones causales podemos comprender y adaptarnos a las situaciones, siempre y cuando las atribuciones realizadas sean coherentes ante la nueva situación y mantengan cierta estabilidad en la autoimagen o integridad. Lo cual permite que el individuo se aleje o refuerce su afiliación al grupo y a sus creencias, normas y valores (Tajfel, 1982). Una de las objeciones que puede tener la perspectiva de Tajfel es que reduce los tipos de atribuciones a dos posibilidades: al individuo o a la sociedad (o contexto). En la misma forma que Heider, las categorías que crea el individuo, según Tajfel pueden ser situacionales o disposicionales, minimizando la importancia de la interacción como factor importante al momento de atribuir.²¹ Si bien Tajfel introduce la noción de sociedad en el camino de las atribuciones, todavía estudia a la sociedad como un *elemento diferente y externo al individuo que puede influirlo*. Más adelante, se habla de la interacción y el intersubjetivismo, y entonces aparece un triada que extiende el campo de las atribuciones causales, haciéndolo más completo.

Por otra parte, existen otras formas de estudiar la atribución que van más allá de causa internas/externas. Russell, en 1982, propone una escala de dimensión causal en donde los sujetos valoran subjetivamente sus propias atribuciones según las dimensiones del lugar, estabilidad y controlabilidad. De esta manera, se evalúan las percepciones que los sujetos tienen de las causas en una situación

²¹ En esta ocasión, disposición es el conjunto de características propias de un grupo que asumen los individuos (Tajfel, 1984, p. 167).

dada. Russell también diferencia entre la clasificación teórica de las causas y el modo en que los sujetos las perciben realmente. Traduce las atribuciones causales de los sujetos a dimensiones causales, pues, para él, es una forma de evitar el *error fundamental de investigación* que consiste en *traducir*, desde la perspectiva del investigador, las dimensiones causales que adopta el individuo (Russell, 1982; citado en Hewstone, 1992).

Para Kruglanski (1975) lo importante son las causas y razones, por eso trató de convertir las causas internas y externas en endógenas (el fin en sí misma) y exógenas (el medio para el fin). Distingue entre acciones (voluntarias) y sucesos u ocurrencias (involuntarias). Kruglanski propone que, en vez de utilizar atribuciones internas/externas, las personas determinan sus acciones de acuerdo con la voluntad del actor y afirma que mucho del conocimiento individual es adquirido por otras personas y está basado en sus creencias y en su visión del mundo (Hewstone, 1992; Kruglanski, 1988). A este punto, se argumenta que, a pesar de que la acción sea voluntaria, el resultado de ella no depende solamente del actor, por eso, la responsabilidad del efecto no necesariamente recae por entero en él.

Debe considerarse que los méritos de cada evento no son provocados por una sola causa, como lo explica Von Wright (1979), para un sólo efecto pueden estar asociados diversos factores que propicien su consumación. Por lo tanto, es importante distinguir que la voluntad no es el factor más importante en las atribuciones de causalidad o responsabilidad. Las explicaciones de Kruglanski eran más teológicas que causales, porque sólo se justifican según las razones o propósitos del actor. Tal vez Buss, en 1978, fue influenciado por esta perspectiva pues afirma que, dentro del estudio de las atribuciones causales debemos cuestionar las razones, porque la causa es lo que puede ocasionar un cambio y las razones son el motivo que lo ocasiona. Buss dice que las personas pueden formular explicaciones causales de las acciones, además de razones. Respecto a esto, Kruglanski, Locke y Pennington, afirman que *la razón puede interpretarse como un tipo específico de explicación, mientras que la causa se interpreta normalmente como explicación en sentido genérico* (Hewstone, 1992, p. 56), lo que clasifica a la razón como un tipo de causa.

Hasta ahora hemos revisado la atribución en causas internas o externas para obtener una idea estructurada del pensamiento del sentido común, de acuerdo con los fundamentos de la psicología social cognoscitivista, pero también se sustenta en las representaciones sociales y en la etnometodología. Esta última estudia como los seres humanos perciben y le dan sentido a su entorno (y a sí mismos), según las pautas sociales que los rodean. En el estudio de la atribución se habla de relatos explicativos, los llamados *accounts* son discursos enunciados por las personas para dar cuenta de su realidad. Según Ibáñez (1994), existen al menos dos formas de estudiar los *accounts*: como una descripción subjetiva, o cómo está constituida la realidad.

La atribución causal obviamente debe voltear la mirada a esta perspectiva porque podemos encontrar indicios para conocer la forma en que los individuos construyen su realidad, lo cual les sirve para explicar y comprenderse a sí mismos, en palabras de Scott y Lyman: [los relatos explicativos] *son manifestaciones hechas para explicar un comportamiento inconveniente y tender un puente sobre el vacío creado entre acciones y expectativas* (Scott y Lyman, 1968, p. 46. En: Hewstone, 1992, p. 56). Según estos autores, las explicaciones se diferencian de los relatos explicativos porque las primeras no tienen un matiz negativo o inconveniente en la vida del actor. Sin embargo, creemos que los relatos explicativos suceden constantemente por el gusto de dar sentido a la vida, y en ella no solamente se encuentran resultados negativos, también existen sorpresas y divagaciones.

Las personas se encargan constantemente de significar y resignificar su entorno, ya sea en la vida cotidiana o en sucesos que salen de la norma. Si manifiestan una connotación positiva o negativa será por la necesidad de justificar sus actos. Las diferencias observadas por Scott y Lyman entre relatos explicativos y explicaciones funcionan como facilitadoras para diferenciar estas connotaciones. Finalmente, es una forma de referirse al mundo estableciendo relaciones causales que abran puertas que en otros momentos ni se veían.

Existen otros estudios que abordan las atribuciones causales espontáneas, afirmando que, en ocasiones, los individuos no reflexionan sobre las explicaciones

que encuentran y entonces el proceso es inconsciente; el individuo no busca controlar nuevas informaciones y cuando se trata de actividades cotidianas lo hace a través de "scripts" o patrones explicativos generales y bien aprendidos.²²

En esta línea de investigación surge el interés de estudiar la atribución sin modificar o forzar las variables. Es Weiner quien intenta codificar la información a través de la comunicación verbal. Las opciones que él propone son:

1. Codificación de materiales escritos, porque los resultados no esperados provocan mayor número de intentos explicativos que los resultados esperados.²³
2. Pensamiento en voz alta de la respuesta durante/después de transcurrir el evento.
3. Indagación causal inferida a partir de procesos cognoscitivos, este tipo de análisis contribuye a construir atribuciones según la congruencia o incongruencia de una secuencia de actos.

Para Weiner, los sucesos no esperados y la no-consecución de una meta (ambos con la aparición de sus contrarios) pueden provocar la aparición de atribuciones. Según Hewstone (1992), ciertos autores proponen que los individuos realizan más inferencias correspondientes cuando no esperaban el resultado, otros autores dicen que un bajo consenso provoca una atribución personal o, que la gente se confía en los "scripts" cuando se trata de actividades familiares y que por eso, no necesitan explicaciones. Insistimos que factores como la carga positiva o negativa del evento pueden propiciar la aparición de atribuciones causales; ante una carga negativa los resultados están fuera de control. Por eso, es necesario explicar que fue lo que sucedió, ya que esto puede disminuir la intensidad de la carga afectiva.

Además de los estudios entre procesos no esperados y atribución, Weiner sostiene que la forma en que atribuimos puede influir en el modo en que sentimos

²² La traducción en español corresponde al término escenarios, son secuencias estructuradas de acontecimientos en los que hemos participado y que hemos almacenado en nuestra memoria. Permiten orientarnos en nuestras conductas y/o actitudes en determinadas circunstancias. Abelson, 1981; Langer y Abelson, 1972 (En: Hewstone, 1992, p. 63; e Ibañez, 1994, p. 201).

²³ Aplicable a la presente investigación, pues la interpretación que hacen los pacientes en sala de urgencias es resultado de un evento inesperado o no deseado.

a la vez que nuestros sentimientos influyen en el tipo de atribuciones realizadas. Esta idea nos sirve para distinguir dos clases de sentimientos relacionados con el logro: los dependientes del resultado y los vinculados a la atribución. No obstante, el argumento de Weiner crea límites entre estos tipos de sentimientos cuando uno puede ser causa del otro y viceversa. Por tal motivo, los sentimientos dependientes del consecuente pueden ser, en otro instante, los sentimientos vinculados a la atribución. A pesar de las distinciones tan forzadas en las teorías de la atribución, Weiner acierta al afirmar que *"tanto las atribuciones causales (capacidad, esfuerzo), como sus propiedades causales subyacentes (lugar, estabilidad y controlabilidad) generan sentimientos diferenciados"* (Hewstone, 1992).

Por otra parte, el nivel de información, la motivación y la capacidad con que el sujeto cuenta, capacita y propicia la intención para comprender, lo que permite adentrarse al objeto para poder sustentar una opinión o actitud. Además, los actores que pueden verse a sí mismos harán más atribuciones dispositivas sobre sus propios comportamientos, mientras que, los observadores que pueden ver otro aspecto de la situación del actor se tornarán más situacionales (Hewstone, 1992). Con esta aproximación, surge una pregunta que genera desacuerdos: ¿es posible distinguir entre explicaciones cognoscitivas y explicaciones motivacionales? Como la diferencia no es tan clara como el agua y el aceite, nos arroja a una discusión entre razón vs. motivación. Algunos autores se han dedicado a contrastar ambas posturas pero, opinamos que la respuesta no está a favor de la diferenciación sino de la complementación. No es que diferentes mecanismos expliquen un mismo proceso, más bien son procesos que están entrelazados en las atribuciones que, sin lugar a dudas, son *interpersonales* porque se dan en contextos intergrupales.²⁴

Entre estos autores encontramos a George Simmel (1858-1918), quien, a pesar de escribir a principios del siglo XX, pocos lo han leído desde la perspectiva psicológica. Sin embargo, sus aportes son importantes porque con él intentamos complementar los simbolismos que ocupa el ser humano para explicar lo percibido

²⁴ Es dentro de un grupo donde las atribuciones surgen, así como los sesgos, las reglas de inferencia, la búsqueda de información, la evaluación de la información disponible, etc.

en la vida cotidiana. En su ensayo titulado *Puente y puerta* (1998), este autor desarrolla toda una teoría sobre cómo sólo los eventos que traen a la memoria un matiz afectivo importante al individuo, o a los que está predispuesto a impregnar de significado, podrán destacar de toda la serie de eventos intrascendentes que se presentan en la vida de los individuos. También existe la posibilidad de que los eventos se queden en el recuerdo, porque simplemente en ese momento cierto individuo tiene los ojos abiertos y se "fija" más en lo que está pasando con lo cual se llena el evento de intencionalidad.

Por otra parte, en su texto *Sobre la aventura* (1988), Simmel menciona que existen eventos que pueden no tener una causa directa y parecer aislados. Sin embargo, éstos responden a una necesidad y se les encuentra un sentido, la esencia que los hace permanecer en el recuerdo y no se esfuman en el interminable ir y venir de sucesos que no trascienden.

En su ensayo sobre *El problema del destino* (1998), aborda la causa y el significado (interpretación, atribución, razón) como ejes para contar la historia de cada individuo, para impregnar a los eventos de sentido:

Pero la vida humana está bajo el doble aspecto: la causalidad, la simple naturalidad de su acaecer, y la significación que, como sentido, valor, fin, lo eclipsa o recorre espiritualmente; o desde otro punto de vista: estamos, por una parte, entregados y sometidos a la movilidad cósmica, pero por otra parte, sentimos y conducimos nuestra existencia individual a partir de un centro propio y como forma de alguna manera cerrada en sí (Simmel 1998, p. 37).

En el pensamiento de Simmel se hace presente la idea de causalidad como algo que surge por las creencias presentes en determinada sociedad, por el individuo que las adopta como propias, y por los otros que contribuyen en la formación y mantenimiento de dichas creencias. Lo importante, para Simmel, es que existen eventos que se ven marcados por algo significativo, una huella, aunque sea azarosa, llevando al individuo hacia el centro, en donde se crea un momento intenso y, *a partir de ahí, se resignifica la vida.*

Entonces, se puede argumentar que el individuo atribuye cierta importancia y justifica los eventos de acuerdo a sus expectativas e intenciones. Para Simmel, si un evento es intrascendente, el individuo no buscará explicaciones puesto que

pasará desapercibido, constituyendo una *casualidad*. Pero si de alguna manera refleja alguno de los puntos importantes en su vida, lo llenará de intencionalidad y buscará interpretaciones para justificar la ocurrencia del evento.

Con Simmel encontramos el significado de acuerdo a las expectativas y el aprendizaje del individuo, que puede conocerse mediante el uso del lenguaje. Sin embargo, hasta 1982, se le había prestado poca importancia al lenguaje cotidiano en las atribuciones. Si bien se exploraban los enunciados expuestos por los observadores, siempre se trataba de sistematizarlas al máximo, con lo cual desprendieron el aspecto afectivo que involucra el referir parte de sí pues, al definir causas situaciones y dispositivas se ignoraba la palabra que hace presente la atribución. Consideramos que es importante observar las atribuciones que el sujeto da a través de actitudes y argumentaciones para comprender el pensamiento arraigado y no sólo la oración que, sin el sustrato afectivo descontextualiza el significado de la atribución. Creemos que el lenguaje utilizado por el sujeto es uno de los indicadores del tipo de atribución realizado, porque es una manera de referir lo que le sucedió y puede mostrar cómo el individuo conoce su entorno, por eso es lo que exploraremos en la siguiente sección.

1.4 Perspectivas. El cambio de creencias a través de la atribución o... el cambio de atribución a través de las creencias.

Además de los trabajos sobre atribución causal que Nisbet hace con Jones (1972), realiza otras investigaciones sobre cambio social y enfoca las crisis de la sociedad como elemento importante en él. Con el paso del tiempo, las teorías sobre atribución causal dejan de considerar a los factores disposicionales (individuales) y situacionales (contexto) como ejes fundamentales de interpretación. Basado en un inicio en teorías gestaltistas y cognoscitivistas, el estudio de la atribución causal fluye como el conocimiento para acordar que las interpretaciones de las personas

son parte de construcciones sociales compartidas que pueden referirse como representaciones o procesos cognoscitivos (Nisbet, 1979; Ibáñez, 1994).²⁵

Las relaciones de causalidad que establece el individuo con respecto al mundo circundante, obedecen a una serie de eventos *casuales*, que las personas unen de acuerdo con expectativas, experiencias y nociones, estableciendo entre ellas relaciones de causalidad. Si aceptamos esto, no le restamos importancia a las consecuencias ocurridas entre objetos,²⁶ pero hacemos énfasis en estudiar la forma en que los individuos comprenden su realidad (en términos sociales), a partir de sentirse dispuestos a darle significado a su mundo. Es decir, el nexo causal existente entre los eventos es una función entre las asociaciones establecidas por los individuos y el resultado de factores físicos, que se entrelazan en el espacio, el tiempo y la memoria colectiva, noción similar a la asociación de ideas humana.

Las atribuciones participan en un juego que tiene normas estipuladas por acuerdos sociales y que van más allá de la díada individuo-sociedad. Este enfoque se encarga de priorizar la interacción social como factor primordial en la creación de relaciones causa-efecto, que indiscutiblemente existe y resiste en la comprensión de la vida cotidiana.

Uno de los expositores del construccionismo es Tomás Ibáñez quien, junto con Keneth Gergen, se han interesado por la construcción del pensamiento en la realidad cotidiana, retomando algunas ideas de Heider y de los teóricos de la atribución. Ibáñez (1994), menciona que las teorías de la atribución fueron un punto de apoyo para el sociocognoscitismo. Sin embargo, el camino recorrido por la atribución podía llevar a una sobreindividualización de la teoría y dejar de abordar cuestiones sociales, pues al estudiarla sólo como un proceso cognoscitivo le restaba mérito al marco social. Entonces, Kruglanski (1988), uno de los teóricos ya mencionados, prefirió referirse a la atribución como conocimiento social y, así,

²⁵ De hecho, Ibáñez en su libro *Psicología social construccionista*, aclara que éste todavía es un punto que la teoría de la atribución no ha podido consolidar, la diferencia entre representaciones y cogniciones, que lleva al límite la distinción individuo-sociedad. No obstante, esta cuestión también enriquece nuestra perspectiva porque nos permite abordar el problema desde una dimensión más plural.

²⁶ Porque nuestra finalidad jamás será refutar alguna de las leyes de la física, seguimos pensando que *a toda acción corresponde una reacción* (Albarenga, 1983).

no minimiza ningún aspecto formador de conocimiento, además de permitir conocer la vida cotidiana y el sentido común. Aunque Ibáñez no simpatiza completamente con el cognoscitismo social, admite que las atribuciones causales y sus inferencias correspondientes contribuyen a explicar la vida cotidiana. Reconociendo los factores subjetivos en la construcción de la realidad social, puede darse un giro en la concepción de las atribuciones causales, debiendo introducirse mucho más en el estudio de la intersubjetividad para tener una visión más amplia del objeto.

Por tal motivo, ahora se pueden encontrar nexos entre los enfoques atributivos y el interaccionismo simbólico. Para ello, es necesario "deconstruir" los modelos atributivos que caen en la rígida minimización de los factores intersubjetivos por lograr una sistematicidad, reacomodándolos en una nueva esfera donde se pueda vislumbrar la importancia de la comunicación simbólica para referir, explicar y comprender el entorno, lo cual es de interés para el presente trabajo. Ibáñez resalta que, tanto el interaccionismo simbólico como la atribución causal, buscan conocer los procesos que utilizan las personas para interpretar su entorno, darle sentido y encontrar la representación más adecuada para la realidad. Como antes habíamos mencionado, estas teorías colocan al individuo como agente activo de su realidad, es decir, las atribuciones causales contribuyen al estudio de la construcción de los significados sociales dispuestos a través de la interacción.

Aunque en un principio la atribución causal era estudiada, casi en su totalidad, desde la perspectiva cognoscitiva, cada vez se ha aproximado más a la visión construccionista, entendiendo que, la comunicación, la argumentación y el acuerdo intrapesonal son fundamentales en la comprensión de la realidad social. El lenguaje es una de las principales opciones que se proponen para su estudio porque es mediante él como podemos expresar nuestras concepciones (Ibáñez, 1994).

El construccionismo sostiene que cada individuo puede construir una visión diferente de la realidad, pero esto no significa que no pueda ser entendida por los otros. Más aún, esta visión puede y es "reconstruida" dentro de los grupos sociales a los que se pertenece y compartida entre sus integrantes. Es cierto que no

podemos tener una concepción exactamente idéntica a la del otro, pero podemos crear y establecer semejanzas que nos permitan comprender y compartir las experiencias de nuestros congéneres. Estas categorías surgen en el transcurso de la vida cotidiana, en las relaciones sociales, y permiten la formación de opiniones que desembocan en construcciones sociales permeadas en la sociedad que pueden explicarse cuando recurrimos a la atribución.

Para Ibáñez (1994), nuestra concepción de la realidad está influida por el medio cultural en el que vivimos, por el sitio que se tiene en la estructura social y por las experiencias que aparecen en la vida cotidiana, lo cual puede coincidir con Hewstone en su esquema sobre las atribuciones causales. Según Hewstone (1992), la teoría de la atribución causal refiere que los individuos suelen dar explicaciones a eventos trascendentes, dependiendo del rol que tuvieron en los mismos. Las explicaciones que se puedan dar están influidas por el entorno social en que se desenvuelven las personas. Además, no sólo se toma en cuenta el lugar geográfico, también se consideran las personas que interactúan, los objetos de conocimiento disponibles o el aprendizaje. Hewstone (1992), propone el estudio de la atribución abarcando cuatro grandes esferas:

∞ Intrapersonal.

Trata de encontrar cómo los individuos procesan la información del medio y la traducen o, como lo refiere el nombre, lo que se encuentra dentro del individuo remitiéndose al aspecto perceptual.

∞ Interpersonal.

Dada una situación, los individuos ocupan posiciones esencialmente iguales, es decir, si se presentan situaciones estructuralmente parecidas, el individuo actuará de manera similar. Por el contrario, si las situaciones de los eventos varían, la forma como actúe el individuo ante ellas será diferente.

∞ Intergrupala.

Se refiere a las categorías sociales que existen dentro de cada grupo y que permiten al individuo una sensación de pertenencia al grupo

∞ Societal.²⁷

En este nivel, las creencias compartidas por las personas que integran una sociedad afectan e influyen en la forma de actuar y de concebir la realidad de los individuos.

Con estos puntos planteados por Hewstone (1992, p.14) se tiene una perspectiva más amplia de las bases del individuo para establecer relaciones entre causas y efectos. La propuesta de Hewstone es interesante porque las últimas dos esferas generalmente eran ignoradas por los investigadores. Ahora se les reconoce, pero siempre se prioriza en las primeras y el estudio de las últimas queda en el limbo. Por lo tanto, nos ocuparemos de la parte más olvidada, los significados compartidos por los grupos que permiten diversos tipos de atribuciones.

Dentro de esta serie de explicaciones o intentos para comprender los eventos, los individuos se basan, indudablemente, en el lenguaje para poder transmitirlo, tanto a sí mismos como a los otros. Incluso en la vida cotidiana, utilizamos una serie de reglas y normas que legitiman nuestras acciones, determinadas y explicadas por acuerdos, generalmente lingüísticos, relacionados con las necesidades de cada sociedad, que interpreta y pone en juego los *discursos cotidianos para nombrar la vida* (Reguillo 2000, p. 81).²⁸ Con ello, logramos ser sujetos que conocen y comparten su mundo, mediante discursos, y uno de los más utilizados es el consenso.

Como dice Foucault: *Convertido en realidad histórica espesa y consistente, el lenguaje forma lugar de las tradiciones, de las costumbres mudas del pensamiento, del espíritu oscuro de los pueblos; acumula una memoria fatal que ni*

²⁷ Según el *Diccionario de Sociología*, editado por Fairchild (1971), el término societal está relacionado con la sociedad. *Hace referencia a cualquier grupo o grupos de algún tamaño incluido en el concepto de sociedad, o a algo característico de ellos. Comparado con el término "social", lo que la nueva palabra pretende subrayar es la estructura y funcionamiento del grupo más bien que las relaciones asociadoras.* En el momento en que fue reimpresso este diccionario, éste término solamente era aceptado por un grupo de sociólogos norteamericanos.

²⁸ Cuando hablamos de vida cotidiana, nos referimos a las actividades que suelen ser consideradas normales: vestirse, caminar, ir a trabajar, ver a la familia, etcétera, que influyen en las interpretaciones o atribuciones hacia eventos inesperados, como un accidente, la pérdida del empleo, el asistir a un reencuentro de un grupo. Por eso, el tema que nos corresponde se interesa por las concepciones de la vida cotidiana. Para una revisión más exhaustiva ver: Heller (1977) y Lindón (2000).

siquiera se conoce como memoria (1971, p. 291). Es con palabras, generalmente, como comunicamos nuestras experiencias, gustos y malestares. Pero el uso de estas palabras y la forma en que las personas acostumbran referirse a sí mismos, puede variar dependiendo de la lengua y, obviamente, del círculo social al cual se pertenece. De esta manera, podemos apreciar distintas formas de explicar los eventos, porque el grupo al que se pertenece afecta el sentido de responsabilidad de cada ser humano.

Las personas pueden referirse a las causas de los eventos de forma meramente descriptiva (que no dice gran cosa del sujeto) o mediante adjetivos, que son los más ilustrativos, porque expresan cualidades propias. A esto se le llama *uso de estrategias lingüísticas*, que en este caso se emplean para realizar atribuciones.

En la sociedad mexicana es posible encontrar estrategias lingüísticas del tipo "convenientes" a la óptica del observador, lo cual concuerda con Heider (1944) cuando habla de factores internos y externos, es decir, las personas acostumbran atribuir causas a los eventos según sean positivas o negativas a ellos, si fueron planeadas o no. Si el resultado es positivo y planeado, la causa será atribuida a factores internos, propios de la persona; si la consecuencia es negativa o imprevista, la causa será debida a factores externos, porque *se escapa de las manos de la persona*. Mucho de este razonamiento se debe al contexto en que se presenten las atribuciones. El lenguaje está determinado, en gran parte, por las estructuras subyacentes a los grupos de pertenencia. Si estos grupos actúan o refieren sus actos por medio de excusas, es mucho más probable que ésta sea la primera opción que se tenga para responder ante una situación imprevista. Ya más explícitamente, Semin y Fiedler, en 1989, expusieron que *el resultado de la reflexión causal o del proceso cognoscitivo intraindividual es, en realidad, una tendencia determinada por normas sociales de utilización del lenguaje* (Hewstone 1992, p. 77). Gergen, en 1997, añade que este intento de buscar constantemente significados a la vida cotidiana puede deberse a la saturación social a la cual las personas están expuestas, pues es una manera de no olvidar lo que está siendo tan efímero.

Este enfoque puede parecerse al hermenéutico, la diferencia radica en que, para el construccionismo, la interpretación no es lo único que dispone la aparición de atribuciones o de conocimiento, en palabras de Ibáñez: *si bien es cierto que gran parte de los efectos que produce la realidad social pasan por la interpretación que de ella hacemos, también es cierto que nuestra actividad hermenéutica está determinada en buena medida por factores que son independientes de cualquier interpretación* (Ibáñez 1994, p. 165). De esta manera, no eliminamos la posibilidad de una realidad como tal, pero sí de conocerla si no es a través de la experiencia.

En resumen, las teorías de atribución causal no solamente se encargan de aspectos cognoscitivos, también se interesan en los aspectos simbólicos que se construyen en sociedad. No todos los estudiosos del tema han mirado únicamente cuestiones individuales, también se han interesado en el pensamiento social o colectivo que propicia el surgimiento de atribuciones características de determinados grupos sociales. El hecho de que este enfoque sea, probablemente, el menos estudiado, no le resta importancia al tema. Por esto, la presente investigación integrará en categorías las diversas atribuciones que pueden surgir dependiendo de las referencias del propio individuo.

2 ¿Alcoholismo en México?

2.1 *Breve historia del consumo de alcohol en México.*

Cuando tratamos de darle significado a las cosas que nos rodean, buscamos en el tiempo, en la historia y en el espacio de vida al que pertenecemos. De esta manera, encontramos un sitio especial para cada objeto, también para beber tenemos un lugar. En cantinas, bares, fiestas, casas, etcétera, solos o acompañados, escogemos un espacio determinado donde preferimos beber agua, café o alcohol, según la ocasión. Rodeado de hábitos –que no necesariamente son tradicionales-, cada vez que se bebe alcohol se conmemora algo significativo para el bebedor, desde alegrías, festejos y remembranzas, hasta muertes, depresiones o sin-sentidos. Por eso, en este capítulo se hace un recuento de los estilos de consumo en México desde la época precolombina hasta la actualidad, para alcanzar una mejor comprensión de los significados otorgados al consumo.

Ya en la época prehispánica, estas celebraciones se hacían mediante ritos que contaban con múltiples tipos de bebidas fermentadas, todas estaban asociadas a las deidades y envueltas de creencias y tradiciones. Así, encontramos tepache, fermentos de frutas, vinos de capulín, eliztli, vino de sabia de palma, quebrantahuesos, etcétera. De todos ellos, el pulque fue el más famoso y consumido como bebida embriagante durante la época prehispánica y colonial (Vargas, Aguilar, Esquivel, Gispert, Gómez, Rodríguez, Suárez y Wachter, 1998).

Las enormes diferencias en el significado atribuido por los mexicanos precolombinos, los colonizados y los independientes deben considerarse para aproximarnos al alcoholismo en México. Si bien todavía no contamos con criterios que delimiten tajantemente qué es el alcoholismo,²⁹ consideramos que, el consumo riesgoso, se refiere a todo consumo de alcohol que constituya un problema social, físico o mental sin que sea necesaria la aparición de dependencia (Borges, 1989).

²⁹ Los criterios para considerar un caso de dependencia de alcohol son: demostración de tolerancia o síntomas de abstinencia, para mayor detalle consúltese el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV, 1998).

❖ Época Prehispánica.

Los datos que podemos encontrar del consumo de alcohol en el México antiguo, indican que se remonta a 8, 000 años antes de la llegada de los españoles, con la domesticación del pulque, llamado *octli* por los mexicas y representado por los dioses de la bebida llamados *centzon-totochtin*, que significa cuatrocientos (innumerables) conejos, por las múltiples manifestaciones que podía tener en la conducta de los bebedores. Cabe mencionar que los pobladores de la antigua Tenochtitlan mantenían un extremo respeto hacia sus leyes y costumbres, un alto sentido del servicio público y de la autoridad, de manera que se aplicaban las leyes sin distinción de ninguna clase; además, la aplicación de éstas era sumamente severa (Soustelle, 1983). Por ello, el consumo de *octli* o pulque se realizaba como parte de ceremonias sagradas, curativas o en fiestas y en algunas de ellas participaba todo el pueblo. Su consumo estaba estrictamente regulado por normas sociales, porque conocían los grandes peligros a los que podía llevar este vicio. En las enseñanzas de los ancianos se le presenta de esta manera:

Este es el vino que se llama octli, exclamaba el emperador dirigiéndose al pueblo después de su elección, que es raíz y principio de todo mal y de toda perdición, porque este octli y esta borrachera es causa de toda discordia y disensión, y de todas revueltas y desasosiegos de los pueblos y reinos; es como un torbellino que todo lo revuelve y desbarata; es como una tempestad infernal, que trae consigo todos los males juntos. De esta borrachera proceden todos los adulterios, estupros y corrupción de vírgenes y violencia de parientes y afines; de esta borrachera proceden los hurtos y robos, y latrocinios y violencias; también proceden las maldiciones y (falsos) testimonios, y murmuraciones, y detracciones, y las vocerías, riñas y gritas; todas esas cosas causa el octli, y la borrachera... El borracho con nadie tiene paz, ni de su boca salen palabras pacíficas (y si) destempladas, es destrucción de la paz de la república. Esto dijeron los viejos, y nosotros lo vemos por experiencia (Sahagún 1956, p. 105).

Como se relata, el pulque se bebía como parte de las ceremonias religiosas, pero si se descubría que el sacerdote o el noble se emborrachaba, se le castigaba con la muerte, los ancianos lo bebían secretamente y en pocas cantidades y la plebe lo hacía solamente en fiestas durante las cuales estaba permitido emborracharse, por ejemplo, durante la fiesta del *"dios del fuego que*

tuesta para comer", que duraba varios días y en la que todos bebían en exceso, incluidos niños, mujeres y ancianos. Sin embargo, en la cotidianidad, su consumo era altamente resguardado por leyes y normas sociales que impedían transgredir al prójimo o a la deidad, de tal forma que si alguien bebía más de lo permitido o se mostraba públicamente con el vino sagrado, la primera vez se le castigaba con la vergüenza pública y se le rapaba la cabeza enfrente de la multitud, si acaso reincidía, lo golpeaban con palos hasta matarlo (Soberón, 1998; Sahagún, 1956; Soustelle, 1983). El tipo de vida de los mexicas aunado al respeto a sus costumbres y tradiciones, permitió autorregular socialmente el consumo de alcohol.

❖ La Colonia.

Durante el México colonial, el consumo de bebidas alcohólicas aumentó como consecuencia de la conquista, pues la regulación que antes ejercían las creencias y los ritos religiosos, se fueron perdiendo a medida que se imponían otras formas culturales. Fray Bernardino de Sahagún, en la *Historia general de las cosas de Nueva España*, cuenta las enseñanzas que los ancianos hacían a los más jóvenes acerca del *octli*, "aquel vino embriagador", donde se recomienda no beber demasiado y evitar estados de borrachera, porque envician al hombre y al espíritu, y provocan castigos tan severos como ser ridiculizados, apedreados, amarrados, etc. Las enseñanzas de los ancianos estaban envueltas de tradición, y al hacer referencia a la moderación en el consumo de *octli*, era en el marco de las costumbres y creencias, en ellas no existía un solo Dios, pues las adoraciones se extendían hacia la infinitud de la naturaleza. Si tomamos en cuenta que la aculturización iba en aumento, Fray Bernardino de Sahagún añade que *este vicio no agrada a Dios*, con lo que mezcla las enseñanzas de los ancianos con los preceptos de la Iglesia católica. Una vez desmembrados los ritos de sus significados, sólo pudo permanecer el hábito y, consecuentemente, se transformó en vicio. Propiciado además, por un gobierno que prefería la embriaguez del pueblo -porque de esta manera podía lograr su dominación-, a una población

consciente y unida que exclamara ante los malos tratos e injusticias que, día tras día, les propinaban españoles y criollos, como lo refiere Viqueira:

el problema al que se enfrentaban las autoridades en el siglo XVIII no era el poner un freno al relajamiento de las costumbres del pueblo, ya que éstas seguían siendo las mismas, sino el desarraigar tradiciones, que empezaban a considerarse como sumamente perniciosas (Viqueira 1987, p. 215).

Esto, aunado a la falta de alimentación, provocó que el pulque se convirtiera en uno de los productos más consumidos por la gente, ya que sus propiedades alimenticias se equiparaban con el maíz, que por aquel entonces escaseaba.

La mayor parte de su consumo se efectuaba en el centro del país, específicamente en la capital, como consecuencia del estado virreinal que acumulaba el poder y las fuentes de trabajo en la ciudad de México. A medida que las formas de obtener alimento iban disminuyendo, amplios sectores de la población tuvieron que desplazarse hacia el centro para conseguir trabajo y, por tal motivo, el pulque se vendía en grandes cantidades en esta zona del país y sus alrededores (Soberón, 1998). Este efecto puede ser una de las causas por las que el consumo de alcohol, en la actualidad, sea más elevado en el centro del país que en provincia.

Otras bebidas tradicionalmente mexicanas, conocidas internacionalmente, son el tequila y el mezcal. Estas bebidas tienen su origen en Guadalajara, Jalisco y se cree que los conquistadores tuvieron mucho que ver en su descubrimiento; derivado del maguey, proporciona un sabor fuerte al paladar y una sensación de embriaguez más rápida que el pulque.³⁰ En un principio, su distribución estaba prohibida, por ello casi no se consumió. Fue hasta que las grandes cúpulas del poder se dieron cuenta del capital que podían obtener a través de sus impuestos, cuando los legalizaron y se volvieron más accesibles para la gente, que si ya los conocía y apreciaba, ahora podía adquirirlos legalmente.

El consumo de bebidas alcohólicas, de ser regulado por las tradiciones y costumbres, pasó a ser regulado por un gobierno, con normas y leyes tan estrictas

³⁰ Antes de conocer los métodos comerciales de destilación, el mezcal y el tequila se obtenían aplastando las pencas y el corazón del maguey, respectivamente, hasta extraer su jugo. (Muria, 1998; Lozano, 1998).

que en pocas ocasiones eran aceptadas por los individuos: Probablemente, este fue un factor más que provocó la falta de autorregulación de la sociedad hacia su consumo. Recordemos que durante el siglo de las Luces (XVIII), las diversiones públicas fueron controladas a tal extremo que pocas eran las que podían efectuarse sin miedo a ser castigados, el consumo de bebidas alcohólicas se incluía como una de estas diversiones, en especial el pulque, ejerciendo un estricto control sobre él. A pesar del aumento en el número de pulquerías, su reglamentación era tan rígida que terminaba por ocultarse su consumo. Esto provocó una asociación entre el relajamiento de las costumbres con el consumo excesivo de alcohol, a tal grado que, según Viqueira (1987), el consumo de pulque aumentó considerablemente durante esta época.

Las normas de control social (impuestas por los españoles) surgieron poco después de la conquista (1519) y continuaron para acrecentarse al final de la colonia (1810). Se reglamentó la hora de apertura y cierre de las pulquerías, teniendo que abrir a la una de la tarde y cerrar antes de la puesta del sol. Sin embargo, estas leyes eran constantemente violadas por la gran demanda del producto (principalmente los días de fiesta) y por que durante esas horas la gran mayoría trabajaba. El pulque era una bebida de fácil acceso hasta para la gente de más bajos recursos, si tomamos en cuenta que un cuarto del salario mínimo alcanzaba para más de un litro de pulque, entonces era más barato beber que comprar comida. Por tal motivo las castas, mestizos y españoles pobres se resguardaban en el pulque (Fisac, 1998; Viqueira, 1987).

En la mayor parte de las celebraciones se acostumbraba incluir el pulque y, bajo sus efectos, estas fiestas terminaban entre peleas y golpes, por eso las autoridades tachaban a los expendios como lugares de vicio y perdición, donde se presentaban pecados sexuales, crímenes y desórdenes, además, dado el contacto con la gente, podían surgir rebeliones y manifestaciones subversivas, pues era *el principal centro de difusión de las ideas y de las formas de vida populares*, lo cual atemorizaba a la corona (Viqueira, 1987). Contrario a los riesgos que surgían por un consumo excesivo de pulque, su venta y producción no disminuyó por orden de la corona, pues su restricción impedía recaudar los impuestos de su venta, que

arrojaban grandes ganancias. Tan sólo en la ciudad de México, en 1763, se recaudaron \$247, 000 y, para 1782, se incrementaron a \$697, 000 al año [Fuente: Fonseca y C. Urrutia (1780). En: Viqueira (1987), p. 183]. Obviamente, a la corona no le convenía eliminar un producto que le permitía obtener una buena suma de dinero, pero debía ingeniárselas para impedir los desórdenes públicos. La vía más certera y eficiente para evitarlos fue a través de vigilancia y reglas más rígidas. Entonces, el visitador De Gálvez propuso, en 1777, incrementar los impuestos y las autoridades decidieron aumentarlos considerablemente para obtener mayores contribuciones, disminuir el número de bebedores y sus consecuencias (*op. cit.*, p. 186).

El gusto no les duró mucho tiempo. En 1786, la demanda de pulque y la de otros productos decreció a tal grado, que los índices de recaudación se vieron afectados y tuvieron que detener el constante ascenso en el pago de impuestos. En los inicios de la colonia y hasta la primera mitad del siglo XVIII, el consumo de pulque y sus combinaciones guardaban una relación inversamente proporcional al precio del maíz, ya que cuando aumentaba el último, el consumo del primero disminuía. En 1772, ambos productos lograron cierta semejanza económica pero, con el alza de impuestos, además de otros factores sociales como la apertura al comercio del chiguirito y del mezcal, hicieron que el consumo de pulque disminuyera. Para estas fechas, la ingesta aproximada equivalía a medio litro de pulque por persona, invirtiendo menos del salario mínimo en él.

Ahora bien, muchas personas hacen referencia a las usuales borracheras de los mexicanos, al indígena tirado afuera de la pulquería y a las tremendas repercusiones como consecuencia de una severa intoxicación; pero si consideramos que medio litro de pulque no contiene grandes cantidades de alcohol (11.5 ml por vaso), entonces ¿por qué es tan clásica esta imagen del indígena borrachín durante la colonia? Según Viqueira (1987), se debe a la falta de un estilo de vida donde el alcohol sea reglamentado por normas socialmente aceptadas y no impuestas, y de servirle esta imagen a la corona para justificar todo tipo de herramientas represoras. Podemos enunciar una multiplicidad de factores históricos y políticos que posibilitaron que el mexicano bebiera sólo con el

fin de emborracharse y no para disfrutar de la compañía de los otros como se hacía en otras culturas.³¹ Sin embargo, sólo deseamos asegurar que uno de los factores más importantes fue la estricta reglamentación que impedía permanecer para disfrutar las bebidas, como el cierre de las pulquerías casi a la misma hora de finalizar la jornada de trabajo, el tener que mantener los establecimientos a la vista de los vigilantes, el no poder permanecer después de terminar el trago³² y casi, la imposibilidad de cruzar palabra o mirada con el compañero, condujeron a un consumo obsesivo de pulque, la gente se embriagaba lo más rápidamente posible e, invariablemente, solos.³³

❖ México Independiente.

En el México independiente, las reglamentaciones para el consumo y venta del pulque eran muy parecidas a la época colonial (¿será porque la independencia sólo fue política?), pero para 1825, el número de pulquerías, vinaterías y tepacherías creció enormemente, existiendo una pulquería por cada 410 personas y localizándose a las afueras de la ciudad. El control que se tenía en la época colonial se perdió completamente, con lo que se volvieron lugares de reunión para las clases populares (Viqueira 1987, p. 219). En la colonia, la gente consumía más pulque que tequila o mezcal, probablemente por la estricta regulación por parte de la corona, pero con la independencia mexicana, sus problemas políticos, económicos y sociales, aunado al inicio de varias ferias, su consumo se incrementó. Para 1815, las fiestas tradicionales de San Juan de los Lagos y Talpa

³¹ En Europa, la gente que asistía a cabarets o mesones acostumbraba beber dos o tres copas de vino durante la reunión -que contiene mayor cantidad de alcohol que el pulque-, sólo que se realizaba dentro de los márgenes aceptados en la vida cotidiana, pues ahí participaban todos los miembros de la familia y el beber no era una finalidad sino un medio para socializar (Viqueira, 1987).

³² Aunque algunos datos informan de violaciones a estas normas como que, algunas vinaterías y pulquerías cerraban pasadas las nueve de la noche, se vendía de manera clandestina el producto y algunos expendios tenían habitaciones ocultas donde se bebía hasta muy entrada la noche (Lozano, 1998).

³³ Esta imagen todavía prevalece en nuestros días, si bien el consumo de alcohol está disfrazado por un manto de sociabilidad, bebiendo en lugares públicos, y "cotorreando con los cuates", la finalidad de los bebedores, desde un punto de vista muy personal es, en la mayoría de los casos, emborracharse. Una vez alcanzado este estado, el consumo ya no puede ser social.

aumentaron el consumo de mezcal y tequila, tanto en dicha población como en las zonas aledañas, incluida la ciudad de México.

Sin embargo, el siglo XIX no fue la época de oro de estos productos a pesar del gusto que despertó entre algunos sectores de la población.³⁴ En los lugares donde no podía accederse fácilmente al pulque, o el costo del tequila era muy elevado, se prefería beber el "chinguirito" o aguardiente de caña que también era muy consumido en la capital.

Posteriormente, con la construcción de vías ferroviarias, su comercialización se expandió hacia otros sitios de la república, abarcando grandes grupos de población y por ello, el consumo de pulque se incrementó. Con la Revolución de 1810, el sector pulquero entró en crisis porque se sustituyó el traslado de pulque, por el de guerrilleros o federales; los comerciantes ya no podían cubrir los mercados acostumbrados porque no disponían de un medio de transporte efectivo y, cuando empezó a reacomodarse la industria pulquera, se abrieron las puertas al extranjero (inicios del siglo XX), y con ello a sus bebidas.

El control que los comerciantes mexicanos podían tener sobre la industria disminuyó considerablemente con la entrada de la cerveza -principal producto de consumo hoy en día- que cambió los hábitos de consumo de los mexicanos del aquel entonces (Lozano, 1998). Aunque se tienen registros de venta de cerveza en los inicios de la colonia (1544), su producción desapareció hasta el siglo XIX, cuando resurge con la apertura de una cervecería en Guadalajara (1841) y, de ahí en adelante, comenzó a ampliarse su consumo en la población mexicana, principalmente en la capital.

❖ El México Actual.

En el siglo XX, el número de cervecerías aumentó considerablemente, siendo 29 en 1900 y, con la refrigeración, esta bebida se popularizó abarcando grandes sectores de población pertenecientes a todas las clases sociales (Rueda, 1998,

³⁴ Además de beberlo como embriagante, el tequila fue consumido por sus propiedades curativas, pues se pensaba que estimulaba la digestión y que era un buen remedio contra la gripa, entre otras cosas (Muria, 1998).

Fisac). Los hombres generalmente asistían a cantinas para degustar su sabor y beber mucho (no solamente cerveza), donde podían encontrar otras distracciones como música o mujeres. Menéndez recuenta las normas y roles que se vivían en una cantina típica de 1965 y menciona que solamente los hombres asistían a estos lugares sin ser mal vistos, mientras que las mujeres que frecuentaban las cantinas se consideraban como "lo contrario a las mujeres decentes mexicanas".

En este siglo, el tequila comenzó a conocerse y a gustar internacionalmente, ya en la segunda guerra mundial tuvo una gran demanda con sus consecuentes abusos y en lo sucesivo este producto se conoció alrededor del mundo como típicamente mexicano, pues sólo puede fabricarse en ciertos lugares del país (Muria, 1998). Esto no ha evitado que sea una de las bebidas más consumidas entre los mexicanos y que provoque daños en la salud de las personas por los excesos en su consumo.

El mezcal, por su parte, en la época independiente, fue una de las bebidas destiladas más requeridas que ahora cuenta con una gran cantidad de mezclas y lugares donde se produce, pero solamente en el estado de Oaxaca se encuentra mezcal 100% de maguey (Lozano, 1998)³⁵ y actualmente es una bebida muy gustada por todo el país, así como el aguardiente de caña o "chinguirito", que posteriormente se denominó como "ron" y que, durante la colonia y el primer periodo independiente, no tuvo el éxito del pulque, el tequila y el mezcal. No obstante, en el siglo XX empezó a comercializarse y a expandir su mercado. En 1931, abrió sus puertas una empresa que hasta ahora es líder en su venta y conocida por la gran mayoría, Bacardí. Pasaron ya más de 70 años que el chinguirito cambió de nombre y ahora, el ron es mundialmente conocido y consumido, desplazando al pulque y al tequila, con su gran variedad de combinaciones y consecuencias perjudiciales para la salud del ser humano (Lozano, 1998).

Hoy en día, las bebidas más consumidas y conocidas por la mayoría de los mexicanos son el tequila, el ron, el mezcal (30.7%)³⁶ y la cerveza (45%), pero

³⁵ Este producto es altamente consumido por la población oaxaqueña y, en ocasiones, constituye un severo problema de salud pública y de consecuencias socioeconómicas devastadoras.

³⁶ Considerados como destilados.

cada región, desde el norte hasta el sur, tiene al menos una bebida alcohólica propia; encontramos una rica variedad de mezclas, como las heribertas zacatecanas (alcohol puro combinado con agua, azúcar, colorantes y saborizantes artificiales), el hukimo poblano y el xtabentún de Yucatán.³⁷ Gran parte del consumo de estas bebidas todavía está llena de ritos y tradiciones, impregnados de significados, principalmente para los grupos indígenas,³⁸ pero debemos admitir que estos se están perdiendo con el paso del tiempo y con el cierre de espacios comunes.

Así, encontramos al pulque que, si aceptamos que su consumo ha disminuido considerablemente en la mayor parte de la población, queremos insistir que todavía existen ciertos sectores que lo siguen bebiendo y que basan su alimentación en él. Principalmente en el estado de Pachuca, Hidalgo, en la región de Ixmiquilpan, se encuentra su mayor producción y consumo, en este lugar, toda la familia bebe pulque como complemento de agua y comida, a los niños se les da a beber por su alto valor proteico, las mujeres opinan que este líquido estimula la segregación de leche materna, y los adultos gozan con los efectos embriagantes y hasta alucinantes de esta bebida (García, 2002). Entre la población capitalina, su consumo esta reducido a las clases bajas y a bebedores selectos que gozan de la variedad de sabores, casi como la variedad de frutas; pero sin lugar a dudas, es una de las bebidas embriagantes menos consumidas entre la población en general (3.1%).³⁹

2.2 *La vida cotidiana y el consumo de alcohol.*

Los tipos de consumo que presenta la población mexicana varían según la región donde se estudie, la provincia mexicana no es la excepción, tiene diferencias evidentes o sutiles con respecto al Distrito Federal. Estas diferencias pueden

³⁷ Extraído del árbol xtabentun, motivo de una leyenda maya llamada "La Ixtabai", que cuenta la historia de una mujer muy hermosa quien provoca la perdición de los hombres.

³⁸ Los tepehuanos de Durango tienen la creencia de que si no se bebe tequíno a lo largo del año, el mundo se acabará, entonces, el primer trago se ofrece al dios Onorame y, frente a una cruz de madera se lanzan tres chorros de la bebida en dirección a los cuatro puntos cardinales.

³⁹ Según la Encuesta Nacional de Adicciones efectuada en 1998.

deberse a la zona geográfica, a las tradiciones, a la economía, a las instituciones, etc. Sin embargo, observamos claramente varios estilos de vida en ellas y, en consecuencia, diversas interpretaciones de la vida cotidiana, lo cual puede predisponer otros tipos de consumo de alcohol.

Para poder entender estas diferencias, queremos retomar el concepto de *vida cotidiana*, este término se ha utilizado para referirse a las cosas y eventos que normalmente aparecen en la vida de los seres humanos, aquello que se vuelve tan natural que incluso podemos dejar de darnos cuenta que está ahí, al respecto Heidegger (1971) diría que dejamos de ver las cosas que están a la mano porque nos acostumbramos a ellas.

Para Agnes Heller, *la vida cotidiana es el conjunto de actividades que caracterizan la reproducción de los hombres particulares, los cuales, a su vez, crean la posibilidad de la reproducción social* (Heller 1977, p. 19). Cada hombre, cada individuo tiene formas peculiares de ser que pueden parecerse a otros individuos y cuando se vuelven a ejecutar estas formas en él, se construye la vida cotidiana, siempre y cuando los otros, la sociedad, sea participe en su conformación. La vida cotidiana no es igual a la naturaleza instintiva del hombre, no es dormir, comer o abrir los ojos, es cómo se duerme, cómo se come, o cómo se mira, es aquello que se realiza típicamente dentro de la diferencia de cada ser.

La cotidianidad es aquello que es continuo, es la tendencia general de las cosas, lo autoevidente e incuestionable, lo familiar; de ahí se desprende que la vida cotidiana sea lo que el hombre hace normalmente, lo que está acostumbrado a hacer; esto no significa que lo *no-cotidiano* esté desmembrado de ella, pues, según Heller, *las experiencias interiores que se verifican en la vida cotidiana provocan en el hombre una disponibilidad psicológica a las reacciones del mismo tipo en las actividades no-cotidianas, incluso a la catarsis* (Heller 1977, p. 21). Es decir, al vernos y sentirnos inmersos en la cotidianidad, nuestras formas de actuar ante lo inesperado estarán guiadas por lo que se encuentra a nuestro alcance; por ejemplo, en nuestro continente podemos mirar la noche y observar que la luna tiene esculpido un conejo, esto nos lo ha enseñado la tradición que, por relatos ha llegado a nuestros oídos y nuestros ojos han mirado al conejo; pero, al otro lado

del mar; los que representan la luna la ven sonriente, con sus ojos y contornos. Para ellos y para nosotros, estos dos tipos de imágenes resultan habituales y cotidianos (respectivamente). Sin embargo, por más que alguien se pare de cabeza aquí, en México, si no conoce la cara de la luna o al menos la historia, no podrá verla sonreír porque no cuenta con los mínimos elementos para aproximarse a esta realidad.

Sucede lo mismo con los eventos desagradables e inoportunos. Al padecer un accidente o enfermedad recurrimos a las explicaciones disponibles en nuestro marco de referencia presente en la vida cotidiana. Nuestras atribuciones reflejan una forma de ser y conducirse ante el mundo, que se asemeja y se comparte por la sociedad, de tal forma que comprendemos nuestro entorno según lo aprendido en la vida cotidiana. En la sociedad mexicana, el consumo de alcohol aparece constantemente en los anuncios publicitarios, en las cantinas, cervecerías, en el familiar o conocido que bebe frecuentemente, en las pláticas. El consumo de alcohol en este país es tan habitual que puede pasar desapercibido. No sorprende que la mayoría de los jóvenes casi todos los fines de semana beban en fiestas y terminen intoxicados de alcohol, es tan común consumir alcohol, que aquél que trate de impedirlo será visto como extraño, es decir, el consumo de alcohol es algo natural dentro de nuestra cultura (Rivera, 2001). Así lo muestra la Encuesta Nacional de Adicciones, al indicar que la mayor parte de la población masculina es consumidor actual de alcohol (77%), el resto nunca ha consumido alcohol (8.7%) o es ex-bebedor (14.4%).

La vida cotidiana puede contar con máscaras que disfracen el sentido original de los hechos, en donde ya no se conoce la realidad de lo cotidiano y se mitifica la información. Es aquí cuando se corre el riesgo de convertir lo familiar en indiferencia y automatización, en donde desaparece la significación de los actos, tanto que resulta difícil encontrar el por qué o para qué los llevamos a cabo (Pichón-Riviére, 1985). Esta pérdida de sentido ocasiona un colapso entre las formas de vida cotidiana y su probable consecución, la gente se va endureciendo cada vez más hasta olvidar el sentido original de sus actos. Es aquí donde queremos enfatizar que lo cotidiano no es necesariamente igual a la indiferencia

circundante.⁴⁰ En el primer caso, podemos realizar una serie de cosas sin dar cuenta a cada momento de por qué lo hacemos, pero si nos detenemos a pensar un segundo, podemos encontrar la razón de nuestros actos con toda *naturalidad*; por el contrario, la indiferencia surge cuando a medida que se realizan las acciones, olvidamos –tal vez por falta de interés– por qué las hacemos. Es entonces cuando al preguntarnos por qué es así y no de otra forma, levantamos los hombros sin saber qué contestar.

Para esclarecer el concepto de *naturalización* llamaremos naturales a las cosas que ocurren en la vida cotidiana de forma tal que pueden pasar desapercibidas aún estando ahí. Sin embargo, en la vida cotidiana, de repente, ocurren cosas que pueden causar irrupciones en ella, eventos que salen de lo normal y ponen en entredicho los modelos acostumbrados. Es entonces cuando surgen las movilizaciones en el pensamiento. Creando una desnaturalización del modelo, se pone en tela de juicio lo establecido y dispone la aparición de una transformación de la vida cotidiana. Para Pichón-Riviére, esto equivale a una vida cotidiana crítica, porque se pregunta a sí misma sobre su estilo propio. Este tipo de aclaraciones pueden encontrarse con respecto al consumo de alcohol como práctica social y tradicional de nuestro México. El consumo de alcohol –no sólo el alcoholismo– puede ser una de las formas de vida cotidiana, más aún, al vernos rodeados de alcohol y de información comercial o familiar sobre él, se facilita la aparición de actitudes hacia el alcohol. Hacemos énfasis en que no es necesario vivir con una persona alcohólica o que consuma alcohol de vez en cuando, para tener y despertar actitudes hacia el alcohol, basta con tener elementos suficientes para conocer e interpretar este problema. Dichos elementos se encuentran en menor o mayor grado disponibles, según el medio social que rodee al individuo y a las características subyacentes al ser humano. De tal manera que, el individuo realizará atribuciones hacia el alcohol si cuenta con un marco conceptual y social con el cual armar sus atribuciones, bajo las normas de su grupo social.

La vida cotidiana de cada grupo social se rige por normas y reglas de coerción y cohesión social, que disponen un amplio espectro de posibilidades y pautas para

⁴⁰ Sobre la indiferencia léase a Lipovetsky, (1995) en *La era del vacío*.

actuar, nuestra sociedad no está exenta de esta normalización, que también regula quién puede beber alcohol y en qué situaciones. Podemos decir que el estilo de vida es diferente en la ciudad que en provincia y con ello, la regulación social hacia el consumo de alcohol. Aunque estas diferencias se van atenuando cada vez más por la creciente modernización y la tecnología que abarca mayores espacios hasta alcanzar los sitios más lejanos. Sin embargo, existen lugares en dónde, a pesar de la modernización, se mantienen las tradiciones y ritos referentes al consumo de alcohol. Entre éstos, encontramos al estado de Hidalgo que, desde una visión muy general, su población presenta un patrón de consumo alto, similar al del Distrito Federal. No obstante, los habitantes de ambos lugares pueden otorgarle diferentes significados al consumo de alcohol asociados con sus creencias. Por ello, revisaremos brevemente los patrones de consumo a nivel nacional y posteriormente, las diferencias en el tipo de consumo entre Hidalgo y el Distrito Federal para abordar los estilos de consumo específicos de la ciudad de México, ya que de ellos depende, en gran medida, los costos y daños sociales ocasionados por consumir alcohol. Porque, dado el modo de vida del estado de Hidalgo, probablemente encontraremos atribuciones asociadas con el consumo de alcohol más unidas a la tradición y, por ende, a una regulación social más fuerte que en el caso de la capital donde el consumo es, con mayor frecuencia, secular.

Para facilitar el análisis de los diferentes tipos de consumo de alcohol, se han clasificado según el patrón de consumo que reporta la frecuencia, cantidad y variabilidad en el consumo de alcohol entre la población mexicana que la engloban en las categorías de:

- Abstemio (nunca ha bebido o no consumió en los últimos 12 meses).
- bebedor poco frecuente de bajo nivel.
- bebedor poco frecuente de alto nivel.
- bebedor moderado de bajo nivel.
- bebedor moderado de alto nivel.
- bebedor frecuente de bajo nivel.
- bebedor frecuente de alto nivel.

- bebedor consuetudinario.⁴¹

A nivel nacional, el patrón de consumo más frecuente en la población masculina se ubica en el "bebedor moderado alto" (18.2%), seguido por el bebedor poco frecuente alto (16.3%) y por el bebedor consuetudinario (16.0%), esto quiere decir que una buena parte de los hombres consumen alcohol de dos a tres veces al mes en grandes cantidades.⁴² El consumo de menor riesgo es el consumo moderado de bajo nivel (una copa por ocasión de consumo), porque provoca pocos problemas sociales o al individuo, pero en la población masculina, que es la que más consume alcohol, este patrón es el segundo más bajo (4.9%) y el más habitual es el bebedor moderado alto (18.2%) debido, probablemente, a que una de las formas culturales socialmente aceptada para el consumo de alcohol, es la "llamada embriaguez episódica o poco frecuente", que representa el tipo de consumo que acarrea más problemas sociales e individuales, como parte de un consumo perjudicial.⁴³ Medina-Mora (1994) considera que existe consumo perjudicial si un hombre bebe más de 18 copas a la semana (en mujeres, 12 copas), si tiene un episodio de embriaguez al mes (al menos), si bebe más de 10 copas en una ocasión o si ha tenido quejas de familiares o propias relacionadas con su consumo de alcohol.

❖ Hidalgo.

En varios lugares de provincia es mucho más fácil encontrar un mayor número de tradiciones asociadas con un consumo de alcohol, un cierto desprecio hacia la mujer consumidora de alcohol y una justificación hacia el hombre alcohólico, pues regularmente lo hace para celebrar (Medina-Mora, 1998).

Si tomamos en cuenta que el estado de Hidalgo es parte de la provincia mexicana y es uno de los estados con mayor índice de consumo de alcohol (Cruz, 2001), ubicamos en él los tipos de consumo y algunos de los riesgos que conlleva

⁴¹ Esta clasificación fue utilizada por la Encuesta Nacional de Adicciones en 1998, posteriormente se modificó a cinco tipos de consumo: abstinencia, infrecuente, infrecuente leve, moderado y alto (fuerte) (Cherpitel, 1998).

⁴² Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones (1998).

⁴³ Tapia, 1994; ENA, 1998; Borges, 1999.

en la provincia. El "Informe del Estudio Agencias del Ministerio Público de Pachuca" investigó las relaciones entre consumo de sustancias (incluido el alcohol) y conducta agresiva de personas detenidas y denunciantes que llegaron al ministerio público de Noviembre a Diciembre de 1996. Se encontró que de 554 personas captadas, 72.9% de los detenidos y 48.9% de los denunciantes habían consumido alcohol durante el evento, lo que proporciona una visión amplia y rápida de las consecuencias legales en las que se encuentra implicado el consumo de alcohol. Ahora bien, el 86.9% de los detenidos y el 35.8% de los denunciantes refirieron haber consumido alcohol durante el último año, que constituye la mayor parte de la población captada. Con esto observamos que el índice de consumo de esta zona es bastante alto y, además, conduce a un gran número de problemas relacionados con el consumo de alcohol como perder amigos, tener problemas laborales, descuidar sus obligaciones o ser arrestado.

Por otra parte, la población femenina de este estudio manifestó ser abstemio (62.1%) o beber poco y en pocas cantidades (4.2%), lo cual indica que en provincia la mujer casi no consume alcohol (Natera, 1996).

❖ Distrito Federal.

Con respecto a la capital, el consumo de alcohol en grandes cantidades es socialmente aceptado desde la época colonial y, en nuestros días, forma parte de los ritos de convivencia social o, hasta de compañía contra la soledad. Las clásicas cantinas y pulquerías mexicanas proporcionan un sitio donde seguramente, en compañía de otros amigos de copas, se podrá beber en exceso sin que la sobriedad se cruce con ellos para recordarles sus obligaciones. Antaño reservadas para los hombres y hace poco abiertas para ambos sexos, las cantinas no pierden auge, pues siguen abarcando un amplio mercado que incluye a las cantinas familiares donde pueden asistir niños y pueden convertirse en el centro de reunión dominical de la familia (Cacucci, 1995).

En la capital se encuentra con mayor frecuencia un consumo sin tradiciones pero sí habitual, menos rechazo hacia las mujeres consumidoras de alcohol —que

se refleja en un incremento de consumo entre ellas (54.1%) y el beber solitariamente se va acrecentando cada vez más, tal vez por que la sociedad en la que vivimos incrementa el sentimiento de indiferencia hacia el otro y hacia sí mismos (Medina-Mora, 1998; Lipovetsky, 1995). El 54.1% del sexo femenino consume alcohol, aunque poco frecuentemente y en pocas cantidades (ENA, 1998).

Sin embargo, los hombres del Distrito Federal y provincia consumen lo que no bebe sus contraparte femenina, pues su patrón de consumo supera, por mucho, a las mujeres. En provincia, el 57.1% de los hombres consumen bebidas alcohólicas de una a tres veces al mes o por lo menos una vez al año y en la capital, el 79% es bebedor actual, de los cuales el 22.1% es bebedor moderado alto (ENA, 1998).⁴⁴

Uniendo las diferencias observadas en la forma de beber alcohol, Luis Berruecos, en 1988, analizó los aspectos culturales del alcohol en México y encontró que juega un rol primordial en la vida del mexicano, tanto en zonas rurales como en urbanas. El consumo de alcohol forma parte del estilo de vida del mexicano, pues está presente en todos los eventos sociales como el bautizo, los quince años, las graduaciones y cualquier tipo de celebración, pues sirve como sello de los acuerdos sociales; por tal motivo, los bebedores ocasionales o "de fin de semana" son los más habituales. Los consumidores de alcohol no encuentran problemas sociales si ingieren grandes cantidades mientras no transgredan la propiedad privada o agredan a alguna persona, con lo que pueden alcanzar niveles de intoxicación muy altos con muchísimas justificaciones, por ejemplo: *distraerse, resolver conflictos, olvidar sus penas, para decirse lo que en otras condiciones uno no sería capaz de decir, para demostrar valentía y hombría, al perder un ser querido o el empleo, para celebrar el advenimiento de un nuevo ser en la familia, o la adquisición de un nuevo bien* (Berruecos 1988, p. 94), es decir, las oportunidades para beber son múltiples y parece que cada ocasión es buena, por lo que la regulación que puede existir en torno al consumo de alcohol se

⁴⁴ Otras investigaciones han estudiado los patrones de consumo y daños ocasionados por un consumo riesgoso de alcohol en la ciudad de Pachuca, encontrando resultados similares (Borges, 1999; Casanova, 2001.)

remite a quiénes pueden beber, siendo el sector masculino el más favorecido, aunque en las zonas urbanas se es más tolerante con las mujeres que beben alcohol que en las rurales.

❖ Dimensión del problema: Consecuencias en Salud y costos sociales.

La Encuesta Nacional de Adicciones de 1998, en el Distrito Federal, encontró que los hombres presentan mayores conflictos relacionados con el consumo de alcohol ya que beben más que las mujeres. Según esta encuesta, la población masculina ha tenido problemas con la policía mientras estaba bebiendo (5.6%), ha tenido problemas laborales a consecuencia de su consumo (6.5%), comenzó una pelea bajo los efectos del alcohol (8.9%), ha tenido problemas familiares (11.2%), y ha sentido amenazada su salud por el consumo de alcohol (13.6%).

Con respecto a los accidentes automovilísticos, Medina-Mora reportó (1998) que en la mayoría de los casos (72%), el conductor había bebido antes del incidente, aunque no necesariamente constituía un caso de alcoholismo, lo cual pasa muchas veces desapercibido por la población, pues, tiende a pensarse que, sólo se encuentra en riesgo aquel que bebe cotidianamente y en grandes cantidades.

Para darnos cuenta de los daños y repercusiones del consumo de alcohol, podemos revisar infinidad de reportes; no obstante, una visión rápida y eficaz puede darla una nota publicada en el periódico *La Jornada*, en octubre de 2001, la cual refiere que, en el estado de Hidalgo, el 50% de homicidios están vinculados al consumo de alcohol, por lo que se consideran una "tragedia nacional" los niveles de alcoholismo en México. Este comentario fue hecho en el Congreso Internacional Salud Mental y Adicciones, donde se mencionó a los estados con mayor índice de mortalidad debido a cirrosis hepática, que son: Tlaxcala, Puebla, Hidalgo y Querétaro. Además consideraron que las defunciones asociadas con el consumo de alcohol son las primeras causas de muerte entre la población económicamente activa, tanto de la provincia como de la capital.

Así lo indica una investigación realizada en 1992 para conocer las primeras causas de muerte entre los trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social

(IMSS), la cual informa que, de 1983 a 1987, los traumatismos y envenenamientos se encontraron en el tercer lugar de causas de defunción (16.8%), la cirrosis hepática fue la principal causa de muerte entre las enfermedades del aparato digestivo (48.5%) y representó 3.6% de las muertes, seguida por las enfermedades del páncreas, todas relacionadas con la ingesta excesiva de alcohol (Domínguez, 1992). Aunque esta investigación tiene diez años, las tendencias han sido consistentes a lo largo del tiempo, ya que en 1995, las causas principales de ingreso a un hospital fueron por traumatismos, envenenamientos (15%) y enfermedades digestivas (13%), de los cuales, los accidentes, la violencia y la cirrosis hepática se encontraron entre las diez primeras causas de muerte (Estadísticas Seleccionadas, 1998; Zurita, 1998; Borges, 1998). Si consideramos que una gran proporción de las cirrosis hepáticas y traumatismos son ocasionados por consumir alcohol, tal como lo señalan los estudios realizados en sala de urgencias (Borges y cols., 1999), el riesgo de mortandad incrementa a medida que las personas siguen consumiendo alcohol sin considerar las consecuencias que puede producir y permitiendo que la "embriaguez ocasional" forme parte de la vida cotidiana de los mexicanos.

Aunado a los costos en la calidad de vida de las personas que consumen alcohol, existen costos sociales y económicos ocasionados por su consumo, no sólo en nuestro país sino en todo el mundo. En 1988, el costo total por consumo de alcohol ascendió a \$85.9 billones de dólares en Estado Unidos de Norteamérica (Fuente: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, enero 1991) y, aunque en México no se encontraron estudios que informen sobre los costos económicos en la población, deben estar relacionados con la alta incidencia en la mortalidad causada por el consumo de alcohol, ya que tan sólo el 10% de las defunciones se asocian con su consumo (Zurita, 1998).

Estos datos sólo dan una leve visión de la dimensión del problema, lo cual significa que puede ser mucho más grave que lo conocido. Por eso, es importante que la población se percate de los enormes riesgos que corre cada vez que consume alcohol, ya que es un inicio para lograr un cambio en el patrón de consumo. A pesar de que las teorías psicoanalíticas estén dando por sentado que

para la ocurrencia del cambio no basta con "hacer consciente el problema", debemos decir, que sin ello sería más difícil la transformación.

❖ Estudios epidemiológicos y transculturales.

Estos problemas no sólo ocurren en México, en todo el mundo existen problemas relacionados con el consumo de alcohol. Sin embargo, podemos decir que el consumo de alcohol y sus repercusiones difieren según el país donde se investigue, ya que las normas sociales y la vida cotidiana que los rige también son diferentes. De esta manera, encontramos diversos estudios que se han enfocado a estudiar las diferencias en los patrones de consumo: Cherpitel, Parés, Rodes y Rosovsky (1993), realizaron un estudio que comparó la incidencia de accidentes relacionados con el consumo de alcohol en sala de urgencias (SU) de México, España y Estados Unidos y encontraron que el consumo moderado e infrecuente se asociaba con los accidentes en México más que en Estados Unidos. En España y Estados Unidos, los pacientes reportaron haber bebido menos de dos copas durante las seis horas antes del accidente, mientras que en México la proporción aumentó a 11 copas antes del evento y de estos, la mitad reportó "sentirse tomada", comparada con un 15% en España y 29% en Estados Unidos. Cherpitel señala que estas diferencias pueden deberse a las diferencias culturales entre cada país, pues en ellos varían los patrones de consumo, los contextos en los cuales se bebe, las políticas relacionadas con su consumo y los esfuerzos de prevención.

Otro estudio realizado por Cherpitel (1998) en Estados Unidos, tomó en cuenta diferentes grupos étnicos en una misma población, Santa Clara, California. Encontró que las pacientes blancos accidentados fueron más positivos al alcohómetro (13%), por haber bebido seis horas antes del accidente que los pacientes negros (1%) o hispanos (5%). La población hispana y negra presentó un patrón de consumo de "pesado" a "moderado" aunque no consumió en las seis horas previas al accidente, por su parte, los bebedores blancos beben "poco frecuentemente" pero con el doble de accidentes relacionados con el consumo de alcohol. Cherpitel

concluye que la relación del alcohol en la ocurrencia de accidentes varía dependiendo de los grupos étnicos y agregamos que, las diferencias existentes en ellos radican en su pertenencia a diversos sectores de la población con tradiciones y costumbres propias que van de la mano con el grupo social de referencia.

Para insistir en la importancia del contexto y los grupos sociales en la formación de patrones de consumo del individuo, podemos retomar a Cherpitel y Borges (2002), quienes compararon dos muestras diferentes con un mismo grupo étnico, el caso de los mexicanos radicados en Estados Unidos (California) y los mexicanos radicados en una ciudad mexicana (Pachuca, Hidalgo). Los resultados de su investigación informan que los hombres radicados en Pachuca fueron positivos al alco-sensor tres veces más que la muestra en California, aunque de las personas que bebieron, ambas muestras reportaron haber consumido una cantidad similar de alcohol. Se infiere que las diferencias culturales y la forma de vida cotidiana son muy importantes en la adquisición de patrones de consumo de alcohol porque no basta con pertenecer a una misma raza o grupo étnico, las diferencias se encuentran en la interacción que se muestra en las creencias y en las acciones características de cada grupo.

Las justificaciones o mitos que encubren el consumo de alcohol pueden ser tan variadas como los grupos sociales en los que se crean, de tal manera algunos sectores refieren que el alcoholismo es un mito, que pocas personas mueren por beber, que se bebe para olvidar, que quien bebe más tiene menores problemas de salud, etc. Estas creencias forman parte de la cultura relacionada con el consumo de alcohol y son los grupos quienes la generan, permitiendo y justificando el abuso en su consumo, ya sea a través de la familia, los amigos o el trabajo, atribuyendo los daños a otros factores, es decir, cerrando los ojos al problema. Son estos mismos sectores los que se ven afectados a consecuencia de los problemas engendrados por consumir alcohol. Por tal motivo, es la propia sociedad, con sus incontables grupos sociales, la que debe encargarse de establecer costumbres, valores y sanciones para autorregular el consumo de alcohol de tal forma que no desencadene los patrones de consumo que propician severos problemas políticos, económicos y sociales.

Esta falta de percepción para darse cuenta de los problemas que acarrea un consumo de alcohol riesgoso, está presente en la vida cotidiana de los mexicanos, por eso es necesario que las personas se percaten de los riesgos que implica. Éste es uno de los objetivos de nuestra investigación porque, a través de preguntas, se induce a que las personas exploren las explicaciones posibles en su vida cotidiana a eventos inesperados, específicamente, al ingresar a un servicio de urgencias asociado con un consumo previo de alcohol. Pues como señala Pichón-Riviére (1985), gracias a la crítica de la vida cotidiana se llega a la desmitificación, a la superación de ilusiones o ficciones relacionados con los hechos, pues convierte al individuo y a sus actos en reflexivos.⁴⁵

⁴⁵ Esta necesidad de reflexión hacia el consumo de alcohol y sus consecuencias es uno de los objetivos de nuestra investigación, tanto social como particularmente, ya que con esto se contribuye a que el individuo tome conciencia y aprenda a reflexionar sobre las consecuencias de sus actos al consumir alcohol.

3 RETOMANDO LA HISTORIA... atribución causal al consumo de alcohol.

3.1 Las atribuciones causales expresadas a través del lenguaje.

Como revisamos en el primer capítulo, el aspecto teórico de la atribución causal puede abordarse desde múltiples perspectivas, pero todas ellas consideran al lenguaje como proceso importante para dar cuenta de la realidad. El lenguaje es un hecho social, un sistema de signos en el que sus significantes aluden a los puntos de vista de quien interpreta los objetos (Saussure, 1998). Por lo tanto, adquiere un papel central en la atribución causal.

Para estudiar las atribuciones de los pacientes en sala de urgencia (SU),⁴⁶ es necesario adentrarnos en su lenguaje, la forma en que refieren su acontecer, porque los términos que manejan contienen significados pragmáticos que sólo sus integrantes pueden comprender y explicar. Ya que, según Saussure, el lenguaje se adquiere mediante la práctica y se deposita *"en los cerebros de un conjunto de individuos, porque la lengua no está completa en ninguno, no existe perfectamente más que en la masa"* (Saussure 1998, p. 40). Además, la lengua no es más que una extensión del lenguaje, es la expresión hablada de las ideas y del pensamiento que son construidos en la sociedad.

Si algunos autores opinan que el lenguaje es el pensamiento hecho palabra (Levinas, 2001; Fernández, 2001; Benveniste, 2001), existen otros que recurren a otro tipo de comunicaciones como las no-verbales para debatir esta postura. Sin embargo, asumimos que el lenguaje es un medio por el cual podemos acceder a las explicaciones del psicólogo ingenuo, en lo que respecta a las atribuciones causales de pacientes en SU. Al realizar inferencias causales, podemos dar cuenta de una realidad que no salta tan fácilmente a la vista, deducimos causas donde probablemente otra persona no las encontraría, y menos si no forma parte de nuestro gremio. Estas inferencias están aunadas al lenguaje del que disponemos, no sólo al aprendizaje; una persona no puede referir que su accidente fue provocado porque tenía una severa intoxicación etílica, si no conoce

⁴⁶ Las salas de urgencia son los servicios de salud emergentes que prestan los hospitales las 24 horas del día.

la terminología utilizada. Por ello es necesario que el lenguaje utilizado para referirse al objeto sea lo más claro posible, lo que se logra mediante convenciones lingüísticas conocidas que faciliten el entendimiento entre las partes, esto es, a través del lenguaje cotidiano.

El lenguaje arraigado en la cultura existe antes de que nosotros nos percatemos, pero no lo utilizamos hasta que convivimos con ella en un espacio y tiempo determinados. Así, hacemos propio lo ajeno, convertimos al lenguaje externo en lenguaje interno a medida que nos suena bien lo que se dice, al desear que también se escuche bien en nosotros. Los signos, significados y significantes que ocupa son bastante difíciles de definir si se intenta aislarlos, por ello, se deben tomar como un todo que encierra aspectos afectivos y racionales.

3.2 Estudios sobre atribución causal en México y el mundo: generalidades y actualidades.

Las concepciones relacionadas con el alcohol en la vida cotidiana, pueden estudiarse a través de las atribuciones causales, donde el individuo interpreta su entorno. Como se mencionó, las teorías de atribución causal provocaron una especie de euforia en la psicología científica, por lo que muchos investigadores trataron de aplicar la teoría para conocer los mecanismos de la cognición humana y solucionar problemas específicos en el sector educativo, laboral, de salud, etc. Utilizando perspectivas cognoscitivas o sociales, dichos estudios contribuyen a conocer el pensamiento del individuo y algunos de ellos pueden ser aprovechados en nuestro tema. Las publicaciones que contribuyen indirectamente al análisis de las atribuciones causales son muchísimas, por ello, mencionamos sólo las más cercanas. Entre ellas, descubrimos puntos de coincidencia, que serán relatados después de un breve recuento de las investigaciones.

En el área industrial, los estudios de Reinertsen sobre atribución causal en ambientes laborales y su relación con los errores de trabajo, indican que la perspectiva propia puede influir mucho más en la conducta que la realidad objetiva del incidente, pues la gravedad percibida del error esta más asociada al

significado atribuido por la personas que a las consecuencias actuales (Reinertsen, 2000). Es decir, la carga afectiva que se deposite en los errores o fallos, influye sobre manera en las atribuciones realizadas, de forma tal, que si una persona opina que es responsable de un accidente, a pesar de no serlo, puede sentirse sumamente culpable del evento. En este punto, queremos aclarar una gran diferencia entre las nociones de responsabilidad y culpabilidad; el primer caso puede incluir al segundo pero no necesariamente a la inversa. Es decir, una persona puede sentirse responsable por cometer un error y, acto seguido, aparecer la culpa, así mismo puede sentirse responsable de llevar a cabo un buen trabajo y esto no generará culpa alguna.

En la psicología educativa, Johnson (1991) y Ovejero (1990) buscan mejorar el rendimiento académico con el uso de estrategias de aprendizaje cooperativo, basados en el conocimiento de las atribuciones causales al éxito de los niños y de sus congéneres para dirigirlos hacia el bien-común. Johnson menciona que el proceso atributivo no es exclusivo del sujeto que lleva a cabo la conducta, también participan los otros como observadores o afectados por las mismas; el contexto y los otros marcan las posibles atribuciones que puede hacer el individuo y a la vez, las atribuciones que el sujeto hace influyen en la imagen que los otros tienen sobre él. El proceso atributivo se basa en una relación tripolar: sujeto-alter-objeto, que se relaciona ampliamente con preconcepciones, aprendizajes, creencias. Por ello el sujeto, como alguna vez lo mencionó Moscovici (1978), no está aislado, está inmerso en una multiplicidad de interacciones con otras personas, que en cierta forma van a nutrirlo y ayudarán a conformarlo. Incluso las atribuciones que las personas hacen de los eventos están sumamente ligadas a la historia de cada individuo, a la forma en que el mundo, los otros lo interpretan y cómo responde, se manifiesta y en dado caso, se afirma o no.

Siguiendo esta línea, Johnson (1991), afirma que las atribuciones se forman en una tríada entre el actor, los otros, y las conductas del actor; porque es a través de los otros como nos conocemos y es mediante nuestros actos como los otros nos conocen. Johnson también se interesa por la forma en que los niños empiezan a crear su autoconcepto y las implicaciones que esto tiene en el rendimiento

académico. Encontró que las atribuciones que los demás tengan del niño, siempre y cuando sean personajes trascendentes para él, influirán en su conducta hacia la escuela.

Johnson (1991), opina que a medida que los niños aprenden que el éxito está en función del esfuerzo mutuo, ayudarán a los demás a construir atribuciones internas para manejar mejor sus errores y éxitos. De esta manera, concuerda con las investigaciones de Jones, Parker y Joyner (1996), al mencionar la importancia de las atribuciones de los niños con respecto a su propio rendimiento y la influencia de los otros en su desempeño. Estos autores encontraron que una atribución positiva de los esfuerzos pasados de los niños en edad escolar contribuye a lograr más metas, es decir, tienen mayor éxito en lo que se proponen.

Simoni y Adelman, en 1991, interesados en las diferencias entre atribución interna y externa, se encargaron de descubrir las diferencias entre los conceptos de locus de control, atribución causal, y control percibido; para ello estudiaron estos tres factores en estudiantes de psicología y su relación con la búsqueda de ayuda académica profesional. Uno de sus hallazgos fue que los estudiantes que buscaron ayuda profesional asociaron sus atribuciones a una causalidad interna, donde se admite responsabilidad propia en los eventos; mientras que los estudiantes que no buscaron ayuda, atribuyeron a otros o a la situación la causa de sus errores. Esta investigación reafirma el estudio de la atribución en causas internas y externas.

Si bien ya mencionamos los puntos endebles de la diferenciación interna/externa y los argumentos de los teóricos de la forma en contra de una síntesis de los elementos de un todo. Añadimos que, para reivindicar la teoría, nos basaremos en un modelo lingüístico-social, pues, las diferencias entre situación, actor y otros, sólo se utilizarán para observar las atribuciones internas y externas que el individuo presente en el momento de buscar causalidad en el evento y así, impulsar cambios de creencias relacionadas con el consumo de alcohol y sus riesgos.⁴⁷

⁴⁷ Aunque en la esfera cotidiana todavía no existe una idea clara sobre lo que representa la "atribución causal" como tal, la mayoría de las personas entiende la palabra atribuir como la acción que busca encontrar explicaciones a un acontecimiento.

Schuster, Ruble y Wiener (1998) aplicaron el principio de covariación de Kelley para estudiar el desarrollo de las inferencias causales en niños de diferentes edades. Concluyen que, para realizar atribuciones "correctas" es necesario hacer una evaluación entre la persona, la interacción y las circunstancias. Estas investigaciones confirman, cada una desde la aproximación de la atribución que más les gusta que, en la construcción de atribuciones, el individuo cuenta con múltiples factores (entre ellos la influencia del grupo), que derivan en la formación de una atribución interna o externa.

Ahora bien, las investigaciones enfocadas en la atribución causal al consumo de alcohol engloban diferentes tipos de información. Entre ellas se encuentran las de tipo cognoscitivo que ayudan a comprender los mecanismos que los individuos utilizan para procesar la información y que convergen en la importancia del medio para realizar atribuciones.

Así encontramos a Makela quien, en 1997, refirió que la disonancia cognoscitiva surge cuando el individuo no puede establecer semejanzas o límites reales entre sus reflexiones y las de otros; entonces surge un falso consenso que juzga mejores los actos y argumentos propios que los extraños, aún siendo los mismos. En el caso del consumo de alcohol, los individuos tienden a sobrestimar sus opiniones o acciones y pormenorizar las ajenas para poder justificar sus actos. Según Makela, los individuos que habitan en comunidades restrictivas,⁴⁸ tienden a reportar que los otros beben más que ellos mismos; esta atribución se refuerza en personas que tienen actitudes negativas hacia el alcohol. Mientras que las comunidades permisivas, tienen menos disonancia cognitiva con respecto al uso de alcohol, ya que sus respuestas están equilibradas con el consumo real propio y de los otros. Este estudio refleja, por un lado, la influencia del medio en la creación de juicios falsos, y por el otro, las reflexiones del individuo para evaluar las conductas propias y ajenas, basado en la elaboración de juicios selectivos.

Perkins (2000), emplea la teoría de la atribución causal para analizar la influencia de los otros en el grupo social y se enfoca en las falsas percepciones de

⁴⁸ Los autores consideran como "comunidades restrictivas" a las que, generalmente, desapruaban el consumo de alcohol, mientras que las "comunidades permisivas" permiten su consumo de modo más flexible (Makela, 1997).

las normas de estudiantes universitarios relacionadas con el consumo de alcohol y otras drogas. Afirma que, mientras las normas de otros puedan influir directa o indirectamente en el uso personal de sustancias, también pueden determinar el reforzamiento o existencia de actitudes personales hacia el consumo de alcohol. Como resultado de esta influencia, encontró que la mayor parte de los universitarios cree que nunca se debe beber para intoxicarse, a excepción de limitadas circunstancias (75%) pero, al mismo tiempo, refieren que el consumo de sus compañeros es más alto que el propio, por lo que esperan de los otros un mayor consumo de alcohol y drogas. Concluye que los individuos tienden a percibir su mundo como lo hace su grupo, adoptando sus actitudes y actuando de acuerdo con las expectativas y conductas de sus compañeros.⁴⁹

Según Merton (1957) y Nisbet y Jones (1971), esto puede desencadenar el efecto de la profecía cumplida donde las personas realizan lo que sus compañeros esperan de ellos. Por tal motivo, Perkins vuelve la cara hacia el peligro de las falsas percepciones o atribuciones de los otros en la formación de actitudes y conductas propias, lo cual llevaría a una visión distorsionada del problema que, en lugar de mejorarlo, lo empeoraría. Por ello, es necesario ocuparse del grupo social para modificar las concepciones en torno al tipo de consumo, porque de alguna manera, es un factor que influye en la creación de atribuciones causales y en el darse cuenta de lo que les rodea. En cuanto a los pacientes con síndrome de dependencia al alcohol (SDA), diferentes investigaciones han demostrado que las atribuciones de responsabilidad de causa y cura del alcoholismo varían según la cultura, y que éstas son importantes para que los tratamientos contra el alcoholismo sean efectivos (Atkinson y Abreu, 1994).

Respecto a las atribuciones de responsabilidad como consecuencia del consumo de alcohol, Kelly (1997) estudió las atribuciones de personas que habían tenido o provocado accidentes durante o después de haber bebido. Demostró que la responsabilidad atribuida a los conductores relacionados con accidentes automovilísticos, está más en función de las consecuencias que de la participación

⁴⁹ Esto concuerda con las ideas de Johnson (1991), cuando se refiere a la influencia de los otros en la formación de atribuciones al éxito en niños.

del alcohol en el evento. Con esta información, se deduce que la forma en que los individuos interpretan y atribuyen responsabilidad a los accidentes, en pocas ocasiones incluye al factor alcohol, que debería ser considerado por la población para evitar futuros daños.

3.3 Atribución causal de pacientes en Sala de Urgencias como resultado de las atribuciones en la vida cotidiana.

La sociedad, en su conjunto, debería conocer los riesgos que implica consumir alcohol, los cuales pueden desencadenar la muerte. Sin embargo, pocos grupos sociales son cuidadosos en su consumo, porque se atribuye a otras causas los efectos negativos de esto, o peor aún, no se considera potencialmente peligroso para sí mismo, aunque sí para los demás.

En el segundo capítulo, observamos que la vida cotidiana brinda esquemas de acción que el individuo utiliza constantemente. Aún cuando se presentan eventos inesperados, fuera de la vida cotidiana, estas pautas sirven al individuo para explicar los acontecimientos y dirigirlos en acciones. Con respecto al consumo de alcohol, estos esquemas guían atribuciones que tienden a justificar los daños provocados bajo el efecto de bebidas embriagantes. Por ejemplo, el padre que, por estar borracho, relega todos los cuidados de los hijos a la madre; el ser que atribuye su alcoholismo a la falta de solvencia económica; la familia que considera normal el beber en exceso ocasionalmente y cierra los ojos a la violencia intrafamiliar que ocurre durante estos episodios, etcétera (Natera, 2001). En la cotidianidad de esta sociedad, las personas evitan asumir responsabilidades, otorgándolas "a quien se deje", tal vez porque significa un peso menos en sus vidas y, probablemente, sucede con mayor frecuencia al tratarse de eventos imprevistos.

En el caso específico de los pacientes de SU, podemos encontrar atribuciones causales semejantes en la vida cotidiana del individuo. Sin embargo, si él se percata de inconsistencias en las atribuciones acostumbradas puede conducir a un cambio en ellas y, ojalá, en las actitudes y acciones. Al revisar los estudios de

Tajfel (1984), se deduce que las atribuciones causales influyen sobremanera en el cambio de actitudes, porque cuando se presenta una situación que rompe los esquemas habituales de atribución, el individuo –hipotéticamente- debería buscar una nueva explicación que resulte coherente e integradora para restablecer el equilibrio perdido. Por eso, la llegada a SU es crucial para los pacientes, ya que pueden iniciar un cambio de actitud relacionado con el consumo de alcohol.

Esta modificación puede impulsarse a través del cambio social, el cual es producto del conflicto entre los valores, la percepción y las creencias de una sociedad (Nisbet, 1979). De esta manera, cuando las personas accidentadas o enfermas llegan a SU, el conflicto puede surgir si cuestionan las causas del evento y su participación en él, poniendo en duda las pautas de explicación acostumbradas, y por ende, su sistema de creencias. Esto no significa que, por entrar en crisis, exista un cambio. Es necesario que el individuo encuentre un modelo o esquema que le permita suplir los patrones anteriores, que ahora ya no funcionan, por otros que tengan el poder de asimilar un nuevo estilo de vida y de comprensión del mundo. Pero, de no encontrarlos, el individuo se verá forzado a seguir utilizando las mismas formas de guiar y explicar su vida cotidiana, corriendo el riesgo de sufrir un nuevo accidente o enfermedad.

En nuestra cultura se acepta el consumo de alcohol como algo propio de la tradición, las costumbres y los hábitos, en las que participa el individuo dentro de la sociedad, pues está inmerso en la convivencia social. Sin embargo, no debemos enfocarnos a cambiar las tradiciones, pues su significado no es el que está provocando daños, el cambio debe presentarse en el patrón de consumo que presenta el individuo porque es el que le provoca problemas. Ya que, si se da cuenta que el consumir alcohol, en grandes cantidades, es perjudicial puede interpretar de otra manera su consumo.

Gergen, en su principio de *funcionalidad circular*, afirma que las prácticas sociales en las que el individuo se ve envuelto, predisponen a convertir en verdaderas las suposiciones de acuerdo a las estructuras del lenguaje, en oposición a las relaciones observables. La funcionalidad circular, puede aplicarse al estudio psicológico porque *“todas las proposiciones razonables declaran una*

relación funcional entre las palabras estímulo y el dominio psicológico, o entre el último dominio y la subsecuente acción, y son verdaderas por definición” (Gergen, 1988, p. 38). Es decir, todos los procesos psicológicos que pueden tener consecuencias en cuanto a la forma de referir un evento, o el conocimiento mismo, son productos o extensiones de convenciones lingüísticas porque su marco referencial es el lenguaje, pues es a través de él como hacemos presente un pensamiento o una idea sobre el mundo. Así mismo, cuando los individuos se dan cuenta y concuerdan en que el consumo de alcohol es o no perjudicial para su salud, sus pautas de acción estarán orientadas según sus opiniones. Se espera que, si los grupos sociales impulsan nuevos y diferentes estilos de atribución, los cuales de verdad permitan al individuo percatarse de los riesgos que acompañan el consumo de alcohol, esto conducirá a un cambio en el patrón de consumo de la sociedad, y con ello, una disminución en los costos sociales.

El consumo de bebidas alcohólicas en pacientes lesionados, que acuden a SU ha sido estudiado en población mexicana, dando muestras del impacto del consumo de alcohol en el sector salud. Estas investigaciones, entre otras cosas, han estudiado el tipo de atribución que tienen los pacientes en SU y la forma de obtener información confiable sobre el tema, como son los estudios realizados por Cherpitel (1993, 1996, 1998), Cherpitel y Borges (2002), Room (2000) y Kelly (1997). Dichos estudios aportan datos importantes sobre las atribuciones de pacientes en SU porque han sido abordados de manera empírica, aunque requieren de mayor sustrato teórico.

Los autores mencionados están interesados en la importancia que tiene la atribución causal que manifiestan pacientes en SU en torno al consumo alcohólico y la mejor forma de estudiarlo. Estos trabajos han aportado evidencias de que la atribución causal que hacen los individuos respecto a su consumo depende del contexto en que se desarrolle el sujeto, y que incluso debería de conocerse la atribución causal de los pacientes con un patrón de consumo alcohólico riesgoso para aplicarlo en intervenciones o tratamientos futuros (Cherpitel, 1998).

Cherpitel (1996), estudió en cuatro hospitales de Estados Unidos, las asociaciones de causalidad de los pacientes que reportaron sentirse borrachos

durante la ocurrencia de su accidente. En primer lugar, encontraron que las mujeres son quienes más muestran atribuciones causales asociadas con el beber durante el evento. En segundo lugar, a pesar de existir un porcentaje similar en el autorreporte de consumo de alcohol en los diversos tipos de accidentes, se asocian diferentes grados de atribución causal al consumo de alcohol, por ejemplo, en el caso de accidentes con violencia, se encuentra una mayor asociación de causalidad (42%), que en las caídas (23%). Las conclusiones señalan que, las personas que sufren accidentes con vehículos de motor (AVM) tienden más a atribuir una asociación causal entre su accidente y un consumo de alcohol, que en otro tipo de accidentes. Sin embargo, esta investigación no pudo determinar predictores de atribución causal o "sentirse borracho" según los accidentes específicos. Aunque, las consecuencias de haber bebido fueron predictoras para el autorreporte de consumo de alcohol durante la ocurrencia del accidente/enfermedad (se "sintió borracha"), no lo son para establecer una asociación causal entre consumo de alcohol y el evento.⁵⁰ Los datos sugieren que, los pacientes no enlazan el consumo de alcohol y los daños que ocasiona, es decir, no es lo mismo reportar sentirse borracho y darse cuenta que su estado alcohólico pudo provocar su accidente, lo cual es necesario para iniciar un cambio de actitud. Estos datos son exclusivos de población norteamericana, por lo que es necesario conocer si sucede lo mismo en otras regiones.

Otra investigación se encargó de descubrir la atribución causal que los pacientes en SU dan a su accidente/enfermedad, en diferentes poblaciones. Así, Cherpitel, Parés, Rodés, Rosovsky, en 1993, compararon el contexto en el cual el consumo de alcohol estaba relacionado con el relato que los pacientes referían del evento. El estudio se realizó en tres países, México, Estados Unidos y España, Cherpitel y cols. encontraron que el 50% de la muestra mexicana se "sintió borracha" durante el accidente, en contraste con un 15% en España y un 29% en Estados Unidos. En seguida se les preguntó si pensaban que el accidente ocurrió

⁵⁰ Se puede objetar que el alcohol es un factor, pero no necesariamente un elemento determinante para que el accidente ocurra. En este tipo de análisis no podemos localizar la historia que rodea el accidente. Por ello, es necesario escuchar y analizar el relato que el sujeto realiza del evento. Finalmente, ambos son herramientas que permiten complementar la comprensión del problema.

debido a su consumo previo de alcohol; la atribución obtenida fue menor (60%) a la de Estados Unidos (93%) y España (100%). Entonces, los pacientes que viven en los Estados Unidos perciben su consumo alcohólico como causa de sus accidentes/enfermedades en mayor grado que los pacientes radicados en México. Estos autores concluyen que, la atribución causal y los riesgos por consumir alcohol varían de acuerdo a la población, al consumo previo de alcohol y al contexto en donde se ubiquen.

Si la población es indicadora de los riesgos y atribuciones al consumo de alcohol, ¿qué tan significativas serán las diferencias étnicas en una misma población para realizar atribuciones al consumo de alcohol? Para responder a esta pregunta, Cherpitel y cols., en 1998, llevaron a cabo otra investigación donde manejaron una misma población con distintos grupos étnicos (hispanos, negros y blancos), con la finalidad de conocer la asociación explícita entre el consumo de alcohol y el accidente, así como el contexto en que se presentó el mismo. Encontraron que la población hispana radicada en Estados Unidos, asistente a SU durante el tiempo de investigación, que consumió alcohol en las últimas seis horas antes de su accidente o enfermedad, atribuyó dicho evento a su consumo de alcohol (50%), en un porcentaje mayor a la población blanca (17%) o negra (37%). Todos los estudios revisados hasta aquí, indican que el contexto y el grupo social al que se pertenece influyen sobremanera en la atribución que los sujetos hacen a la ocurrencia del accidente/enfermedad.

En un artículo reciente (2002), Cherpitel y Borges, estudiaron dos muestras de pacientes mexicanos radicados en Estados Unidos y en México (Pachuca), que acudieron a SU. Aunque ambas muestras tuvieron proporciones semejantes en el autorreporte de consumo de alcohol, los entrevistados en Pachuca atribuyeron una asociación causal entre su consumo y el accidente en menos ocasiones (20%), que los mexicanos radicados en Estados Unidos (50%). Esto indica que, las diferencias culturales pueden influir en las atribuciones causales de los pacientes porque los riesgos observados pueden variar según la cultura, el grupo social y el contexto.

Todos los puntos mencionados pueden tener grandes implicaciones prácticas, ya que si los sujetos que llegan a sala de urgencias no perciben las consecuencias por consumir alcohol, en este caso un accidente o enfermedad, no se podrán tomar medidas o estrategias para evitar una reincidencia dañina. Repercutiendo incluso en el número de incidencias a SU, aumentando tanto los daños sociales: muertes, accidentes, daños a terceros, a la nación, etc; como el gasto en los servicios de salud, en el ámbito económico, administrativo y de los empleados (Campillo, 1992; Campillo y Villatoro, 1992). Estas investigaciones apuntan, de alguna manera, a un cambio en el consumo de alcohol para prevenir costos sociales. Dichos estudios se percatan de la participación de la sociedad en la percepción de riesgo. Sin embargo, no consideran el significado que los pacientes depositan en el evento, pues su finalidad es conocer lo inmediato. Por eso, es importante utilizar otro tipo de estrategias para alcanzar un análisis más completo de la situación

Creemos que la "modificación conductual de un individuo" no se alcanza si la sociedad no contribuye a que el paciente sea consciente de los riesgos que implica un consumo riesgoso de alcohol. Por lo tanto, es necesario que exista un cambio social en el tipo de consumo acostumbrado por la sociedad mexicana, que puede impulsarse mediante un cambio en la atribución causal. Para ello, es importante conocer los significados que los pacientes otorgan al evento porque a través de las atribuciones podemos comprender este mundo.

Algunos de los autores mencionados en el primer capítulo se percatan de la importancia de conocer los significados que las personas otorgan a los eventos pero, pocos de ellos se encargan de conseguir un método capaz de estudiarlos, entre ellos encontramos a los estudios de significado y los etnometodológicos, que serán discutidos brevemente a continuación.

En los estudios de significado, Tajfel intenta facilitar su análisis a través de la categorización, tratando de establecer diferencias entre atribuciones parecidas para, finalmente, encontrar coherencia y sentido a los eventos. Posteriormente, surgieron diferentes tipos de categorización utilizados en los análisis de palabras, de contenido, de significado, etc., pasando por un sin fin de ideas sobre qué y

cómo categorizar (Kvale, 1996; Ruiz, 1989). No todos ellos son atinados, porque en lugar de alcanzar la comprensión de los signos utilizados por las personas, desarticulan los significados. Por ejemplo, Eiser (1972) utiliza análisis semánticos para categorizar las atribuciones en cuatro puntos: el individuo, el procesador de información, el categorizador y el percibidor. Eiser tiende a ver al pensamiento como una función exclusiva del sujeto y a éste como procesador activo de información que jerarquiza las atribuciones en positivas o negativas, sin considerar que la información no comunica, porque carece del lazo afectivo que le da sentido al mensaje (Billig, 1989; Fernández, 1991).

La investigación etnometodológica, se zambulle en el complejo mundo de los significados con la intención de comprender al grupo y su visión de la realidad (Ibáñez, 1994) pero, requiere de un largo estudio para adentrarse en la comunidad, lo cual no es posible en SU porque los pacientes, generalmente, son dados de alta el mismo día. Entonces, ¿cómo podemos estudiar este universo de significados sin perdernos en la maraña de simbolismos propios del ser humano? La empresa no es sencilla, podemos encontrarnos con divagaciones o significados difíciles de analizar que nos proporcionen claridad para entender las atribuciones proporcionadas por los pacientes en SU. La categorización es una herramienta útil, siempre y cuando se tenga presente que no es la única función del pensamiento y de las atribuciones. El verdadero conflicto surge al olvidar que estas categorías forman parte de un todo, del individuo y la sociedad que busca comprender un mundo que interactúa constantemente, en donde el discurso es habitualmente utilizado para expresar nuestras atribuciones. Por ello, el análisis de significado de nuestra investigación se orientará en la categorización de los relatos que los pacientes en SU nos proporcionen.

Existen pocos estudios en población mexicana que utilizan la categorización para conocer las atribuciones causales con respecto al consumo de alcohol. Uno de ellos es el de Mora-Ríos, Unikel, Saldívar y Natera (1995), quienes observaron las atribuciones hacia el consumo de drogas en estudiantes de bachillerato y encontraron que, los jóvenes en edad escolar atribuyen más significados positivos al consumo de alcohol que a las drogas y que se debe a una evasión de la

realidad o a problemas sociales. Aunque el consumo es percibido como moderado, los estudiantes refieren que al consumir alcohol las personas dañan a los demás y, por lo tanto, necesitan ayuda. Los autores mencionan que las atribuciones proporcionadas tienden a colocar al alcohol como facilitador social. Este estudio ayuda a comprender las atribuciones que los estudiantes mexicanos tienen hacia el consumo de alcohol y pone énfasis en el lenguaje cotidiano para expresar actitudes y opiniones. Podemos observar que estas atribuciones no reflejan una percepción real del patrón de consumo de los mexicanos, ni los riesgos que implica, sólo consideran medianamente los daños que puede ocasionar.

Sin embargo, todavía no encontramos estudios cualitativos en SU con población mexicana que refieran las atribuciones inmediatas después de un accidente o enfermedad, lo cual es importante para conocer las atribuciones reales en el momento y tiempo después de ocurrido el evento y así observar los cambios en la forma de interpretar los riesgos que se corren por consumir alcohol. Este es uno de los objetivos del presente estudio, que podría beneficiar a la comunidad pues puede derivar en programas preventivos basados en las atribuciones causales, ya que, como señala Perkins (2000), los programas preventivos para evitar los daños por consumo de alcohol y otras drogas, no sólo deben basarse en la información, también deben enfocarse al cambio de actitudes con respecto a su consumo, para crear un verdadero cambio en la forma de beber. Por eso, los programas preventivos de mayor éxito son aquellos que utilizan, simultáneamente, aspectos cognoscitivos y sociales, que pueden ser aplicados como programas de iniciativas prácticas abarcando varios niveles de intervención.

4 LA INVESTIGACIÓN APLICADA.

4.1 Objetivo y justificación del estudio.

El principal objetivo de esta investigación fue estudiar la atribución causal que los sujetos tienen de su accidente o enfermedad, inmediatamente después de ingresar a un servicio de urgencias y tres meses después, observando si refieren que el consumo de alcohol provocó dicho evento. Para ello, nos preguntamos: ¿los pacientes que llegan a sala de urgencias médicas y traumáticas, que consumieron alcohol seis horas antes del accidente o enfermedad, lo atribuyen a la bebida?

La justificación del presente estudio se centra en que el patrón de consumo de alcohol considerado riesgoso o perjudicial (ver definición de variables), es uno de los principales factores que propician accidentes o enfermedades. Si los pacientes que acuden a servicios de urgencias y que bebieron alcohol antes del evento, se atribuyen a sí mismos la causa de su ingreso al hospital, se responsabilizan de los riesgos que implica su consumo y por ende, se percatan del daño social provocado por beber alcohol, puede repercutir en una baja reincidencia en SU, al prevenir nuevos riesgos ocasionados por su consumo y facilitar el tratamiento contra el abuso de alcohol. Además, es importante estudiar la atribución causal al evento, tanto de los sujetos con un consumo de alcohol considerado riesgoso, como los que beben moderadamente o no beben, para conocer sus diferencias.

Desde el punto de vista teórico de la psicología, se busca conocer si en la actualidad la teoría de atribución causal puede dar una visión acerca del tipo de justificaciones o razones que dan los individuos a hechos "dramáticos" o peligrosos en sala de urgencias y que tanto repercute en la posible reincidencia de estos eventos. Además, se intentó encontrar un enlace entre las aproximaciones teóricas sobre atribución de Heider, Jones y Kelley, es decir, entre la teoría ingenua de la acción, de la inferencia correspondiente, así como de la covariación y configuración (Hewstone, 1992). Estos tres enfoques tienen lazos en común que pueden verse asociados en la comprensión del problema de alcoholismo en México. Además, se justifica el uso del relato como medio para conocer las

atribuciones hechas, usando palabras de uso cotidiano para que resulten familiares al sujeto.

4.2 Método.

❖ Las hipótesis planteadas fueron:

Hipótesis conceptuales:

H₁: La atribución causal del evento al consumo de alcohol está relacionado con haber bebido antes del accidente o enfermedad.

H₂: Existen diferencias en la atribución realizada según las características sociodemográficas y el consumo de alcohol de los pacientes que bebieron seis horas antes del evento.

H₃: El patrón de consumo de alcohol está relacionado con la atribución causal del evento a dicho consumo.

H₄: El consumo de alcohol riesgoso está relacionado con atribuirse a si mismos la causa del evento, con la percepción de los riesgos que implica un consumo riesgoso y con los cambios identificados en el accidente o enfermedad.

H₅: Existen diferencias en la atribución realizada en la entrevista inicial y el seguimiento de los pacientes que consumieron alcohol seis horas antes del evento.

H₆: Existen diferencias en los problemas o daños sociales asociados al consumo de alcohol, en la atribución en la entrevista inicial y el seguimiento según el consumo riesgoso.

❖ Variables estudiadas.

Atribución causal.

Definición conceptual: "proceso mediante el cual un individuo establece el origen causal de un hecho" (Hewstone 1992, p. 14).

Definición operacional: explicación que los pacientes de sala de urgencias dan a la ocurrencia de su accidente o enfermedad a través de las preguntas: "Usted piensa que se hubiera accidentado (o enfermado), si no hubiera tomado alcohol", "Hace aproximadamente 3 meses usted estuvo en el servicio de urgencias. Dígame con sus propias palabras, ¿cuál fue la principal causa de su accidente?" y "El que hubiera consumido alcohol, antes y/o durante su accidente (enfermedad), ¿qué tanto causó el incidente? (ver anexo 1 preguntas 7A y M7 y anexo 2 preguntas 3.A, 4ª, 3.D y 4.D).

Consumo de bebidas alcohólicas.

Definición conceptual: uso y abuso de la ingesta de sustancias alcohólicas (Borges, 1989). El patrón de consumo considerado riesgoso o perjudicial es aquel que afecta la salud física o mental del consumidor, e incluye al usuario regular que aún no cumple con el criterio de dependencia al alcohol (Medina-Mora 2001, p.33).

Definición operacional:

- Autorreporte del uso y abuso de sustancias de cualquier grado de alcohol, de pacientes en sala de urgencias, en los últimos doce meses o en las seis horas antes o durante el accidente o enfermedad (ver anexo 1 preguntas 13 y 14).
- Medición del alcohol en la sangre por medio del alco-sensor. Se considera positivo si éste es ≥ 10 mg/100ml y negativo si es ≤ 9 mg/100 ml (Ver anexo 1 lectura del alco-sensor).
- Prevalencia de pacientes con problemas relacionados con el consumo de alcohol en los últimos 12 meses de acuerdo con el RAPS, CIDI y AUDIT (ver anexo 1 preguntas 12, 18 y 19).

Patrón de consumo:

Definición conceptual: indicador que reporta la frecuencia, cantidad y variabilidad en el consumo de alcohol, en los últimos doce meses (Medina-Mora, 2001).

Definición operacional: frecuencia, cantidad y variabilidad en el consumo de alcohol, en los últimos doce meses, reportada por los pacientes, que se agruparon en las categorías de:

- a) **Abstemio:** Nunca ha consumido bebidas alcohólicas.
- b) **Infrecuente:** Bebe de una vez al año a una vez al mes /nunca consumió cinco o más copas en una ocasión durante los últimos doce meses.
- c) **Infrecuente leve:** Bebe de dos a tres veces al mes hasta una o dos veces a la semana, o tres o cuatro veces al mes hasta diario/ nunca consumió cinco o más copas en una ocasión el año anterior.
- d) **Moderado:** Bebe de dos a tres veces al mes hasta diario/ y consumió de 5 a 11 copas por lo menos una ocasión el año anterior.
- e) **Alto:** Bebe de tres a cuatro veces al mes hasta diario/ consumió 12 o más copas por lo menos una ocasión en año anterior.

Percepción de riesgo.

Definición conceptual: "reconocer las consecuencias negativas debido al uso de alcohol mediante juicios de responsabilidad en el evento." (Kelly 1997, p. 1161).

Definición operacional: auto-reflexión por parte de los pacientes sobre las consecuencias desencadenadas por consumir alcohol el día del evento y la responsabilidad que tienen en él (ver anexo 2 preguntas 3.B y 4.B).

Percepción del daño social.

Definición conceptual: "percepción de los problemas o fallas asociados al consumo de alcohol del propio individuo al desempeñar los roles sociales más importantes" (Mondragón, 1997; Room, 2000).

Definición operacional: asociación que realiza el paciente entre el consumo de alcohol y los problemas que ha tenido en su sociedad como consecuencia de su propio consumo; por ejemplo: violencia, problemas familiares, de pareja, con la autoridad, de salud e individuales (ver anexo 1 pregunta 36 y anexo 2 pregunta 6).

Características socio-demográficas.

Definición conceptual: "se refiere a la interrelación entre la composición y distribución de la población, su lugar en la estructura social o cultural así como su pertenencia a grupos al interior de esta estructura; con una amplia variedad de variables sociales y económicas" (Mondragón, 1997).

Definición operacional: se consideraron características socio-demográficas al estado civil, escolaridad, ocupación, ingresos económicos y contar con algún seguro de salud (ver anexo 1, preguntas 20-32).

Sexo biológico.

Definición Conceptual: "es la serie de características físicas determinadas genéticamente, que colocan a los individuos de una especie en algún punto del continuo que tiene como extremos a los individuos reproductivamente complementarios" (Desarrollo Integral del Adolescente 1998, p. 5).

Definición operacional: diferencia biológica que asumen los pacientes y es expresada en las categorías de masculino y femenino (ver anexo 1 carátula).

❖ Muestra.

Los sujetos fueron todos aquellos pacientes con un rango de edad entre 18 y 65 años que solicitaron por primera vez atención médica en el servicio de urgencias médicas y traumáticas. Los criterios de exclusión fueron: (1) si el paciente fue subsecuente o asistió para revisión de su enfermedad o accidente, (2) si el paciente asistió por emergencia debido a problemas de embarazo, o (3) si el paciente tenía un daño cerebral importante que le impidió contestar las preguntas.

Se seleccionaron a 278 personas que solicitaron los servicios de urgencias, de las cuales 235 aceptaron colaborar con el estudio. Todas las entrevistas se realizaron dentro de las instalaciones del hospital.

En el primer contacto, la población se dividió en pacientes que asisten por una urgencia médica y pacientes que asisten por una urgencia traumática (accidente, mordedura, lesión, etcétera).

La segunda medición se realizó tres meses después de iniciado el estudio, tomando una submuestra (n= 53) de la población entrevistada inicialmente (n=235 pacientes). Los criterios para seleccionar esta submuestra fueron:

- a) Todos los pacientes que durante la primera entrevista refirieron haber consumido alcohol seis horas antes y/o durante el evento, si resultaron positivos al alco-sensor (>-10 mg / 100 ml) y/o contestaron afirmativamente a cualquiera de las preguntas del RAPS (Rapid Alcohol Problem Screening). Estos pacientes fueron considerados como riesgosos.
- b) Una muestra sistemática de los pacientes que no cumplieran con el criterio para "a". En el primer mes del estudio se escogió a 1 de cada 10 pacientes y en el último mes a 1 de cada 5 pacientes que no cumplía con el criterio "a".

El tipo de estudio es exploratorio y ex post-facto ya que las dos mediciones se hicieron después de ocurrido el evento.

❖ Instrumentos.

En la primera fase del estudio, aplicamos una entrevista cara a cara con una duración aproximada de 35 minutos. El cuestionario incluye preguntas socio-demográficas que contribuyen a la comprensión de la esfera social del paciente y problemas relacionados con el uso de alcohol, además de preguntas sobre la atribución causal al alcohol. También utilizamos un alco-sensor, que es un instrumento que puede medir con una muestra de aliento la concentración de alcohol en sangre del paciente.

En la segunda fase, se utilizó una versión abreviada de la primera entrevista que incluyó preguntas más específicas sobre atribución causal. Con esta entrevista se obtuvo una comparación *a posteriori* sobre la atribución causal al consumo de alcohol, percepción de riesgo y daño social, además de la participación del sujeto

en el evento y el patrón de consumo actual, para conocer algún cambio en el consumo del paciente durante este periodo.

Las entrevistas aplicadas en las dos fases del estudio (ver entrevistas en anexo 1),⁵¹ agruparon las escalas de:

- a) Características socio-demográficas: incluyen la edad del paciente, ocupación, estado civil, escolaridad, ocupación, ingresos económicos y el contar con seguro médico.
- b) Lesiones: la cual estudia las lesiones ocurridas en los últimos 3 meses, las que requirieron atención médica y en cuántas de ellas se bebió antes de que sucedieran.
- c) Consumo de alcohol 6 horas antes: en la cual el paciente reporta si bebió o no antes del evento, el tipo de bebida y la cantidad de copas que consumió.
- d) Lectura del alco-sensor: a través de un complejo mecanismo, el alco-sensor III es un aparato que permite estimar, con una muestra de aliento, el nivel de alcohol en la sangre.
- e) Patrón de consumo de alcohol: esta escala evalúa el consumo habitual, cantidad de consumo y variabilidad del mismo.
- f) Rapid Alcohol Problems Sreen (RAPS): el RAPS es un instrumento de tamizaje que explora los remordimientos, amnesia, desempeño y el consumo de alcohol inmediatamente después de levantarse, que las personas reportan haber presentado en los último 12 meses.
- g) Atribución causal al evento, de responsabilidad, cambio al evento y atribución al consumo de alcohol, que explora el principal agente causal, la percepción de riesgo, y el consumo de alcohol como causa del evento, según la interpretación del paciente.⁵²

⁵¹ Todos los instrumentos utilizados en la entrevista inicial y en el seguimiento, han sido validadas y son confiables, puesto que fueron probadas en diversos estudios realizados en población mexicana, (Borges, 1999; Casanova, 2001; Kelly, 1997; Cherpitel, 1993, 1998; Cherpitel y Borges, 2002; Room, 2000).

⁵² Las primeras tres preguntas de esta escala sólo fueron contestadas durante el seguimiento.

- h) Problemas o daños sociales relacionados con el consumo de alcohol, en esta escala se encuentran las asociaciones que establecen los pacientes entre sus problemas y su consumo de alcohol.

❖ Procedimiento.

La investigación se llevó a cabo en el contexto de un estudio piloto realizado en el servicio de urgencias del hospital general de zona # 32 "Villa Coapa" del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), ubicado al sur de la ciudad de México; en las áreas de urgencias médicas y traumáticas.⁵³

El trabajo de campo se realizó en dos periodos, obteniendo dos mediciones. El primero fue del 1° de junio al 31 de julio del 2000 en el cual se captaron 278 pacientes que acudieron al servicio de urgencias; el segundo periodo fue realizado tres meses después de la entrevista inicial, del 4 de septiembre al 15 de noviembre del 2000, en el cual se llevó a cabo el seguimiento de una muestra (n=53) de los pacientes captados anteriormente.

En la primera medición, se captaron a todos los pacientes que ingresaron al servicio de urgencias durante nueve fines de semana, iniciando el viernes a las 8:00 a.m. y finalizando el lunes a las 8:00 a.m. Inmediatamente después de recibir las primeras atenciones médicas, se pidió a los pacientes su consentimiento informado para colaborar con el estudio. Una vez que aceptaron, se tomó la medición del alco-sensor que se aplicó en cuanto el paciente ingresó a SU, siempre y cuando no hubieran pasado más de seis horas de haber ingerido la última copa. El siguiente paso fue la aplicación de la entrevista, porque es una forma directa de conseguir que el paciente realice atribuciones y se percate de las causas de su accidente o enfermedad. Si el paciente ingresó en un estado bastante grave o si el médico señaló que por el momento el paciente no podía contestar, la entrevista se realizó hasta que estuviera estable.

⁵³ En el que participé como parte del servicio social, en el trabajo de campo y en el análisis de datos. El equipo de investigación se formó por supervisores y entrevistadores psicólogos y enfermeras previamente capacitados para el manejo de los instrumentos.

Durante los meses de julio y agosto del 2000 se confirmó el número telefónico de los pacientes en la submuestra. A partir de septiembre y hasta noviembre del 2000 se obtuvo la segunda medición, a través de una breve entrevista telefónica de 5 minutos para comparar la atribución que hace el sujeto con respecto a lo que provocó su accidente/enfermedad.

❖ Análisis de la información.

Ambas mediciones permiten realizar análisis de comparación de medias y de proporción. En los casos que lo requirieron, se utilizó la prueba t de Student para comparar las medias entre grupos y la prueba χ^2 o de Fisher⁵⁴ para proporciones.

El número de pacientes que consumieron alcohol seis horas antes del evento y que participaron con el seguimiento es tan pequeño (n=9), que nos permitió analizar el significado de sus relatos y así conocer con mayor detalle lo que rodeó al evento y comprender mejor la atribución causal proporcionada.

⁵⁴ La prueba exacta de Fisher se utiliza para encontrar diferencias estadísticamente significativas, en caso de contar con muestras independientes no paramétricas, con datos discretos, en un diseño de 2x2 (generalmente) y cuando la frecuencia mínima esperada es \leq a 5 (Siegel, 1985)

5 ANÁLISIS DE RESULTADOS.

En esta sección se describen los resultados de nuestra investigación. Para facilitar su comprensión, mostramos la distribución de los pacientes captados durante los 2 meses del trabajo de campo, las características sociodemográficas, las variables presentes en el evento y el consumo de alcohol de los pacientes que aceptaron colaborar con la entrevista inicial.

Presentamos la atribución causal al alcohol en la entrevista inicial de los pacientes positivos al autorreporte 6 horas antes del accidente o urgencia, su relación con las características sociodemográficas y con el consumo habitual de alcohol. También analizamos la segunda fase del estudio, comparando a los pacientes con consumo riesgoso y no riesgoso según el sexo, el consumo de alcohol, las lesiones y los problemas asociados a dicho consumo durante los meses posteriores a la entrevista inicial. Describimos las atribuciones causales, la percepción de riesgo reflejada en la responsabilidad en el evento, y la posibilidad de cambio reportadas por todos los pacientes que participaron en el seguimiento.

Como parte del análisis de significado, mostramos las atribuciones relatadas por todos los pacientes y lo que les gustaría cambiar de aquel día en que sufrieron su urgencia. Por último, comparamos los relatos que los pacientes que consumieron alcohol antes del evento expresaron en la entrevista inicial y después de ella.

5.1 *Pacientes entrevistados en Sala de Urgencias (SU) de la clínica 32 (1ª Fase).*

Se capturaron 278 pacientes que llegaron a SU, de los cuales rechazaron la entrevista 43 personas y la aceptaron 235. No encontramos diferencias estadísticamente significativas en la edad y motivo de ingreso de los pacientes que no aceptaron colaborar. Sin embargo, observamos una mayor proporción de pacientes masculinos y no derechohabientes que no aceptaron participar (ver figura 1). De los pacientes que continuaron con la entrevista inicial, 194 no presentaron consumo riesgoso y 41 sí son consumidores en riesgo, de los cuales

17 pacientes no riesgosos y 18 pacientes con consumo riesgoso aceptaron participar con el seguimiento y fueron contactados exitosamente.

Para explorar las características sociodemográficas de los pacientes que contestaron la entrevista inicial, se realizaron análisis de frecuencias y porcentajes (ver cuadro 1). Encontramos una proporción similar entre sexos, 54.9% de los pacientes entrevistados corresponden al sexo femenino y el 45.1% al sexo masculino. Gran parte de ellos son jóvenes entre 18 y 29 años (45.1%) y la minoría está entre los 60 y 69 años (5.1%). Como se esperaba, casi todos fueron derechohabientes del IMSS (93.6%), aunque existieron casos de personas que no contaron con algún seguro de salud (2.1%). Un poco más de la mitad de los pacientes estaban casados al momento de ser entrevistados (53.2%), sólo 20.9% concluyó los estudios de preparatoria. La ocupación que predominó fue la de empleado (38.7%), seguida por la de ama de casa (14.9%). En general, el ingreso económico de los pacientes fue de dos (21.3%) a más de dos salarios mínimos (58.7%), aunque hubo casos que percibían menos del salario mínimo (2.1%).

En el cuadro 2, observamos que los problemas médicos se presentaron en proporciones similares a los accidentes o lesiones (43.8% y 56.2%, respectivamente) y, generalmente, los pacientes ya estaban dados de alta al finalizar la entrevista (48.5%).

El 8.9% de los pacientes consumieron alcohol 6 horas antes del evento y fueron positivos al alco-sensor (4.3%). Una buena parte reportó haber consumido alcohol en los últimos 12 meses (67.2%) (ver cuadro 3). El patrón de consumo de alcohol que más se presentó fue de bebedor "infrecuente" (43.8%), seguido del "abstemio" (32.8%) y del bebedor "moderado" (17.4%). El 17.4% presentó consumo riesgoso, fueron positivos a las preguntas del RAPS 10.3% y mostraron dependencia al alcohol 5.4%.

❖ Atribución causal de pacientes que consumieron alcohol antes del evento.

Para estudiar la atribución causal al consumo de alcohol, seleccionamos a los pacientes que presentaron consumo riesgoso (n= 41). Encontramos que 22

pacientes contestaron que no habían bebido alcohol seis horas antes del evento y 19 respondieron que sí lo habían hecho (ver figura 2), a estos pacientes se les preguntó "¿usted piensa que se hubiera accidentado o enfermado si no hubiera estado bebiendo?". La mayoría atribuyó a su consumo de alcohol la causa de su accidente o enfermedad (68.4%).

Con la intención de explorar si existe alguna relación entre la atribución realizada, las características sociodemográficas y el patrón de consumo, estudiamos las respuestas de los pacientes que reportaron haber consumido alcohol en las seis horas antes del evento ($n=19$) y la atribución que refirieron al momento de ingresar a SU (ver cuadro 4). De estos pacientes, todas las mujeres atribuyeron a su consumo la ocurrencia del evento (100%), así como la mayor parte de los hombres (62.5%), pero no encontramos diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($p=0.517$). Aunque la mayoría de los pacientes accidentados atribuyeron el evento a su consumo (73.3%), no existen diferencias estadísticamente significativas ($p=0.622$) y tampoco un tipo de lesión que prevalezca entre ambos casos de atribución.

De los pacientes que tuvieron violencia en el evento, 71.4% mencionó que el evento no hubiera sucedido de no haber bebido, y aquí tampoco encontramos diferencias estadísticamente significativas ($p=0.622$). La mayoría de estos pacientes, presentaron un patrón de consumo "infrecuente" y atribuyeron el evento a su consumo (81.8%), seguidos por los de consumo "moderado" (42.9%), sin que hallan diferencias estadísticamente significativas ($p=0.200$). No encontramos diferencias significativas entre la atribución y la presencia de dependencia al alcohol ($p=0.684$), a las preguntas del RAPS ($p = 0.705$) y al ser positivos al alcohol sensor ($p=0.378$).

5.2 Seguimiento (2ª Fase).

En esta fase aceptaron participar 35 personas, 17 presentaron consumo no riesgoso y 18 consumo riesgoso, de éstas últimas, 9 pacientes que consumieron alcohol seis horas antes aceptaron participar y el resto de los que aceptaron no

consumió alcohol antes del evento (9) (ver figura 2). Comparamos las respuestas de los pacientes considerados como consumidores en riesgo y sin riesgo para observar si existen diferencias entre ambos grupos (ver cuadro 5).

Encontramos que el sexo masculino presentó mayor consumo riesgoso (88.9%), que el femenino (11.1%), por lo que existen diferencias estadísticamente significativas ($p=0.012$). Parece que los consumidores en riesgo presentan mayor frecuencia de consumo, aunque no hay diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($p=0.351$). Los consumidores en riesgo obtuvieron una media ligeramente superior a los pacientes no riesgosos (6.3), aunque debemos señalar que la diferencia no es estadísticamente significativo ($p=0.837$). La frecuencia de embriaguez es mayor en los pacientes con consumo riesgoso y está levemente por arriba de la diferencia estadísticamente significativa ($p=0.069$). En la prevalencia a las preguntas del RAPS no encontramos diferencias estadísticamente significativas ($p=0.141$), y tampoco las lesiones ocurridas indican diferencias entre grupos, pues el porcentaje es muy similar en ambos casos (35.3% y 33.3%) (ver cuadro 6). Por último, aunque no existen diferencias estadísticamente significativas ($p=0.388$), los problemas asociados al consumo de alcohol son ligeramente superiores en los pacientes con consumo riesgoso (22.2%) y tienen un promedio de problemas levemente mayor que los consumidores no riesgosos (1), ($t=-1.509$; $p=0.141$) (ver cuadro 7).

❖ Atribución causal, de responsabilidad y cambio en el evento en el seguimiento.

Para conocer las diferencias entre consumo riesgoso y no riesgoso, se estudiaron las atribuciones de causalidad, de responsabilidad y de cambio en el evento en todos los pacientes que participaron en el seguimiento (ver cuadro 8). Observamos que existe una proporción similar a atribuirse a sí mismos la causa del evento entre los pacientes sin consumo riesgoso (41.2%) y riesgoso (55.6%) ($p=0.421$). Al estudiar la percepción de riesgo, a través de la atribución de responsabilidad al evento, encontramos que los pacientes con consumo riesgoso pueden sentirse en gran parte responsables (33.3%) o nada responsables

(33.3%), con lo que encontramos proporciones semejantes en respuestas opuestas, aunque los consumidores no riesgosos presentan respuestas semejantes (47.1% para el "nada responsable"), y aquí, una vez más, no encontramos diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($p=0.223$). Cuando se les preguntó si deseaban cambiar algo del evento, la mayoría de los consumidores riesgosos contestó que el cambio se enfocaría en sí mismos (61.1%), aunque no existieron diferencias estadísticamente significativas ($p=0.338$). También tenemos información sobre la atribución al consumo de alcohol 3 meses después del evento pero las atribuciones cambiaron en muy pocos pacientes, por lo tanto, estas diferencias serán comentadas en el análisis de significado.

- ❖ Comparación del consumo de alcohol, lesiones y problemas asociados con dicho consumo en los pacientes riesgosos antes y después de la 1ª fase.

Para encontrar los cambios en el consumo de alcohol de los pacientes considerados en riesgo, se contrastaron las respuestas que dieron sobre su consumo, las lesiones y los problemas asociados a dicho consumo durante la entrevista inicial y durante el seguimiento (ver cuadro 9). El consumo habitual de alcohol disminuyó levemente tres meses después de ocurrido el evento (33.3%), pero estas diferencias no son estadísticamente significativas ($p=0.857$). El promedio de copas por ocasión de consumo aumentó en el seguimiento, de 5.3 a 6.3 copas ($t=-0.572$; $p=0.287$). Los pacientes reportaron menos episodios de embriaguez en la 2ª fase (44.4% y 27.8%) que en la 1ª (50% y 33.3%); las diferencias están un poco arriba de la significancia estadística ($p=0.070$). Así mismo, estos pacientes tuvieron menos problemas en el RAPS 3 meses después del evento (77.8%), lo que sí fue estadísticamente significativo ($p=0.020$). Además, las lesiones disminuyeron (66.7%), siendo significativa esta diferencia ($p=0.003$) al igual que su media (0.5) ($t=3.015$; $p=0.003$). También decrecieron los problemas asociados al consumo (77.8%) en donde encontramos diferencias

estadísticamente significativas ($p=0.043$) en los problemas que sucedieron durante los 3 meses anteriores a ambas mediciones.

❖ **Análisis de significado de los relatos.**

El análisis de significado se realizó a través de la categorización y re-significación de las narraciones hechas por los pacientes. En una primera instancia, se categorizó el breve relato del evento, para conocer las atribuciones causales de los pacientes con consumo riesgoso y no riesgoso. El significado atribuido se clasificó en 3 categorías:

- a) A sí mismo. Si ellos mismos se consideran los principales causantes del evento.
- b) A los otros. Si mencionaron que otras personas fueron causantes del mismo.
- c) A la situación. Si atribuyeron la causa del evento a cualquier cosa que no sea un ser vivo.⁵⁵

Estas categorías corresponden al principal agente causal en la ocurrencia del evento, según la interpretación de los pacientes. Con esta información, se establecieron relaciones entre el significado de la atribución realizada y el consumo de alcohol, es decir, si el paciente contestó que la causa de su accidente fue "la imprudencia del conductor", se consideró que la atribución significaba que el otro era causante del accidente. El mismo criterio fue utilizado para categorizar las respuestas de *cambio en el evento*, solamente se incluyó una nueva categoría: *sin cambio*, puesto que algunos pacientes refirieron que no cambiarían nada de lo que sucedió aquel día. Las categorías utilizadas son estables, porque al clasificar y reclasificar las respuestas siempre obtuvieron la misma categoría. La atribución de responsabilidad fue referida directamente por el paciente según las categorías: completamente responsable, en gran parte responsable, poco responsable y nada responsable. Por último, las respuestas de la atribución causal al consumo de alcohol se clasificaron en las categorías: completamente, parcialmente, casi nada

⁵⁵ Al final de la categorización se anexó la categoría de "no sabe" porque un paciente así contestó.

y nada (ver anexo 1). Una vez obtenidas las categorías, se analizaron sus frecuencias y porcentajes, y se resignificaron los relatos.

El análisis de significado permite afirmar, que aunque las causas del ingreso a SU son diferentes en cada caso, en la mayoría de ellos el paciente estuvo relacionado directamente con la ocurrencia del evento (ver cuadro 10). A pesar de ello, las personas tienden a percibirse a sí mismas como agentes pasivos de su accidente o enfermedad, independientemente del tipo de consumo de alcohol que presenten. Por ejemplo, las personas que llegaron por alguna urgencia médica hablan de lo que sucedió como si la enfermedad estuviera fuera del cuerpo, de sí mismos, (folio 12, 523 y 220), o si tuvieron accidentes de tránsito, atribuyeron a los demás la causa del evento (folio 111, 115). El relato de los pacientes muestra poca percepción de riesgo, pues las diferencias encontradas en las atribuciones de responsabilidad, de los consumidores en riesgo y sin riesgo, señalan que el hacerse responsable del evento significa sentirse culpable del mismo. En este sentido, el folio 243 lo muestra muy bien, esta persona cuenta que se resbaló de las escaleras del metro pero no se siente responsable de ello, aunque después afirma que debe tener más cuidado.

Los pacientes que refirieron ser causantes del evento y sentirse totalmente o en gran parte responsables, también consideraron que de poder cambiar algo, cambiarían ellos mismos (ver folios 56, 100, 158, 240). Sin embargo, pocos de ellos identificaron algo que evitara el evento y al mismo tiempo estuviera en sus manos realizarlo (ver folio 159 y 194). Otro punto a resaltar es que dos pacientes con diabetes, los folios 12 y 47, presentaron un patrón de consumo infrecuente o moderado aunque en esta enfermedad está contraindicado el consumo de alcohol. No obstante, ambos atribuyeron a la enfermedad la causa del evento y la reflexión que realizaron no permitió alguna posibilidad de cambio.

Las atribuciones de los pacientes que consumieron alcohol 6 horas antes también fueron analizadas según su significado. Comparamos el relato inicial con el del seguimiento y observamos que las atribuciones en realidad no cambiaron, los pacientes siguen encontrando una explicación similar que no incluye al consumo de alcohol en su discurso, aunque consideramos que en todos los casos

fue un factor importante que predispuso la ocurrencia del accidente (ver cuadro 11). Por ejemplo, el paciente del folio 525 dice que se cayó un vaso y al levantarlo se cortó, pero no menciona que había bebido 8 copas antes de que esto sucediera, por lo que sus capacidades motrices pudieron verse afectadas. Si observamos sus respuestas en el cuadro 10, el paciente hubiera evitado el evento aventando el vaso, como si el vaso fuera el principal causante del evento. Cabe mencionar, que solamente dos pacientes cambiaron su atribución 3 meses después, incluyendo en su relato la participación del alcohol en el evento (ver folios 30 y 240). Por otra parte, cuando reflexionaron sobre la participación de su consumo en el evento, la atribución varió según la cantidad de alcohol ingerida y la justificación que pudo dar el intérprete. Por ejemplo, los pacientes con los folios 176 y 240, en los cuales el motivo de ingreso fue "asalto", los dos pacientes bebieron antes del evento, pero ambos lo interpretan de manera distinta y sólo el folio 240 atribuye a su consumo de alcohol la causa del asalto.

Finalmente, cuando se les preguntó qué les gustaría cambiar del evento, muchos de ellos contestaron que el cambio radicaría en sí mismos, lo que confirma una auto-reflexión en su participación en el evento y permite cambios en las pautas de acción. Sin embargo, muy pocos consideraron su consumo de alcohol como algo que pudo haber evitado dicho evento (ver cuadro 6 folios 30 y 240).

6 DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

*"Nuestra atención es la que pone los objetos en un cuarto,
el hábito es el que los quita y nos hace sitio..."*

Proust, 1966, p. 274.

Si bien la principal intención de esta investigación fue conocer las atribuciones causales de los pacientes en Sala de Urgencias (SU), también centramos nuestra atención en la teoría que sostiene esta postura y sus diferentes vertientes, porque consideramos que el sustrato teórico en el cual nos apoyamos marca la aproximación e interpretación del problema estudiado. Recordemos brevemente algunas nociones sobre las atribuciones causales que pueden establecer puntos de unión entre las diferentes aproximaciones.

La mayoría de los teóricos revisados coinciden en que la atribución causal nos permite acceder a las conexiones que las personas establecen entre causa(s) y evento(s), pues es una forma de interpretar y darle sentido a nuestro entorno. Ya sea a través de causas situacionales o disposicionales, atribuciones externas o internas (Heider, 1944), de intención o disposición (Jones, 1979), covariaciones o configuraciones (Kelley, 1973), las atribuciones se forman no sólo a partir de procesos cognoscitivos,⁵⁶ también la memoria, las actitudes previas, el espacio de vida cotidiana y el lenguaje que pronuncia nuestro parecer ante el mundo, las van construyendo a cada paso. Las atribuciones son una forma de comprender lo que nos sucede (Simmel, 1988, 1998; Kruglansky, 1988; Hewstone, 1992, 1993; Ibáñez, 1994; Gergen, 1988, 1997).⁵⁷

⁵⁶ El cual ha sido el principal foco de interés de los estudiosos del tema, quienes mencionan a la sociedad como importante en el proceso atributivo, pero la consideran como el ambiente que predispone un efecto, lo cual nos parece que minimiza su trascendencia.

⁵⁷ La aproximación construccionista es muy rica, porque permite alcanzar la flexibilidad en el conocimiento respetando las críticas y posturas que se añaden a los planteamientos de lo que representa la construcción psíquica de la realidad (Fernández, 1999). Sin embargo, corre el riesgo de creer que el ser humano es el único constructor de realidades, como si estuviéramos en una película tipo "Matrix", rodeados de historias que a alguien se le ocurrió contar y que fueran completamente ficticias. La ficción no es lo mismo que la mentira, al menos la mentira tiene su contraparte: la verdad. Las explicaciones que podemos tener sobre el mundo no se basan en criterios de verdad o falsedad, más bien están basados en la validez que nuestras posturas puedan tener sobre nosotros y sobre los otros. Por eso, el estudio de las atribuciones causales enriquece a la psicología

En cuanto al proceso atributivo, el considerar que los individuos realizan atribuciones basándose en un modelo diádico como el de Heider (1944), Jones (1979), Tajfel (1982) o Kruglanski (1988), desencadenó una serie de complicaciones teóricas y prácticas, puesto que tanto el investigador como el atribuidor debían conocer y sopesar todos los factores envueltos en un evento para encontrarles un valor externo o interno, social o individual, endógeno o exógeno, lo cual es muy difícil dado que lo que sucede en la vida transcurre en un continuo. Para evitar estos conflictos, la teoría debe superar las barreras situacionales y disposicionales ampliándose hacia la interacción, en la que no sólo existen el individuo y la situación, también se encuentra el otro, quien rompe la díada para alcanzar el equilibrio en las atribuciones. Existe constantemente una interacción entre la situación, los otros y nosotros mismos, de manera que nuestras atribuciones son resultado de estos elementos y están orientadas – configuradas, diría Kelley (1973)- por el juicio del intérprete.

Él es quien no solamente evalúa la intención del actor o la disposición de los factores para que pueda producirse el efecto (Jones y Davis, 1965), también puede atribuir causalidad a eventos inesperados, como sucede con los pacientes entrevistados en SU. En estos casos, se ponen a prueba los esquemas causales y su funcionalidad (Kelley, 1973; Weiner, 1985^a), y así, pueden tener transformaciones si lo requieren. Estos cambios estarán guiados por las creencias y significados compartidos en la vida cotidiana por nuestra sociedad, que nos ayudarán a resignificar lo inesperado (Heller, 1977; Pichón-Rivière y Pampliega, 1985, Reguillo, 2000).

Los pacientes en SU son un ejemplo claro de estas consideraciones teóricas, por eso estudiamos sus atribuciones, especialmente, de las personas que consumieron alcohol seis horas antes del accidente o enfermedad. Si tomamos en cuenta que un poco más de la mitad de los pacientes que llegaron a SU acudieron por un accidente o lesión, y que de ellos, la mayoría eran jóvenes entre 18 y 29 años, entonces este sector es uno de los más afectados y presenta mayores

porque las personas, la gente, busca causas que resulten congruentes para sí misma y para los demás y así explica su acontecer.

riesgos en su salud, lo cual coincide con las investigaciones realizadas por Medina-Mora (1998), Zurita (1998) e Iglesias (1997) quienes señalan un alto índice de accidentes o lesiones entre adultos jóvenes. Si a esto agregamos que el ingreso económico percibido por los pacientes fue de dos a más de dos salarios mínimos⁵⁸, y que la mayoría están casados, los daños en su salud también perjudican a las personas que dependen de ellos.

De todos los pacientes entrevistados, 17.4% habían consumido alcohol antes del evento, o fueron positivos al alco-sensor o a alguna de las preguntas del RAPS, por eso se consideraron pacientes con consumo riesgoso. Puede parecer que esta cifra no es muy grande, pero sigue representando un problema social y de salud con altos costos para la población y que puede evitarse (Borges, 1999; Casanova, Borges y col. 2001; Domínguez, 1992; Mondragón, 1997).

De los pacientes que tuvieron consumo riesgoso, 8.1% reportó haber bebido 6 horas antes del accidente o enfermedad. Sólo 68.4% de ellos realizó una atribución causal a su consumo de alcohol. Comparado con investigaciones previas (Cherpitel, 1993; Cherpitel y Borges, 2002), en nuestro estudio el porcentaje es ligeramente mayor. Cabe añadir que al igual que en otros estudios (Cherpitel, 1996), las mujeres fueron las que menos bebieron antes del evento y las que más atribuyeron dicho evento a su consumo. Podemos suponer que la influencia cultural que se ejerce según el sexo, en cuanto al control del consumo de alcohol, repercute en las atribuciones hacia el consumo de alcohol (Medina-Mora, 1998; Romero, 2001).

Los relatos indican que el resto de los pacientes (31.6%) relacionaron el accidente o enfermedad con muchas otras causas sin considerar su consumo previo de alcohol como un factor importante en la ocurrencia del evento. De esta manera, minimizaron la importancia de dicho consumo, ya que aún con pocas cantidades de alcohol ingeridas la capacidad motriz se altera incrementando la probabilidad de tener caídas y accidentes por vehículos de motor; con una cantidad mayor de alcohol, la reflexión, el juicio y la vida social, también corren el riesgo de verse afectadas.

⁵⁸ Actualmente el salario mínimo está a \$47 las ocho horas diarias.

Si bien pocos pacientes entrevistados presentaron dependencia al alcohol, la mayoría mencionó haberlo ingerido en los últimos doce meses y reportó ser consumidor infrecuente (43.8%) o moderado (17.4%). Como revisamos en el capítulo 2, este último es uno de los consumos más perjudiciales para la gente y puede pasar inadvertido para la población, porque en la vida cotidiana de nuestra sociedad se justifica el consumo de alcohol eventual y las consecuencias que implica (Medina-Mora, 1998 y 2001). Así sucedió con las personas que consumieron alcohol antes del evento, basta observar sus relatos para percatarse de que en la mayoría de los casos este problema pasa inadvertido, porque no presentan dependencia al alcohol o problemas en el RAPS, lo cual significa que el riesgo está latente.

La mayoría de los pacientes que atribuyeron el evento a su consumo de alcohol llegaron por un accidente, mencionaron haberse lesionado en el último año o haber tenido violencia en el evento, y el resultado del alco-sensor es muy parecido entre estos pacientes y los que no atribuyeron a su consumo. Por ello, podemos pensar que los pacientes realizaron su atribución según el "principio de descuento" de Kelley (1973), pues, para explicar congruentemente este evento inesperado que puso en entredicho los esquemas aprendidos, los pacientes se basaron en las consecuencias del evento más que en su historia de consumo.

También puede ser que no exista relación entre la atribución causal al consumo de alcohol y el patrón de consumo, porque los pacientes no consideran que su ingesta pueda ser peligrosa, por lo cual ambos grupos presentaron atribuciones similares. Esto es un ejemplo de los significados atribuidos al consumo de alcohol en nuestra cultura, pues desde la Colonia, el beber y emborracharse van de la mano y no son criticados hasta que sucede algo muy grave (Lozano, 1998; Viquiera, 1987). Dichos significados no son exclusivos de los consumidores de alcohol, son creados y re-creados en la sociedad a través de la interacción, por eso no encontramos diferencias en el consumo de alcohol entre pacientes con consumo riesgoso y no riesgoso. Para ellos, el riesgo no está relacionado con su forma de beber, es más, su consumo no es peligroso hasta que se llega al alcoholismo (Medina-Mora, 1998). Sin embargo, observamos que el sexo sí es un

indicador de consumo riesgoso, los hombres presentaron este tipo de consumo más que las mujeres, lo cual coincide con los datos de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA,1998) y reafirmamos que esto puede deberse a las diferentes normas de control y cohesión social que se ejercen según el sexo biológico, por no añadir el género y la identidad sexual (Romero, 2001; Medina-Mora, 1998).

Ahora bien, la importancia de la interacción en la construcción de los significados, y por ende, de las atribuciones, se refleja en las diferencias no encontradas entre consumo riesgoso y atribuciones causales. Los pacientes con y sin consumo riesgoso se atribuyeron a sí mismos la causa del evento en similares proporciones, pero no podemos afirmar que se consideran actores activos, ya que el porcentaje restante atribuye a los otros o a la situación la causa del evento. Lo que sí se deduce, es que la forma de atribuir es compartida por estas personas, porque coexisten en contextos similares, y a la vez, comparten símbolos que representan y potencian formas de ser ante el mundo (Heider, 1967; Hewstone, 1992; Gergen, 1996, 1988; Lindón, 2000).

En cuanto a la atribución de responsabilidad, sucede algo muy parecido. Los pacientes no se sienten responsables de lo que ocurrió, independientemente del consumo que presentaron, por tanto, la percepción de riesgo que reportaron fue muy baja. Esto puede deberse a que el darse cuenta y asimilar los riesgos desencadena un sentimiento de responsabilidad que implica culpabilidad (Heider, 1967; Kelly, 1997; Atkinson y Abreu, 1994), pues como observamos, los pacientes sí cambiarían algo en sí mismos para evitar el evento, pero no se responsabilizaron del mismo.

A pesar de no encontrar diferencias temporales en la atribución realizada, ya que los pacientes mantuvieron estables sus atribuciones tres meses después del evento. El consumo de alcohol, las lesiones y los problemas asociados a dicho consumo sí cambiaron después de su llegada a SU. Los pacientes con consumo riesgoso, disminuyeron levemente su ingesta habitual y la frecuencia de embriaguez. Además, localizamos mayores cambios en los problemas del RAPS, las lesiones y los problemas asociados al consumo de alcohol, éstos disminuyeron significativamente en los meses posteriores al evento. Por lo tanto, afirmamos que

el haber llegado a SU tuvo un efecto positivo en los pacientes con consumo riesgoso, porque las consecuencias negativas de su ingesta de alcohol disminuyeron después del evento debido a un cambio en el patrón de consumo.

En otras investigaciones ha sucedido que la entrevista ha sido un medio eficaz para reducir el consumo de alcohol, pues ha impulsado la reflexión de los pacientes a través de una breve exploración de los aspectos que los pacientes ponen en riesgo cada vez que beben alcohol (Campillo, Martínez, Mendoza, Sánchez y Velásquez, 1992). En este sentido, la presente investigación probablemente contribuyó a cambiar el consumo habitual de alcohol, pues indujo a que el paciente reflexionara sobre su consumo y sus consecuencias aunque no hubiera bebido antes del evento, de tal manera, que establecieron relaciones entre sus problemas o daños sociales y su forma de beber (Room, 2000). Incluso, a pesar de que la mayoría de los pacientes no contestaron "mi consumo de alcohol fue el que provocó mi accidente", el cuestionar su consumo y su asociación al evento o con problemas anteriores, permitió que los pacientes pensaran sobre ello y aplicaran sus reflexiones en la vida cotidiana.

Por otra parte, nuestro estudio indica que los pacientes minimizan las secuelas de consumir alcohol (¿de sus actos?), porque en casi todos los casos observamos que el haber bebido estuvo relacionado con la pérdida de habilidad motriz o con exponerse a algún accidente o asalto. Sin embargo, esta consideración no se presentó mas que en dos de los relatos enunciados por los pacientes que bebieron antes del evento. Probablemente esto se deba a que los marcos de vida de esta sociedad, permiten y justifican el consumo de alcohol en casi todo tipo de ocasiones y su control se centra en regular quiénes pueden beber, porque el cómo y cuándo son tan generales como cualquier celebración, cualquier dolor, tristeza o pretexto (Berruecos, 1988; Medina-Mora, 1998; Rivera, 2001; García, 2002).

Otro aspecto a resaltar de esta investigación, es que según los relatos, los pacientes hablan de su cuerpo como si fuera un desconocido, algo que estuviera fuera de sí mismos, sobre el cual no tienen control y escapa de sus posibilidades regularlo. Lo cual tiene serias implicaciones en ellos pues, así como no asocian lo

que hacen con lo que pasa en su organismo, tampoco relacionan su forma de beber con las consecuencias en su salud y en la sociedad.

Todo esto nos permite concluir, que el estudio de las atribuciones nos ayuda a conocer, a través de la interacción, las cadenas causales que las personas establecen o no para comprender su mundo. Para ello, no solamente hacemos uso de procesos cognoscitivos, las atribuciones también son resultado de nuestra cultura, nuestras creencias sustentadas en la historia y en la memoria, mantenidas y transformadas en la vida cotidiana, y compartidas a través del lenguaje. De la misma manera, las atribuciones causales al consumo de alcohol están creadas y recreadas con base en nuestra vida cotidiana, que no se ha formado en el vacío. Ya lo vimos, desde la época Colonial el beber alcohol está presente en ella, está enlazado a sus creencias, uno no se puede imaginar una fiesta sin botellas, sin copas llenas de bebidas embriagantes; aquellos que eligen no beber son vistos como "extraños", algo muy parecido a quien no entiende y no comparte nuestros gustos, el hombre porque no es consecuente con la costumbre y la mujer porque no se ha "modernizado".

De esta forma, nuestra investigación nos ayudó a comprender que el consumo de alcohol forma parte de nuestra cultura, pero, pocas veces aceptamos que tiene implicaciones dañinas tanto en nuestra salud como en la sociedad. No obstante, cuando sucede algo que pone en tela de juicio nuestra forma habitual de interpretar nuestro consumo, podemos reflexionar sobre ello e impulsar cambios en él.

Una de las limitantes de este trabajo radica en que, dado que es un estudio exploratorio, nuestras conclusiones no pueden generalizarse a toda la población y no podemos obtener relatos muy extensos porque los pacientes no están en condiciones de hacerlo. Sin embargo, creemos que este tipo de estudios son muy importantes porque:

- ❖ A nivel personal, ayudan a sobrellevar el dolor de las pacientes porque sienten que hay alguien que los escucha y se interesa por ellos. Este es uno de los comentarios que pudimos extraer del trabajo de campo, pues la mayoría del personal médico no se interesan por la persona que

atienden, mas bien se ocupan del cuerpo como si fuera una entidad mecánica a la cual conocen perfectamente y deben reparar.⁵⁹ Por lo que, los tratamientos o estrategias de prevención contra el abuso en el consumo de alcohol -cuando existen-, se reducen a darle químicos o regañar al paciente, lo que no es muy eficaz para evitar reincidencias.

- ❖ Contribuyen a que los pacientes reflexionen sobre su manera de beber y sus consecuencias porque abarcan brevemente aspectos sociales, económicos y de salud que el paciente pudo haber afectado por consumir alcohol.
- ❖ Con esta reflexión se puede impulsar un cambio en dicho consumo.
- ❖ Se pueden identificar las atribuciones que los pacientes realizan con respecto a su ingesta de alcohol, con lo cual podrían crearse programas preventivos o de intervención breve que contribuyan a cambiar el consumo riesgoso, y por extensión, sus consecuencias.

Proponemos que estos programas conozcan las atribuciones causales expresadas en el lenguaje de los propios pacientes. El lenguaje es una forma de nombrar el pensamiento y la propia acción; puede ser consecuencia, antecedente o el vehiculo mismo de la formación de pensamientos, incluyendo las referencias hechas a eventos no cotidianos, como en este caso, el ingreso a SU. Al acercarnos al lenguaje cotidiano de los pacientes y aplicarlo en las situaciones que ponen en entredicho los esquemas de acción hacia el consumo de alcohol, se puede provocar una movilización en la vida cotidiana, es decir, podemos crear una desnaturalización del lenguaje acostumbrado y alcanzar una transformación en las formas de hablar y vivir la cotidianidad del ingerir alcohol y sus repercusiones.⁶⁰ Se infiere con ello, la reconstrucción de los significados vigentes para crear una nueva visión que enlace consumo de alcohol y riesgos, sin desmembrarlos. La finalidad sería, obviamente, que esta visión se anclara en las creencias de nuestra cultura,

⁵⁹ Lo cual es comprensible por la gran cantidad de pacientes que tratan, por lo difícil que es involucrarse con ellos y después tener que desprenderse de sus sentimientos.

⁶⁰ Estas ideas fueron condensadas en el IV Congreso de Psicología Social de la Liberación efectuado en la ciudad de Guatemala (nov. 2001, 13-15).

para que la sociedad compartiera un interés por disminuir y cambiar el patrón de consumo. Sin embargo, este cambio no puede efectuarse de inmediato y a gran escala en la sociedad, primero es necesario cambiar las prácticas, reflejadas en las atribuciones, la forma en que nos expresamos, y así, poco a poco, el resto seguirá...

REFERENCIAS

- Alvarenga, A. (1983). Física general: con experimentos sencillos. México: Harla.
- American Heritage. (2000). Dictionary of the English Language. En red: The American Heritage, (bartleby.com).
- American Psychiatric Association. (1998). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. México: Masson.
- Atkinson, D., y Abreu, J. (1994). "Mexican American and European American ratings of four alcoholism treatment programs". Hispanic Journal of Behavioral Sciences. Vol. 16 (3), pp. 265 – 280. Base de datos: EBSCO (Facultad de psicología, UNAM).
- Benveniste, É. (2001). Problemas de lingüística general I. México: Siglo XXI.
- Berruecos, L. (1988). "Aspectos culturales del consumo del Alcohol en México". En: Gilbert, J. (1988). Alcohol Consumption Among Mexicans and Mexican Americans: a Binational Perspective. California: University of California.
- Blondel (1945). Psicología colectiva. México: América/Compañía Editora Nacional.
- Borges, G. (1989). "Epidemiología del uso y consumo de bebidas alcohólicas: delimitación y objetivos". Salud Mental. Junio Vol. 12 (2), pp. 13-19.
- Borges, G; Medina-Mora, E; Cherpitel, Ch; Casanova, L; Mondragón, L; Romero, M. (1999). "Consumo de bebidas alcohólicas en pacientes de los servicios de urgencias de la ciudad de Pachuca, Hidalgo". Salud Pública de México. Enero-febrero, Vol. 41 (1), pp. 3-11.
- Cacucci, P. (1995). La polvere del Messico. Italia: Universale Economica Feltrinelli.
- Campillo, C., Martínez, D., Mendoza, M, Sánchez, J. & Velásquez. (1992). "Mexico city, Mexico". En: Babor T. F. And Grant M. WHO: Project on identification and management of alcohol - related problems. Report on phase II: a randomized clinical trial of brief interventions in primary health care. Ginebra: WHO, pp. 129-142.
- Campillo, C., Díaz, R., Mendoza, M., Cerrud, J. y Villatoro, J. (1992). "La intervención eficaz del médico general en el tratamiento de bebedores cuyo hábito alcohólico representa un riesgo para su salud o ya les ha ocasionado algún

- daño. Resultados preliminares de un ensayo clínico doble ciego y prospectivo". Salud Mental. Junio, Vol. 15 (2), pp.14-19.
- Casanova, L; Borges, G; Mondragón, L; Medina-Mora, E; Cherpitel, Ch. (2001). "El alcohol como factor de riesgo en accidentes vehiculares y peatonales". Salud Mental. Octubre, Vol. 24 (5), pp. 3-11.
- Cassirer, E. (1982). Antropología filosófica. México: Fondo de Cultura Económica.
- Cherpitel, Ch., Parés, A., Rodés, A., Rosovsky, H. (1993). "Drinking in the Injury Event: A Comparison of Emergency Room Populations in the United states, Mexico, and Spain". The International Journal of the Addictions. Vol. 28 (10), pp. 931-945.
- Cherpitel, Ch. (1998). "Drinking Patterns and Problems and Drinking in the Event: An Analysis of Injury by Cause Among Casualty Patients". Alcoholism Clinical and Experimental Research. Vol. 20 (6), pp. 1130-1137.
- Cherpitel, Ch. (1998). "Drinking Patterns and Problems and Drinking in the Injury Event: An Analysis of ER Patient by Ethnicity". Perth, Australia: Presentado en la Segunda Conferencia Internacional sobre efectos sociales y de salud de diferentes patrones de consumo, Febrero, 1 - 5.
- Cherpitel, Ch., y Borges, G. (2002). "Drinking in the Injury Event: A Comparison of Mexican-American Male ER Patients in the United States and in Mexico". Substance Use & Misuse. Enero, Vol. 37 (1), pp. 133-143.
- Collier, F; Minton, J. & Reynolds,, G. (1996). Escenarios y tendencias de la psicología social. Madrid: Tecnos.
- Cruz, A. (2001). "En Hidalgo, 50% de Homicidios Vinculados a la Enfermedad. "Tragedia Nacional", Niveles de Alcoholismo en México: Gálvez. La Jornada. Octubre 13, p. 20.
- Desarrollo Integral del Adolescente. (1998). Adolescencia y sexualidad. México: Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), p. 5.
- Domínguez, O., Camacho, R., Villarroel, R., Tudón, H., Campos, C., Moras, R. (1992). "La Mortalidad de los Trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social de 1983 A 1987". Salud Pública De México. Enero - Febrero, Vol. 34 (1), pp.1-15.

- Durkheim, E. (1997). Las reglas del método sociológico. México: Fondo de Cultura Económica.
- Eco, U. (1976). Signo. Barcelona: Labor.
- Eco, U. (1999). La búsqueda de la lengua perfecta. Buenos Aires: Altaya.
- Eiser, R. (1972). Categorization and social judgment. London: Academic Press.
- Encuesta Nacional de Adicciones. (1998). Alcohol. México: Subsecretaría de Prevención y Control de enfermedades. Dirección General de Epidemiología. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Consejo Nacional contra las Adicciones.
- Estadísticas seleccionadas. (1998). México social 1996-1998. México: Grupo financiero Banamex-Accival. División de estudios económicos y sociales, capítulo 5.
- Fairchild, H. (editor). (1971). Diccionario de Sociología. México: Fondo de Cultura Económica, 4ª reimpresión, p. 282.
- Fernández, P. (1991). El espíritu de la calle: Psicología política de la cultura cotidiana. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Fernández, P. (1994). Psicología colectiva un fin de siglo más tarde: su disciplina, su conocimiento, su realidad. Zamora: Anthropos.
- Fernández, P. (1999). "La naturaleza. Versión psíquica." Ciencia Ergo Sum. Universidad Autónoma del Estado de México.
- Fernández, P. (2001). El lenguaje: versión callada. En: Significados colectivos: Procesos y reflexiones teóricas. México: Centro Interdisciplinario de Investigación en Administración y Ciencias Sociales (CIIACSO).
- Fernández, P. (2001). Introducción y notas a una psicología perdida. En: Significados colectivos: Procesos y reflexiones teóricas. México: Centro Interdisciplinario de Investigación en Administración y Ciencias Sociales (CIIACSO).
- Fischer, K. (1979). Historia de los orígenes de la filosofía crítica. En: Kant, E. (1979). Crítica de la razón pura. Estética trascendental y analítica trascendental. Buenos Aires: Losada.
- Frege, G. (1973). "Sobre el sentido y la referencia". En: Simpson, T. (1973). Semántica Filosófica: problemas y discusiones. Buenos Aires: Siglo XXI.

- Foucault, M. (1971). Las palabras y las cosas. Una arqueología de las ciencias humanas. México: Siglo XXI.
- García, C. (2002). "Retos en la medición del consumo de alcohol y daños asociados en una población Nāhñú del Valle del Mezquital". En: Cuadernos FISAC. (2002). Alcohol y comunidades indígenas. Ritual y patología. México: FISAC, Febrero, año 3, Vol. 1 (12), pp. 23-34.
- Gergen, K. (1988). Knowledge and social process. En: Kruglanski, A. y Bar-Tal, D. (1988). The social psychology of knowledge. Nueva York: University of Cambridge.
- Gergen, K. (1996). Realidades y relaciones: aproximaciones a la construcción social. Barcelona: Paidós Básica.
- Gergen, K. (1997). El yo saturado. Barcelona: Paidós.
- Hirsch-Berger, J. y Martínez, L. (1968). Hitos en el mundo del pensamiento. Historia de la filosofía. Barcelona: Herder.
- Heider, F. (1944). "Social perception and phenomenal causality". Psychological Review. Vol. 51, pp. 358-374.
- Heider, F. (1967). The psychology of interpersonal relations. Nueva York: John Wiley & Sons.
- Heidegger, M. (1971). Ser y tiempo. México: Fondo de Cultura Económica.
- Heller, A. (1977). La sociología de la vida cotidiana. Barcelona: Península.
- Hewstone, M. (1992). La atribución causal. Del proceso cognitivo a las creencias colectivas. México: Paidós.
- Hewstone, M., Stroebe, W; Codol, J. P. y Stephenson, G. M. (1993). Introducción a la psicología social. Una perspectiva europea. Barcelona: Ariel.
- Hume, D. (1945). Investigación sobre el entendimiento humano. Buenos Aires: Losada.
- Hurlburt, R. (1965). Hume, Newton, and the Design argument. University of Nebraska: Lincoln.
- Ibáñez, T. (1994). Psicología social construccionista. México: Universidad de Guadalajara.

- Iglesias, V. (1997). Relación entre la violencia y la intoxicación alcohólica en pacientes de servicios de urgencia. México: Facultad de Psicología (UNAM). Tesis de licenciatura.
- Javiedes, L. (1996). Postulados básicos en torno a la formación y cambio de actitudes. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Jiménez, F. (1997). Notas sobre la fragmentación de la razón. Madrid: Universidad Complutense.
- Johnson, D. (1991). Psicología social de la Educación. Buenos Aires: Kapelusz.
- Jones, E. (1979). The rocky road from acts to dispositions. American Psychologist. Vol. 34 (2), 107-117.
- Jones, E., Parker, B., & Joyner, H. (1996). "The influences of Goal - Related actions and goal information on children's effort and ability perceptions in interpersonal situations". The Journal of Genetic Psychology. Vol. 157 (1), pp. 73-48.
- Kelley, H. (1973). "The processes of causal attribution". American Psychologist. Vol. 28, pp. 107-128.
- Kelly, K., Campbell, J. (1997). "Attribution of responsibility for alcohol-related offenses". Journal of the Royal Anthropological Institute. Junio, Vol. 3 (2), pp. 1159-1167.
- Kruglanski, A. y Bar-Tal, D. (1988). The social psychology of knowledge. Nueva York: University of Cambridge.
- Kvale, S. (1996). Interviews an introduction to qualitative research. Interviewing. London – Nueva Delhi: Sage publication.
- Levinas, E. (2001). La huella del otro. México: Taurus.
- Lewin, K. (1991). Epistemología comparada. Madrid: Tecnos.
- Lewin, K. (1996). Principles of topological psychology: Nueva York:: McGraw-Hill. Trad: Heider, F.
- Lindón, A. (2000). La vida cotidiana y su espacio-temporalidad. Barcelona: Anthropos.
- Lipovetsky, G. (1995). La era del vacío. Ensayos sobre el individualismo contemporáneo. Barcelona: Anagrama.

- Lozano, T. (1998). "Alquimia del alcohol en la Nueva España". "De fuego y de Maguey: mezcal". "Del chinguirito al ron". En: Fundación de Investigaciones Sociales A. C. (FISAC). (1998). Beber de Tierra generosa, historia de las bebidas alcohólicas en México. México: FISAC.
- Makela, K. (1997). "Drinking, the majority fallacy, cognitive dissonance and social pressure". Abingdon. Vol. 92 (6), pp.729-737. (base de datos ProQuest).
- Matlin, M. y Foley, H. (1996). Sensación y percepción. Estado de México: Prentice-Hall Hispanoamericana, 3° ed.
- Medina, A. (1997). Ontogénesis del lenguaje. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Medina-Mora (1998). "Beber en el campo y la ciudad." En: Fundación de Investigaciones Sociales A. C. (FISAC). (1998). Beber de Tierra generosa, historia de las bebidas alcohólicas en México. México: FISAC.
- Medina-Mora (2001). "Los conceptos de uso, abuso, dependencia y su medición". En: Tapia, R. (1994). Las adicciones. Dimensión, impacto y perspectivas. México: Manual Moderno.
- Mondragón, L (1997). La ideación suicida en relación con la desesperanza, el abuso de drogas y alcohol. México: Facultad de Psicología (UNAM). Tesis de Licenciatura.
- Monroy, Z. (1989). "Racionalismo y empirismo en la construcción de la psicología científica: Descartes y Locke". En: Medina, A. (comp.). Psicología y Epistemología. México: Trillas.
- Mora-Ríos, J., Unikel, C., Saldivar, G., y Natera, G. (1995). "Atribuciones de Causalidad hacia las drogas en estudiantes de Bachillerato". Revista Mexicana de Psicología. Vol. 12 (1), pp. 23-31.
- Moscovici, S. (1978). Introducción a la psicología social. Barcelona: Planeta.
- Muria, J. (1998). "Tequila: un símbolo cultural". En: Fundación de Investigaciones Sociales A. C. (FISAC). (1998). Beber de Tierra generosa, historia de las bebidas alcohólicas en México. México: FISAC.
- Natera, G. y López J. (en prensa). Informe del Estudio en Agencias del Ministerio Público en Pachuca. Reporte Interno.

- Natera, G., Mora, J., Tiburcio, M. (2001). "Barreras en la Búsqueda de Apoyo Social en las Familias con Problemas de Adicciones". Instituto Nacional de Psiquiatría. Presentado en la XVI Reunión de Investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría del 26 al 28 de septiembre.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (1991). "Estimating the economic cost of alcohol abuse". Alcohol Alert. Estado Unidos de Norteamérica: Enero, Vol. 11, pp. 1-4.
- Nisbet, R., Kunh, T., White, L. (1979). Cambio Social. Madrid: Alianza.
- Ovejero, A. (1990). El aprendizaje cooperativo: una alternativa eficaz a la enseñanza tradicional. Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias. pp. 58-175.
- Perkins, W. (2000). College student Misperceptions of Alcohol and Other Drug Norms among Peers: Exploring Causes, Consequences, and Implications for Prevention Programs. Higher Education Center: En red (<http://www.edc.org>).
- Piaget, J. (1965). El lenguaje y pensamiento del niño pequeño. Buenos Aires: Paidós.
- Pichón-Riviére, E. y Pampliega, A. (1985). Psicología de la vida cotidiana. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Proust, M. (1966). En busca del tiempo perdido. A la sombra de las muchachas en flor. Madrid: Alianza Editorial. Traducción: Soledad Salinas de Marichal y Jaime Salinas.
- Reboloso, J. y Morales, E. (1994). Psicología social. Madrid-México: McGraw-Hill.
- Reguillo, R. (2000). "La clandestina centralidad de la vida cotidiana". En: Lindón, A. (coord.). La vida cotidiana y su espacio-temporalidad. Barcelona: Anthropos.
- Reinertsen, D. (2000). "Try to understand the difference between good and bad failures". Electronic Design. Vol. 48 (9), pp. 52-54.
- Rivera, I. (2001). "Hábitos y prácticas de consumo de alcohol de los jóvenes en bares y discotecas del país". En: cuadernos FISAC (2001). Consumo de bebidas con alcohol en contextos juveniles. Antros, bares y otros espacios. Mayo, año 2 Vol. 1 número 009, pp. 35-45.
- Romero, M. (2001). "Characteristics of Mexican women admitted to emergency care units. Alcohol consumption and related problems." Salud Pública de México. Noviembre-diciembre Vol. 43 (6), pp. 537-543.

- Rorty, R. (1995). La filosofía y el espejo de la naturaleza. Madrid: Cátedra/Teorema.
- Ruiz, J. y Ispizva, M. (1989). La descodificación de la vida cotidiana. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Russell, B. (1945). Introducción a la filosofía matemática. Buenos Aires: Losada.
- Sahagún, F. B. (1956). Historia general de las cosas de Nueva España. México: Porrúa, cap. XIV. Trad. Garibay, A.
- Saussure, F. (1998). Curso de lingüística general. México: Fontamara.
- Schuster, B., Ruble, D., y Weinert, F. (1998). "Causal Inferences and the Positivity Bias in Children: The Role of the Covariation Principle". Child Development. Vol. 69 (6), pp. 1577-1596.
- Siegel, S. (1985). Estadística no paramétrica. Aplicada a las ciencias de la conducta. México: Trillas.
- Simmel, G. (1988). Sobre la aventura. Ensayos filosóficos. Barcelona: Península.
- Simmel, G. (1998). "Puente y puerta". En: El individuo y la libertad. Ensayos de crítica de la cultura. Barcelona- México: Península.
- Simmel, G. (1998). "Sobre la idea del destino". En: El individuo y la libertad. Ensayos de crítica de la cultura. Barcelona- México: Península.
- Simoni, J., y Adelman, H. (1991). "Perceived control, causality, expectations and help-seeking behavior abstract". Counselling Psychology Quarterly. Vol. 4 (1), pp. 37-44.
- Soberón, A. (1998). "Elixir milenario: el pulque". En: Fundación de Investigaciones Sociales A. C. (FISAC). (1998). Beber de Tierra generosa, historia de las bebidas alcohólicas en México. México: FISAC.
- Soustelle, J. (1983). La vida cotidiana de los aztecas en vísperas de la conquista. México: Fondo de Cultura Económica.
- Stepanenko, P (2000). Categorías y autoconciencia en Kant. México: IIF/UNAM.
- Suppes, P. (1980). Introducción a la lógica matemática. Barcelona: Reverte.
- Tajfel, H. (1984). Grupos Humanos y categorías sociales. Estudios de psicología social. Barcelona: Herder.
- Velázquez, S. (1993). "El estudio cartesiano de la naturaleza: ¿un proyecto de inspiración rosacruz?". En: Benítez, L. (coord.). (1993). Homenaje a Descartes. México: UNAM.

- Vigotsky, L. (1973). Pensamiento y Lenguaje: teoría del desarrollo cultural de las funciones psíquicas. Buenos Aires: La Pléyade.
- Viqueira, J. (1987). ¿Relajados o reprimidos? Diversiones públicas y vida social en la ciudad de México durante el Siglo de las Luces. México: Fondo de Cultura Económica.
- Von Wright, H. (1979). Explicación y comprensión. Madrid: Alianza.
- Vox (sin fecha). Diccionario inglés-español. Barcelona: Bibliograf.
- Weiner, B. (1985^a). En: Hewstone, M (1992). La atribución causal. Del proceso cognitivo a las creencias colectivas. México: Paidós
- Zurita, B. y Lozano, R. (1998). "El costo del abuso". En: Fundación de Investigaciones Sociales (FISAC). Beber de tierra generosa. México: FISAC.

ANEXO 1
(ENTREVISTAS)

ESTUDIO PILOTO PARA INTERVENCIÓN EN SERVICIOS DE URGENCIAS INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRIA

NOMBRE _____ Folio _____
 No. de Afiliación (IMSS) _____

DOMICILIO: Calle y número: _____
 Colonia, C.P. _____
 Teléfono (Muy Importante) _____
 Teléfono adicional de _____
 Trabajo () Familiar () Amigo ()

Motivo de Ingreso (según el paciente): _____ Hospital: _____
 Fecha de Registro _____ Mes _____ Día _____ Año _____
 Hora de Registro _____

Diagnóstico del Servicio de Urgencias: _____ Sexo: Masculino 1 Edad: _____
 Femenino 2

Situación del paciente: Dado de alta 1
 Admisión al Hospital 2
 Transferido 3
 Custodia policiaca (examen psicofísico) 4
 Falleció 5
 Se retiró sin ser dado de alta 6
 Se retiró sin ser visto 7
 Otro (especificar) _____ 8

Derechohabiente: 1 IMSS 2 ISSSTE 3 Otro 4 Ninguno

REGISTRO DE CONTACTOS

No. Contacto.	Fecha	Hora	Resultado 1. Completa. 2. Rechazo 3. Seguimiento 4. Otro	Comentario a menos que se complete la entrevista, dar detalles (ej: cuándo se hizo el seguimiento, con quién habló, etc.)	Entrevistador
1					
2					
3					
4					
5					

Hola, mi nombre es _____ trabajo en este hospital.
Estamos platicando con la gente que ha venido hoy al servicio de urgencias.

Esta es una encuesta que se está llevando a cabo en varios hospitales de esta Ciudad, para conocer los problemas por los que la gente acude a los servicios de urgencias. *La información que estamos obteniendo es confidencial y en nada afectará la atención que usted recibirá ahora o en el futuro. Sin embargo, sus respuestas, y la de los otros pacientes, serán útiles para mejorar los servicios de este hospital.* ¿Acepta colaborar con nosotros?

SI NO
1 2

Firma de Aceptación

REPORTE DE MOTIVOS DE NO ENTREVISTA

Nombre del Entrevistador: _____

Favor de llenar esta forma cuando el sujeto seleccionado no fue localizado, rehusó responder la entrevista o hubo alguna otra causa que impidiera concluir la entrevista.

	_____ Mes	_____ Día	_____ Año	_____ Nombre del sujeto	_____ Fecha del reporte
Sexo	1.- Masculino	2.- Femenino			
Último contacto con el sujeto:	Fecha _____		Hora _____		
1.-	¿Por qué no pudo realizar la entrevista?				
	1. El sujeto se rehusó o se lo impidieron				
	2. Suspendió en la pregunta No. _____				
	3. No pudo localizar al sujeto.				
	4. Otro				
	especifique: _____				
2.-	¿Quién se rehusó, no pudo o no quiso cooperar?				
	1. El entrevistado designado				
	2. Algún familiar o acompañante del entrevistado				
	3. Personal del hospital o del servicio de urgencias, especifique				
	4. Otro, especifique _____				

REPORTE PARA ENTREVISTAS COMPLETAS

Hora de finalización _____

Tiempo total de la entrevista _____

Fecha de terminación de la entrevista _____

Firma del entrevistador: _____

OBSERVACIONES DEL ENTREVISTADOR

1.- ¿Qué tan confiable considera las respuesta del entrevistado?

1. Absolutamente confiable

2. Algo dudosa

3. No confiables

0. No procede

SI HAY DUDAS: Indique sobre qué datos.

2.- **COMENTARIOS:** Anotar todos aquellos datos que considere relevantes respecto al entrevistado y a la entrevista.

3.- Nombre del entrevistador: _____

Fecha _____
Mes _____ Día _____ Año _____
Hora de Inicio _____
Hora _____ Min _____

FOLIO _____

En primer lugar, quisiera pedirle que sople en esta boquilla lo más fuerte posible.

(Si es necesario; es para una prueba de laboratorio; o lo que usted nos diga será confidencial y identidad de las personas no será mencionada)

Lectura del Alco-sensor _____ Rehusó (997)

No se aplicó (transcurrieron más de seis horas desde que entró al servicio de urgencias (998)

Alco-sensor No. _____

1. Dígame que le sucedió ¿cuál es la principal razón por la que está aquí?
(Aclarar si es accidente/lesión o problema médico).

A. (Si no queda claro si se trata de accidente o problema médico)
Cuénteme acerca del tipo de herida, enfermedad o problema médico que lo trajo a este servicio.

Accidentados/lesionados/intoxicados

1. Cortadas, raspaduras o heridas punzocortantes (laceraciones)
2. Contusiones
3. Fracturas/Dislocaciones
4. Torceduras/tirones
5. Quemaduras
6. Ahogamiento
7. Herida en la cabeza (descalabrada)
8. Lesiones internas
9. Mordeduras de personas
10. Intoxicación alcohólica por sobredosis
11. Intoxicación por sobredosis (otras drogas)
12. Intoxicación por ingesta de otras sustancias
13. Mordeduras o picaduras (insectos o animales)
14. Otras lesiones (especificar):

1B. Accidentados/lesionados

Dígame cómo le sucedió este accidente/ lesión, con sus propias palabras (si hay dos o más causas, determine la principal)

Enfermedad/problema médico

15. Problemas cardíacos (ataques al corazón, etc)
16. Falta de respiración
17. Otros problemas respiratorios (resfriados, tos, gripe)
18. Problemas de hígado (cirrosis, acidez, hepatitis, ictericia)
19. Problemas de páncreas
20. Ulceras
21. Otros problemas estomacales (dolor o congestión)
22. Deficiencia vitamínica
23. Anemia
24. Síndrome de abstinencia al alcohol
25. Problemas psiquiátricos o alteración del estado mental
26. Otros problemas médicos:

1C. Problemas médicos

Dígame cual piensa usted que es la causa de su enfermedad(molestias) con sus propias palabras (si hay dos o más causas que determine la principal).

1B

Caída-piso.....	1
Caída vehículo.....	2
Caída alta.....	3
Atropellado por un carro u otro vehículo (siendo peatón).....	4
Accidente en un carro (u otro- vehículo) siendo conductor o- pasajero.....	5
Asalto.....	6
Riña.....	7
Violación.....	8
Mordedura.....	9
Picadura.....	10
Lesión deportiva.....	11
Lesión accidental de trabajo....	12
Tentativa de suicidio.....	13
Examen psicofísico.....	14
Certificado de lesiones.....	15
Ingesta de alcohol.....	16
Ingesta de droga o medicina.....	17
Ingesta de otras sustancias ..	18
Cortarse a sí mismo o haber sido cortado.....	19
Balaceado.....	20
Tropezar con algo o con alguien	21
Quemaduras.....	22
Humo, agua u otra cosa en los pulmones.....	23
Ingestión de otra cosa (voluntaria o.. accidentalmente).....	24
Contacto físico (haber sido golpeado o pateado por alguien).....	25
Golpeada(o) por el esposo(a).....	26
Otra (especificar).....	27

1C

Mención consumo de alcohol	27
Mención de consumo de drogas o medicamentos.....	28
Respondió pero sin mención de alguno de los dos anterio- res.....	29
No tiene idea de qué lo causó.	30
No recuerda.....	31

1D. ¿El motivo por el que ingresó a este servicio fue debido a una pelea, riña o agresión por parte de una persona?

Si hubo violencia.....	1
No hubo violencia. ...	2
Otro especificar.....	3

1E. ¿En que día de la semana sucedió?

Domingo.....	1
Lunes.....	2
Martes.....	3
Miércoles.....	4
Jueves.....	5
Viernes.....	6
Sábado.....	7
No recuerda.....	8

1F. ¿A qué hora del día o de la noche le sucedió?

Hora _____ Minutos _____

Si el paciente ingresó por un accidente o violencia siga aquí. Si ingresó por una urgencia médica vaya a la pregunta M1, página 6

ACCIDENTES O VIOLENCIAS ÚNICAMENTE

2. Nos gustaría conocer qué bebidas alcohólicas ingirió antes de su accidente o lesión. Esto incluye: vino, cerveza, pulque, ron, brandy, tequila, cooler, presidencola, whisky, o cualquier bebida que contenga alcohol.

En las seis horas antes de que ocurriera su accidente o lesión, ¿ingirió alguna de estas bebidas, aunque fuera sólo una copa?

- Sí (pasar a preg.3)..... 1
 No tomó alcohol en las seis horas antes de que ocurriera su accidente, pero sí en alguna otra ocasión previa..... 2
 (pasar a la preg. 8, pág. 5)
 Nunca en mi vida he tomado alcohol (pasar a la preg.15 pág.13) 3

3. Aproximadamente ¿cuánto tiempo transcurrió entre el momento que tomó la última copa y que ocurriera su accidente o lesión?

Horas _____ o, Minutos _____

- 4.-A. Quisiera saber lo que usted bebió en las 6 horas anteriores al accidente ¿Bebió usted.....?

- B. Si tomó vino (blanco, rosado, tinto) ¿Cuántas copas, vasos o botellas?

Si tomó cerveza ¿Cuántas latas o botellas?

Si tomó destilados (tequila, whisky, cognac, brandy, ron, etc.)

¿Cuántas cubas, copas solas o combinadas?

Si tomó pulque ¿Cuántos vasos o litros?

Si tomó alcohol puro o aguardiente ¿cuántos vasos o tragos?

MOstrar DIBUJOS DEL AUDIT

	A		B	
	SI	NO	Cantidad	
1. Vino.....	1	2	_____	Copas
2. Bebidas como (coolers, viña real)	1	2	_____	Latas o botellas
3. Cerveza.....	1	2	_____	Latas o botellas
4. Destilados..... (tequila, whisky, cognac, brandy, ron, etc)	1	2	_____	Copas o Cubas
5. Presidencola..... (Q-bitas)	1	2	_____	Copas o Cubas
6. Pulque.....	1	2	_____	Vasos
7. Alcohol puro o..... Aguardiente	1	2	_____	Copas o Cubas

5.-A. ¿Dónde se encontraba usted bebiendo en las seis horas antes del accidente?

En su propia casa.....	1
Casa de otra persona.....	2
Restaurante, bar o cantina.....	3
Lugar de trabajo.....	4
En un vehículo de motor.....	5
En la calle.....	6
En un parque/playa/ o área recrea- cional.....	7
En otro lugar público.....	8
Otro lugar (especifique).....	9

B. ¿En qué circunstancias se encontraba bebiendo?

Fiesta (Boda, bautizo, etc.)	1
Evento deportivo.....	2
Reunión informal (trabajo, escuela... familia, etc.).....	3
Sin motivo específico.....	4
Otra, (especifique).....	5

6.-A. ¿Llegó a sentirse algo embriagado(a), tomado(a) o borracho(a)?
(marcado(a), no podía hablar, con dificultades para man-
tenerse en pie, confundido).

Sí.....	1
No.....(pasar a preg. 7).....	2

B. ¿Se sintió un poco, regular o completamente embriagado(a) o -
borracho(a)?

Un poco borracho(a).....	1
Regularmente borracho(a).....	2
Muy borracho(a).....	3

7.-A. ¿Usted piensa que se hubiera accidentado/lesionado si no hubiera
estado bebiendo?

Sí.....	1
No.....	2
No estoy seguro(a).....	3

B. ¿Tomó alguna bebida alcohólica entre la ocurrencia del accidente
o lesión y este momento?

Sí.....	1
No.....	2

Ahora le voy a hacer algunas preguntas sobre sus hábitos pasados de consumo de bebidas alcohólicas. Por favor trate de acordarse lo más precisamente posible.

8. Hoy es _____ . Usted nos dijo que se accidentó alrededor de las _____ horas. (día de la semana) (hora del accidente).

Por favor, trate de recordar ahora:

En el día anterior al accidente, ¿Cuántas copas de bebidas alcohólicas consumió usted tres horas antes de las _____ horas? (hora del accidente).

_____ (si no bebió completar 00).

Por favor, trate de recordar ahora:

9. En el mismo día en que sucedió el accidente, es decir el _____ , a las _____ horas, pero de la

(día de la semana) (hora del accidente)

semana pasada. ¿Cuántas copas de bebidas alcohólicas consumió usted tres horas antes de las _____ horas?

(hora del accidente).

_____ (si no bebió completar 00).

10. En el mismo día en que sucedió el accidente, es decir el _____ , a las _____ horas, pero del

(día de la semana) (hora del accidente)

mes pasado. ¿Cuántas copas de bebidas alcohólicas consumió usted tres horas antes de las _____ horas?

(hora del accidente).

_____ (si no bebió completar 00).

Sí el paciente ingresó por un accidente o violencia, pasar a la pregunta 12, página 10.

PROBLEMAS MÉDICOS ÚNICAMENTE

M-1. ¿Cuánto tiempo ha transcurrido desde que empezó a sentirse mal y su llegada al servicio de urgencias?

Días _____
Horas _____
Minutos _____

M-2. Dentro de las seis horas antes de sentirse enfermo(a), ¿ingirió usted algún tipo de bebida alcohólica, tales como vino, cerveza, pulque, ron, brandy, tequila, coolers, presidencola, whisky o cualquier bebida que contenga alcohol?

- Sí (pasar a preg. M3)..... 1
- No tomó alcohol en las seis horas antes de que se sintiera enfermo, pero sí en alguna otra ocasión previa..... 2
- (pasar a la preg. M9, pág. 9)
- Nunca en mi vida he tomado alcohol (pasar a la preg.15 pág. 13)..... 3

M-3. Aproximadamente ¿cuánto tiempo transcurrió entre el momento que tomó la última copa y que se sintiera enfermo(a)?

Horas _____ o, Minutos _____

M-4A. Quisiera saber lo que usted bebió en las 6 horas antes de que se sintiera enfermo(a) ¿Bebió usted.....?

B. Si tomó vino (blanco, rosado, tinto) ¿Cuántas copas, vasos o botellas?

Si tomó cerveza ¿Cuántas latas o botellas?

Si tomó destilados (tequila, whisky, cognac, brandy ron, etc.) ¿Cuántas cubas, copas solas o combinadas?

Si tomó pulque ¿Cuántos vasos o litros?

Si tomó alcohol puro o aguardiente ¿cuántos vasos o tragos?

MOSTRAR DIBUJOS DEL AUDIT

	A		B	
	SI	NO	Cantidad	
1. Vino.....	1	2	_____	Copas
2. Bebidas como (cooler,Viña Real).....	1	2	_____	Latas o botellas
3. Cerveza.....	1	2	_____	Latas o botellas
4. Destilados..... (tequila, whisky, cognac, brandy, ron, etc)	1	2	_____	Copas o Cubas
5. Presidencola Q-bitas.....	1	2	_____	Copas o Cubas
6. Pulque.....	1	2	_____	Vasos
7. Alcohol puro o..... Aguardiente.	1	2	_____	Copas o Cubas

M-5A ¿Dónde se encontraba usted bebiendo en las seis horas antes de sentirse enfermo(a)?

En su propia casa.....	1
Casa de otra persona.....	2
Restaurante, bar o cantina.....	3
Lugar de trabajo.....	4
En un vehículo de motor.....	5
En la calle.....	6
En un parque/playa/ o área recrea- cional.....	7
En otro lugar público.....	8
Otro lugar (especifique).....	9

B. ¿En qué circunstancias se encontraba bebiendo?

Fiesta (boda, bautizo, etc.)	1
Evento deportivo.....	2
Reunión informal (trabajo, escuela... familia, etc.).....	3
Sin motivo específico.....	4
Otra (especifique).....	5

M-6A. ¿Llegó usted a sentirse algo embriagado(a), tomado(a) o borracho(a) (mareado(a), que no podía hablar, con dificultades para mantenerse en pie o caminar), cuándo se enfermó o se dio cuenta de su problema?

Si.....	1
No ..(pasa a preg. M-7)....	2

B. ¿Se sintió usted un poco, regular o completamente embriagado(a) o borracho(a)?

Un poco embriagado	1
Regularmente embriagado ..	2
Muy embriagado.....	3

M-7. ¿Piensa usted que se habría enfermado, si no hubiera tomado alcohol?

Si.....	1
No.....	2
No estoy seguro	3

M-8. ¿Tomó alguna bebida alcohólica entre el momento en que se enfermó y ahora?

Si.....	1
No.....	2

Ahora le voy a hacer algunas preguntas sobre sus hábitos pasados de consumo de bebidas alcohólicas. Por favor trate de acordarse lo mas precisamente posible.

M-9. Hoy es _____ . Usted nos dijo que se enfermó alrededor de las _____ horas.
(día de la semana) (hora de la enfermedad).

Por favor, trate de recordar ahora:

En el día anterior a la enfermedad que padeció, ¿Cuántas copas de bebidas alcohólicas consumió usted tres horas antes de las _____ horas?
(hora de la enfermedad).

_____ (si no bebió completar 00).

Por favor, trate de recordar ahora:

M-10. En el mismo día en que se enfermó, es decir el _____ , a las _____ horas, pero de la
(día de la semana) (hora de la enfermedad)
semana pasada. ¿Cuántas copas de bebidas alcohólicas consumió usted tres horas antes de las
_____ horas?

(hora de la enfermedad).

_____ (si no bebió completar 00).

M-11. En el mismo día en que se enfermó, es decir el _____ , a las _____ horas, pero del
(día de la semana) (hora de la enfermedad)
mes pasado. ¿Cuántas copas de bebidas alcohólicas consumió usted tres horas antes de las
_____ horas?

(hora de la enfermedad).

_____ (si no bebió completar 00).

**PREGUNTAR A TODOS SIN EXCEPCIÓN ACCIDENTES/LESIONES
Y PROBLEMAS MÉDICOS QUE HAN BEBIDO ALGUNA VEZ**

12. Ahora voy hacerle unas preguntas relacionadas con su consumo de bebidas alcohólicas y algunas experiencias, durante el último año.

	SI	NO
A. Durante el último año, ¿se sintió culpable o tuvo remordimientos por haber bebido?.....	1	2
B. Durante el último año, ¿le ha hablado un amigo o familiar de cosas que usted haya hecho o dicho cuando estaba bebiendo, las cuales no recuerda?.....	1	2
C. Durante el último año, ¿dejó de hacer algo que debería haber hecho por beber?.....	1	2
D. Durante el último año, ¿tomó usted en ocasiones una copa por la mañana inmediatamente después de levantarse?.....	1	2

Entrevistador: Tome un momento para checar.

Si el paciente fue positivo:

- 1) Al Alcosensor (≥ 0.02 en pa página1), ó
- 2) Fue positivo al consumo 6 horas antes (pregunta 2 página 3, opción # 1 ó pregunta M-2 página 6, opción # 1), ó
- 3) Fue positivo a cualquiera de las opciones A, B, C ó D de la pregunta 12, el sujeto es un bebedor en riesgo,
si es negativo a todas las anteriores no es bebedor en riesgo.

**PREGUNTAR A TODOS SIN EXCEPCIÓN ACCIDENTES/LESIONES
Y PROBLEMAS MÉDICOS QUE HAN BEBIDO ALGUNA VEZ**

Ahora quisiera hacerle algunas preguntas sobre sus hábitos de consumo de bebidas.

13.-A. En los últimos 12 meses ¿qué tan seguido tomó alguna bebida que contenga alcohol? (cerveza, pulque, vino, brandy, whisky, ron, tequila, coolers, presidencola, etc.)

Todos los días.....	1
Casi todos los días.....	2
3 ó 4 veces a la semana.....	3
1 ó 2 veces a la semana.....	4
2 ó 3 veces al mes.....	5
Más o menos una vez al mes.....	6
6 a 11 veces al año.....	7
1 a 5 veces al año.....	8
Nunca en los últimos 12 meses, pero si antes	9 (pasar a preg.15; pág. 13).
Nunca en mi vida he tomado alcohol	10 (pasar a preg. 15).

pág.13).

B. Cuando toma vino, cerveza o destilados, generalmente, ¿cuántas copas toma usted en cada ocasión?

_____ copas

14.-A. En los últimos 12 meses ¿Con qué frecuencia tomó 12 o más copas, tragos, cervezas, etc. (Esto es, cualquier combinación de cerveza, vino, destilados, pulque, alcohol puro) en una sola ocasión?

Todos los días.....	1
Casi todos los días.....	2
3 ó 4 veces a la semana.....	3
1 ó 2 veces a la semana.....	4
2 ó 3 veces al mes.....	5
Más o menos una vez al mes.....	6
6 a 11 veces al año.....	7
1 a 5 veces al año.....	8
No ha bebido esa cantidad (en el último año)	9

**B. En los últimos 12 meses ¿con qué frecuencia tomó 5 ó más copas, pero menos de 12.
(Esto es, cualquier combinación de cerveza, vino destilado o pulque) en una sola ocasión?**

Todos los días.....	1
Casi todos los días.....	2
3 ó 4 veces a la semana.....	3
1 ó 2 veces a la semana.....	4
2 ó 3 veces al mes.....	5
Más o menos una vez al mes....	6
6 a 11 veces al año.....	7
1 a 5 veces al año.....	8
No bebió esa cantidad en el - último año.....	9

**C. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia se sintió embriagado(a)? (mareado que
no podía hablar, con dificultad para mantenerse en pie o caminar)**

Todos los días.....	1
Casi todos los días.....	2
3 ó 4 veces a la semana.....	3
1 ó 2 veces a la semana.....	4
2 ó 3 veces al mes.....	5
Más ó menos 1 vez al mes....	6
6 a 11 veces al año.....	7
1 a 5 veces al año.....	8
Nunca en los últimos 12 - meses.....	9

15. Ahora quisiera hacerle algunas preguntas sobre los medicamentos o drogas que tomó antes del (accidente/lesión o problema médico)
- A. En las 6 horas antes de sufrir la lesión o problema médico. ¿tomó usted algún medicamento, tanto los que se venden sin receta como los que se venden sólo con receta médica?
- Si..... 1
No..... 2
- B. ¿En las 6 horas antes del (accidente/lesión o problema médico) tomó usted alguna droga?
- Si.....(seguir con C y D)..... 1
No..... (pasar preg. 17; pág. 14)..... 2
- C. Voy a leerle y preguntarle sobre cada una de las categorías. En las 6 horas antes del (accidente/lesión o problema médico) ¿tomó usted alguna droga o medicamento. (Leer las categorías que abajo se mencionan)
- D. ¿Cuánto tiempo transcurrió entre el momento en que tomó alguna droga o medicamento y el momento del (accidente/lesión o problema médico)?

CATEGORIA	C		D	
	Tomó en las 6 Horas antes		Tiempo entre que se tomó y el accidente/ lesión o problema médico.	
	SI	NO	Horas	Minutos
1.-Anfetaminas//Metanfetaminas Otros estimulantes para perder o no subir de peso o dar energía como Benzedrina, Aktedrón, Esbelcaps,etc	1	2	Horas	Minutos
2.-Sedantes,tranquilizantes para calmar los nervios o tranquilizarse como: Librium, Valium, etc.	1	2	Horas	Minutos
3.-Marihuana.	1	2	Horas	Minutos
4.-Cocaína	1	2	Horas	Minutos
5.-Cocaína Crack	1	2	Horas	Minutos
6.-Alucinógenos. Como hongos o peyote	1	2	Horas	Minutos
7.-Inhalables. Como thiner, pegamento, tintura. etc.	1	2	Horas	Minutos
8. Heroína, codeína u otros opiáceos	1	2	Horas	Minutos
9.-Alguna otra droga (no incluida por prescripción médica)	1	2	Horas	Minutos

¿Cuál? _____

16. ¿Usó usted alguna de estas drogas o medicina en forma intravenosa, es decir, con el uso de una jeringa?
- Si..... 1
No..... 2

17.-A. (ver la lista de categorías de drogas) A medida que yo lea la letra de cada categoría, por favor dígame si tomó algo incluido en esa categoría durante los últimos 12 meses. Tenga presente que deseamos que usted incluya cualquier cosa de la que hayamos hablado anteriormente.

Durante los últimos 12 meses, ¿tomó o utilizó algo incluido en la categoría (leer las opciones)?

CATEGORIA	SI	NO
1.-Anfetaminas/Metanfetaminas Otros estimulantes para perder o no subir de peso o dar energía como Benzadrina, Aktedrón, Esbelcaps,etc	1	2
2.-Sedantes, tranquilizantes para calmar los nervios o tranquilizarse como: Librium, Valium, etc.	1	2
3.-Marihuana.	1	2
4.-Cocaína	1	2
5.-Cocaína Crack	1	2
6.-Alucinógenos. Como hongos o peyote	1	2
7.-Inhalables. Como thinner, pegamento, tintura. etc.	1	2
8. Heroína, codeína u otros opiáceos	1	2
9.-Alguna otra droga (no incluida por prescripción médica)	1	2
¿Cuál? _____		

17.-B. ¿Durante los últimos 12 meses usó usted alguna de estas drogas o medicina en forma intravenosa, es decir, con el uso de una jeringa?

 Sí.....1
 No.....2

Entrevistador:

Si el paciente fue positivo al alcosenor ($\geq .002$; ver pág. 1), o fue positivo al consumo de alcohol 6 horas antes (para accidentes ver pág. 3; para problemas médicos ver pág. 6), o contestó positivo a cualquier pregunta del RAPS4 (pág. 10), siga adelante. Si fue negativo a todas las anteriores vaya a la pregunta 20, página 21

18. Ahora voy hacerle algunas otras preguntas relacionadas con su consumo de bebidas alcohólicas.

	Diario o casi diario	Cada semana	Cada mes	Menos 1 vez mes	Nunca
A1. ¿Qué tan frecuentemente toma bebidas alcohólicas?	1	2	3	4	5

A2. ¿Cuántas copas se toma en un día típico de los que bebe?
_____ Copas

Por favor, dígame con que frecuencia ha tenido las siguientes experiencias durante el último año.

	Diario o casi diario	Cada semana	Cada mes	Menos 1 vez mes	Nunca
B. ¿Qué tan frecuentemente toma 6 o más copas en la misma ocasión?	1	2	3	4	5
C. Durante el último año, ¿le ocurrió que no pudo parar de beber una vez que había empezado?.....1		2	3	4	5
D. Durante el último año, ¿qué tan frecuentemente dejó de hacer algo que debería haber hecho por beber?.....1		2	3	4	5
E. Durante el último año, ¿que tan frecuentemente bebió en la mañana siguiente después de haber bebido en exceso el día anterior?.....1		2	3	4	5
F. Durante el último año, ¿qué tan frecuentemente se sintió culpable o tuvo remordimientos por haber bebido?.....1		2	3	4	5
G. Durante el último año, ¿qué tan frecuentemente olvidó algo que había pasado cuando estuvo bebiendo?.....1		2	3	4	5

H. Ahora, por favor dígame si le sucedió esto durante los últimos 12 meses (cada opción)
SI NO

1. ¿Se ha lastimado o alguien ha resultado lesionado como consecuencia de su ingestión de alcohol?.....	1	2
2. ¿Algún amigo, familiar, o doctor se ha preocupado por la forma en que bebe o le ha sugerido que le baje?.....	1	2

19.-A1. ¿Alguna vez se lastimó (lesionó) accidentalmente mientras bebía (y estaba bajo los efectos del alcohol) como por ejemplo, sufrir una mala caída o herida, lastimarse (lesionarse) en un accidente de tránsito (tráfico) o algo similar?

Sí.....1
No.....(pasar a la preg. B1).....2

A2. ¿Cuándo fue la última vez que se lastimó (lesionó) accidentalmente mientras estaba bajo los efectos del alcohol?

En el último mes..... 1
En los últimos 12 meses (pero hace más de un mes)..... 2
Hace más de 12 meses..... 3

B1. ¿Alguna vez se dió cuenta de que empezaba a necesitar tomar mucho más para obtener el mismo efecto que antes o que tomar la cantidad acostumbrada de alcohol tenía menos efecto en usted?

Sí..... 1
No.....(pasar a la preg. C1) 2

B2. ¿Cuándo fue la última vez que se dió cuenta de que tenía necesidad de tomar más que antes para obtener el mismo efecto, o que tomar la cantidad acostumbrada de alcohol tenía menos efecto en usted que antes?

En el último mes..... 1
En los últimos 12 meses (pero hace más de un mes)..... 2
Hace más de 12 meses..... 3

C1. ¿Alguna vez sintió un deseo o una urgencia tan fuerte de beber que no pudo resistirlo o ha necesitado (descado) tanto un trago (copa o vaso) que no podía pensar en nada más?

Sí..... 1
No.....(pasar a la preg. D1) 2

C2. ¿Cuándo fue la última vez que sintió un deseo o una urgencia tan fuerte de beber que no pudo resistirlo o ha necesitado (deseado) tanto un trago (copa o vaso) que no podía pensar en nada más?

En el último mes..... 1
En los últimos 12 meses (pero hace más de un mes)..... 2
Hace más de 12 meses..... 3

D1. ¿Tomaba a menudo mucho más alcohol de lo que esperaba consumir, cuando empezaba a beber o por mucho más tiempo de lo que se proponía?

Sí..... 1
No.....(pasar a la preg. D3) 2

D2. ¿Cuándo fue la última vez que tomó mucho más alcohol de lo que esperaba consumir, o por mucho más tiempo de lo que se proponía?

En el último mes..... 1
En los últimos 12 meses (pero hace más de un mes)..... 2
Hace más de 12 meses..... 3

D3. Con frecuencia comenzaba a beber y se daba cuenta de que le era difícil dejarlo antes de estar ebrio(a)/borracho(a)?

Sí..... 1
No.....(pasar a la preg. E1) 2

D4. ¿Cuándo fue la última vez que se dió cuenta de que le era difícil dejarlo antes de estar ebrio(a)/borracho (a)?

En el último mes..... 1
En los últimos 12 meses.(pero hace más de un mes)..... 2
Hace más de 12 meses..... 3

E1. ¿Alguna vez ha querido dejar de tomar o disminuir la bebida pero no ha podido?

Sí..... 1
No.....(pasar a la preg. F1) 2

E2. ¿Cuándo fue la última vez que quería dejar o disminuir la bebida pero no ha podido?

En el último mes..... 1
En los últimos 12 meses (pero hace más de un mes)..... 2
Hace más de 12 meses..... 3

F1. ¿Alguna vez ha tenido un período en que pasaba mucho tiempo bebiendo o recuperándose de los efectos del alcohol?

Sí..... 1
No....(pasar a la preg. G1) 2

F2. ¿Cuándo fue la última vez que tuvo un periodo en que pasaba mucho tiempo bebiendo o recuperándose de los efectos del alcohol?

En el último mes..... 1
En los últimos 12 meses (pero hace más de un mes)..... 2
Hace más de 12 meses..... 3

G1. ¿Alguna vez dejó o disminuyó considerablemente actividades importantes, como deportes, trabajo o compartir con amigos, familiares, para poder beber?

Sí..... 1
No....(pasar a la preg. H1) 2

G2. ¿Cuándo fue la última vez que dejó o disminuyó considerablemente actividades para poder beber?

En el último mes..... 1
En los últimos 12 meses (pero hace más de un mes)..... 2
Hace más de 12 meses..... 3

**H1. Suspender o disminuir el consumo de alcohol ¿alguna vez le causó problemas como?
(Preguntar todas la opciones)**

	SI	NO
a). Temblores (temblor en las manos).....	1	2
b). Que no pudiera dormir.....	1	2
c). Sentirse nervioso (a) o inquieto (a).....	1	2
d). Sudores.....	1	2
e). Que su corazón latiera rápido.....	1	2
f). Dolores de estómago.....	1	2
g). Dolores de cabeza.....	1	2
h). Debilidad.....	1	2
i). Ver u oír cosas que otros no podían ver o escuchar...	1	2
j). Ataques o convulsiones después de suspender o disminuir el consumo de alcohol.....	1	2

**Si contesta negativamente en la pregs. H1
pasar a la preg. I1**

H2. ¿Cuándo fue la última vez que tuvo (preguntar toda la lista de H1 si contestó afirmativamente) después de no beber por un tiempo?

En el último mes.....	1
En los últimos 12 meses (pero hace más de un mes).	2
Hace más de 12 meses....	3

H3. ¿En alguna ocasión tomó un trago (copa o vaso) para evitar estos problemas o hacerlos desaparecer?

Sí.....	1
No....(pasar a la preg. I1)	2

H4. ¿Cuándo fue la última vez que tomó un trago (copa o vaso) para evitar estos problemas?

En el último mes.....	1
En los últimos 12 meses (pero hace más de un mes).....	2
Hace más de 12 meses	3

**II. Existen varios problemas de salud que pueden ser provocados por la bebida
¿Alguna vez le causó (preguntar todas la opciones)?**

	SI	NO
a). Una enfermedad del hígado o hepatitis.....	1	2
b). Enfermedad del estómago o sangre al vomitar.....	1	2
c). Hormigueo o entumecimiento en los pies.....	1	2
d). Problemas de memoria aún cuando no estaba bebiendo.....	1	2
e). Pancreatitis.....	1	2

**Si contesta negativamente en las pregs. II
pasar a la preg. J1**

I2. ¿Cuándo fue la última vez que tuvo cualquiera de estos problemas de salud a causa de la bebida?

En el último mes.....	1
En los últimos 12 meses (pero hace más de un mes).....	2
Hace más de 12 meses.....	3

I3. ¿Continuó usted bebiendo aún después de haberse dado cuenta que le causaba alguno de estos problemas de salud?

Sí.....	1
No....(pasar a la preg. J1)..	2

I4. ¿Cuándo fue la última vez que continuó bebiendo aún después de haberse dado cuenta que le causaba alguno de estos problemas de salud?

En el último mes.....	1
En los últimos 12 meses (pero hace más de un mes).....	2
Hace más de 12 meses.....	3

J1. ¿Alguna vez ha continuado bebiendo aún sabiendo que tenía alguna (otra) enfermedad física seria que podía empeorarse por la bebida o mientras tomaba un medicamento que sabía que era peligroso mezclarlo con alcohol?

Sí.....	1
No....(pasar a la preg. K1)..	2

J2. ¿Cuándo fue la última vez que continuó bebiendo aún sabiendo que tenía una enfermedad física seria o mientras tomaba un medicamento que sabía que era peligroso mezclarlo con alcohol?

En el último mes.....	1
En los últimos 12 meses (pero hace más de un mes).....	2
Hace más de 12 meses.....	3

K1. El tomar alcohol ¿Alguna vez le ha causado problemas emocionales (nerviosos) o psicológicos, como (preguntar todas las opciones)?

	SI	NO
a). Falta de interés en las actividades acostumbradas.....	1	2
b). Sentirse triste o deprimido (a).....	1	2
c). Sentirse suspicaz o desconfiado (a) de otros.....	1	2
d). Tener pensamientos extraños.....	1	2

**Si contesta negativamente en las pregs. K1
pasar a la preg. L1**

K2. ¿Cuándo fue la última vez que tuvo (preguntar toda la lista de K1 si contestó afirmativamente) a causa de la bebida?

En el último mes.....	1
En los últimos 12 meses (pero hace más de un mes).....	2
Hace más de 12 meses.....	3

K3. ¿Continuó usted bebiendo aún después de darse cuenta de que el alcohol le creaba cualquiera de estos problemas emocionales (nerviosos)?

Sí..... 1
No....(pasar a la preg. L1).... 2

K4. ¿Cuándo fue la última vez que continuó bebiendo aún después de darse cuenta de que el alcohol le creaba cualquiera de estos problemas emocionales (nervios)?

En el último mes..... 1
En los últimos 12 meses (pero hace más de un mes)..... 2
Hace más de 12 meses..... 3

L1. El consumo de alcohol ¿alguna vez le ha causado problemas considerables con su familia, amistades, en el trabajo, en la escuela, o con la policía?

Sí..... 1
No....(pasar a la preg. L3).. 2

L2. ¿Continuó usando alcohol aún después de darse cuenta que esta (s) le estaba (n) causando problemas?

Sí.....1
No..... 2

L3. El consumo de alcohol ¿alguna vez fue motivo para que lo (a) expulsaran de la escuela o fuera amonestado(a) o despedido (a) de su trabajo?

Sí..... 1
No....(pasar a la preg. L5) 2

L4. ¿Continuó usando alcohol aún después de darse cuenta que le estaba(n) causando problemas?

Sí.....1
No..... 2

L5. ¿Ha estado frecuentemente bajo los efectos del alcohol o sufriendo efectos de una cruda (resaca) mientras estaba en el trabajo o en la escuela o al cuidado de niños?

Sí..... 1
No..... 2

Quisiera saber algunos datos generales sobre usted (si estos datos no están anotados al principio del cuestionario)

20. ¿Cuántos años cumplidos tiene? _____ años
- 21.-A. ¿Había estado en un servicio de urgencias en los últimos 12 meses sin contar esta ocasión?
- Sí.....1
 No.....(pasar a preg. 22).....2
- B. ¿En cuántas ocasiones en los últimos 12 meses? _____
 (No incluye esta ocasión)
- C. En la última ocasión, ¿estuvo en este mismo hospital?
- Sí.....1
 No.....(estuvo en otro hospital).....2
- 22.-A. ¿Cuánto pesa usted? _____ kilos
- B. ¿Cuánto mide usted? _____ centímetros
23. ¿Estado civil? _____
- | | |
|--------------------|---|
| Soltero(a)..... | 1 |
| Casado(a)..... | 2 |
| Unión libre..... | 3 |
| Separado(a)..... | 4 |
| Divorciado(a)..... | 5 |
| Viudo(a)..... | 6 |
24. ¿Hasta que año estudió usted? _____
- | | |
|--|----|
| No sabe leer ni escribir..... | 1 |
| Nunca fue a la escuela, pero sabe leer y escribir..... | 2 |
| Primaria incompleta (1 a 5 años cursados)..... | 3 |
| Primaria completa (6 años cursados)..... | 4 |
| Secundaria incompleta o equivalente (7 a 8 años cursados)..... | 5 |
| Secundaria completa o equivalente (9 años cursados)..... | 6 |
| Preparatoria incompleta o equivalente (10 a 11 años)..... | 7 |
| Preparatoria completa o equivalente (12 años cursados)..... | 8 |
| Estudios universitarios incompletos..... | 9 |
| Estudios universitario completos..... | 10 |
| Estudios de postgrados..... | 11 |
- 25.-A. ¿Dónde nació usted? _____
- B. Ciudad en la que vive (lugar de residencia) _____
26. ¿Es usted derechohabiente de alguna institución de salud?
- Sí (especifique) _____ 1
 No..... 2

27. ¿A qué tipo de servicio médico acude con más frecuencia?

Médico privado.....	1
IMSS.....	2
SSA.....	3
ISSSTE.....	4
Otro (especifique).....	5

28. Ocupación del entrevistado

Profesionista (con estudio universitarios, Maestro universitario)	1
Maestro(a) (de primaria, secundaria, prepara- toria, etc.)	2
Propietario(a) de pequeño comercio (tienda, restaurante, miscelánea)	3
Empleado(a) de banco, oficina, establecimientos o dependencia gubernamentales.	4
Obrero(a) calificado(a) (tonero, mecánico, encua- dernador, etc.)	5
Obrero(a) no calificado(a) con trabajo eventual, (cabo, soldado raso, personal de servicio doméstico, chofer, mozo, jardinero, albañil, taxista, etc.)	6
Agricultor(a)	7
Campeño(a)	8
Subempleado(a) (vendedor no asalariado, bole- ro, lavacoche, jornalero, etc.)	9
Estudiante	10
Ama de casa	11
Otro (especifique)	12

29. ¿Cuándo fue la última vez que trabajó en un empleo remunerado?

Hace 12 meses o menos.....	1
Hace más de 12 meses.....	2
Nunca..... (pasa a preg. 31).....	3

30.-A. ¿Para qué clase de negocio, industria o institución trabaja o trabajó usted?

B. Exactamente ¿qué hace o hacía ahí?, ¿cuál es o fue su principal actividad?

31. ¿Cuántas personas contribuyen al ingreso familiar? _____

32. ¿A cuánto asciende, aproximadamente el ingreso familiar quincenal?

\$ _____ quincenal	
Menos del salario mínimo.....(Hasta \$576.00).....	1
Una vez el salario mínimo...(\$577.00).....	2
Dos veces el salario mínimo.(de \$576.00 a \$1,152.00)....	3
Más de dos salarios mínimos (Más de 1,152.00).....	4
No gana o no aplicable (ama de casa, estudiante, no trabaja).....	5

(NOTA: Salario mínimo vigente \$576.00 quincenales, \$1,152.00 mensuales)

33. A continuación enlistamos varias maneras en que pueden ser lesionadas o heridas las personas. Para cada una de estas opciones, por favor responda las tres preguntas. Asimismo, no cuente una sola lastimadura o herida más de una vez. Por ejemplo, si se cayó y cortó, cuente la lesión en la opción 2 ó en la 6, pero no en ambas.

	Durante el año pasado, ¿Cuántas veces se lesionó de esta manera? (en caso negativo use el "0")	¿Para cuántas de estas lesiones recibió atención médica?	Con respecto a estas lesiones, ¿En cuántas ocasiones estuvo ud. bebiendo alcohol en un lapso de 3 hrs anteriores al evento?
1. ¿Fue lesionado(a) por haberse involucrado en una pelea física con alguien?	_____	_____	_____
2. ¿Se lesionó cortándose usted mismo?	_____	_____	_____
3. ¿Tuvo lesiones ocasionadas por armas de fuego (pistolas)?	_____	_____	_____
4. ¿Fue lesionado(a) al ser golpeado por algo, tal como una piedra o vidrio?	_____	_____	_____
5. ¿Tuvo lesiones a causa de que casi se ahoga?	_____	_____	_____
6. ¿Se lastimó al caerse?	_____	_____	_____
7. ¿Tuvo lesiones a causa de haberse quemado ya sea por fuego, por químicos, electricidad o líquidos hirviendo?	_____	_____	_____
8. ¿Tuvo lesiones por causa de algún animal o, una mordedura o piquete serios de algún insecto?	_____	_____	_____
9. ¿Tuvo lesiones o se lastimó al conducir un coche, camión o autobús?	_____	_____	_____
10. ¿Tuvo lesiones ocasionadas al ir de pasajero en un camión, pesera o autobús?	_____	_____	_____
11. ¿Tuvo lesiones mientras conducía en bicicleta, o patinaba o iba en una patineta?	_____	_____	_____

Durante el año pasado, ¿Cuántas veces se lesionó de esta manera? (en caso negativo use el "0")	¿Para cuántas de estas lesiones recibió atención médica?	Con respecto a estas lesiones, ¿En cuántas ocasiones estuvo ud. bebiendo alcohol en un lapso de 3 hrs anteriores al evento?	
12. ¿Tuvo lesiones ocasionadas mientras manejaba una motocicleta?	_____	_____	_____
13. ¿ Tuvo lesiones a consecuencia de haber sido golpeado(a) por algún vehículo mientras usted caminaba?	_____	_____	_____
14. ¿ Tuvo lesiones a causa de haber sido atacada(o) sexualmente?	_____	_____	_____
15. ¿ Tuvo lesiones mientras hacía ejercicio o practicaba algún deporte?	_____	_____	_____
16. ¿ Tuvo lesiones al practicar algún otro juego o actividad?	_____	_____	_____
17. ¿ Tuvo lesiones a causa de haber recibido un ataque físico?	_____	_____	_____
18. ¿ Tuvo lesiones al intentar hacerse daño usted mismo(a) (intento de suicidio)?	_____	_____	_____
19. ¿ Tuvo lesiones por alguna otra causa?. Por favor describa como se lastimó.	_____	_____	_____

34. Dígame, pensaría usted que algo malo puede sucederle si (REPETIR LA ORACIÓN AL LEER CADA INCISO). Diría usted que es: muy probable que algo malo le sucediera, o que sería probable, o que habría un 50% de posibilidad de que pasara, o que sería poco probable, o que no sería probable: (MOSTRAR TARJETA.....) (PREGUNTAR INCLUSO SI EL PACIENTE NO BEBE)

	MUY PROBABLE	PROBABLE	50% DE PROBABILIDAD	POCO PROBABLE	NO PROBABLE
a) ¿Manejara por arriba del límite de velocidad?	_____	_____	_____	_____	_____
b) ¿Condujera en estado de ebriedad?	_____	_____	_____	_____	_____
c) ¿No llevara puesto el cinturón de seguridad mientras maneja?	_____	_____	_____	_____	_____
d) ¿Bebiera en demasía?	_____	_____	_____	_____	_____
e) ¿Tuviera relaciones sexuales con alguna persona a la que acaba de conocer?	_____	_____	_____	_____	_____
f) ¿Se emborrachara y tuviera relaciones sexuales con alguien a quien acaba de conocer?	_____	_____	_____	_____	_____

35. ¿Qué tan bien le describen las siguientes frases? (LEER INCISOS). Diría usted que le describen bastante bien, o sólo en parte, o sólo un poco o definitivamente no le describen? (MOSTRAR TARJETA.....)

	BASTANTE	SOLO EN PARTE	UN POCO	NO ME DESCRIBE
1. Con frecuencia actúo impulsivamente, sin detenerme a pensar en las consecuencias	_____	_____	_____	_____
2. Me emociona el hacer cosas que impliquen algo de peligro	_____	_____	_____	_____
3. De vez en vez me gusta probarme a mí mismo(a), al hacer cosas que conllevan riesgos	_____	_____	_____	_____
4. Siempre estoy dispuesto(a) a vivir nuevas experiencias	_____	_____	_____	_____
5. Sólo por la emoción, me encanta hacer cosas que jamás antes he hecho	_____	_____	_____	_____
6. Cada vez que tengo una oportunidad, busco cosas excitantes en la vida	_____	_____	_____	_____
7. Me gusta experimentar sensaciones nuevas y diferentes	_____	_____	_____	_____
8. Podría decirse que actúo impulsivamente	_____	_____	_____	_____

	BASTANTE	SOLO EN PARTE	UN POCO	NO ME DESCRIBE
9. Muchas de mis acciones podrían calificarse como precipitadas	_____	_____	_____	_____
10. No permito que la posibilidad de que pueda salir un poco lastimado(a), me aleje de divertirme	_____	_____	_____	_____

Entrevistador:

-Si el sujeto no bebe termine aquí con el cuestionario. Agradezca su participación y solicite su autorización para hablarle por teléfono en un mes. En esta llamada telefónica se harían unas cuantas preguntas, que no le tomarían más de 5 minutos. **(SÓLO SELECCIONE A 1 DE CADA 10 NO CONSUMIDORES)**

Entrevistador: confirme aquí el número de teléfono del entrevistado en la página 1 de la carátula azul del cuestionario. Solicite un número adicional de su trabajo, familia o amigo para recado si no lo hizo antes.

Anote estos datos en la hoja azul únicamente.

Entrevistador: Una vez que haya despedido al paciente llena la hoja azul #4 de control de entrevista.

-Si el sujeto bebe alcohol, siga adelante con el cuestionario.

36. Ahora voy hacerle algunas preguntas de experiencias relacionadas con su consumo de bebidas alcohólicas.
(pregunte todas las opciones A y luego las B)

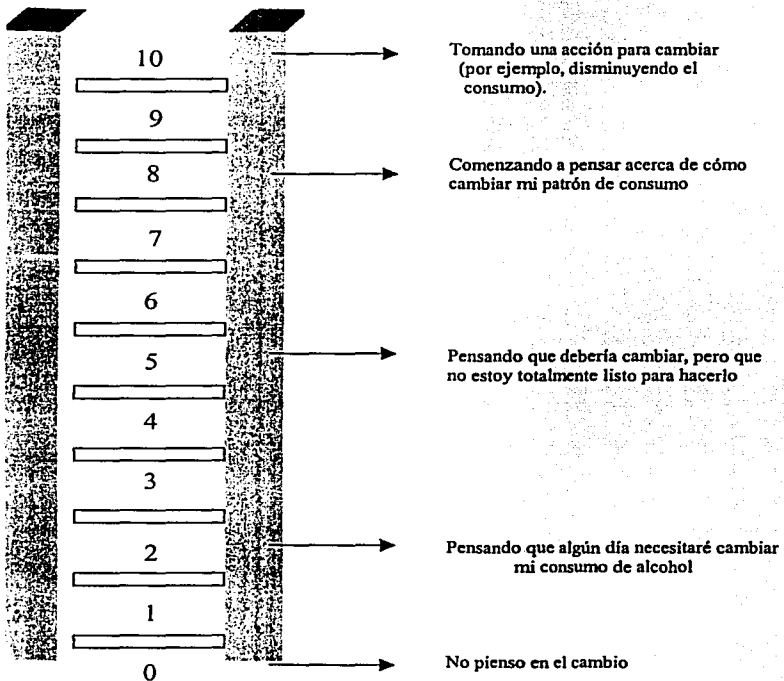
	A. ALGUNA VEZ LE HA SUCEDIDO QUE		B. DURANTE LOS PASADOS 3 MESES, ¿APROXI MADAMENTE CON QUE FRECUENCIA LE PASÓ?			
	2	SI	Nunca	Una o Pocas Veces	1 ó 2 Veces por Semana	Diario o Casi a Diario
	3	N O				
1. Ha manejado algún vehículo después de haber bebido 3 ó más copas	0	1	0	1	2	3
2. Se ha sentido infeliz por su manera de beber	0	1	0	1	2	3
3. No se ha alimentado como debiera por su manera de beber	0	1	0	1	2	3
4. Ha dejado de hacer lo que debía por su forma de beber	0	1	0	1	2	3
5. Se ha sentido culpable y/o avergonzado(a) por su manera de beber	0	1	0	1	2	3
6. Ha tomado riesgos innecesarios cuando ha estado bebiendo	0	1	0	1	2	3
7. Cuando ha estado tomado(a), ha hecho cosas impulsivas de las que después se arrepiente	0	1	0	1	2	3
8. Cuando ha estado tomado(a), ha llegado a involucrarse en peleas	0	1	0	1	2	3
9. Por su manera de beber, se ha visto afectada su salud	0	1	0	1	2	3

A. ALGUNA VEZ
LE HA SUCEDIDO QUE

B. DURANTE LOS PASADOS 3 MESES, ¿APROXIMADAMENTE CON QUE FRECUENCIA LE PASÓ?

	4	SI	Nunca	Una o Pocas Veces	1 ó 2 Veces por Semana	Diario o Casi a Diario
	5	NO				
10. Por su forma de beber, se ha involucrado en problemas de dinero	0	1	0	1	2	3
11. Su apariencia física se ha visto afectada por su manera de beber	0	1	0	1	2	3
12. Su familia se ha visto perjudicada por su manera de beber	0	1	0	1	2	3
13. Una relación de amistad cercana se ha visto afectada por su manera de beber	0	1	0	1	2	3
14. Su forma de beber ha afectado su crecimiento personal	0	1	0	1	2	3
15. Se ha visto dañada su vida social, su reputación y popularidad por su manera de beber	0	1	0	1	2	3
16. Ha gastado mucho dinero, o lo ha perdido debido a su manera de beber	0	1	0	1	2	3
17. Ha sido arrestado(a) por conducir en estado de ebriedad	0	1	0	1	3	3
18. Ha tenido problemas legales (otros diferentes a manejar en estado de ebriedad) debido a su manera de beber	0	1	0	1	2	3
19. Ha estado involucrado(a) en accidentes por haber estado bebiendo o por encontrarse intoxicado(a)	0	1	0	1	2	3
20. Ha sufrido lesiones físicas, heridas o quemaduras al estar intoxicado(a) o tomado(a)	0	1	0	1	2	3
21. Mientras ha estado intoxicado(a) o tomado(a), ha lastimado a otras personas	0	1	0	1	2	3

37. Cada escalón en esta escalera representa el lugar en donde se ubican las personas en relación con su necesidad de cambiar su consumo de alcohol. Encierra en un círculo el número que indica donde estás tu ahora.



38. Para concluir, estamos planeando un estudio sobre terapia breve para reducir el consumo de bebidas alcohólicas. Si lo(la) invitáramos a participar en una terapia de 15 minutos por sesión para reducir su consumo de bebidas alcohólicas, aceptaría usted participar?:

Si.....

1 (Dígame: Gracias, este estudio no

se va a realizar por ahora, pero necesitamos saber cuántas personas estarían interesadas en participar en una terapia de este tipo para planear nuestro trabajo futuro)

No.....

2

39. Motivos por los que el paciente no quiso participar en la intervención (escriba lo más apegado posible las respuestas del paciente).

¡GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!

Entrevistador:

Agradezca la participación del sujeto y solicite su autorización para hablarle por teléfono en un mes. En esta llamada telefónica se harían unas cuantas preguntas, que no le tomarían más de 5 minutos.

(Entrevistador: confirme aquí el número de teléfono del entrevistado en la página 1 de la carátula azul del cuestionario. Solicite un número adicional de su trabajo, familia o amigo para recado si no lo hizo antes)

Anote estos datos en la hoja azul únicamente.

Entrevistador: Una vez que haya despedido al paciente llena la hoja azul #4 de control de entrevista.

**ESTUDIO PILOTO PARA INTERVENCIÓN EN SERVICIOS DE URGENCIAS
INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRIA-CUESTIONARIO DE SEGUIMIENTO**

NOMBRE _____

Folio _____

Teléfono (Muy Importante): _____

Teléfono adicional
de _____

Trabajo () Familiar () Amigo ()

Fecha de Registro Mes Día Año

Sexo: Masculino 1 Edad: _____
Femenino 2

Diagnóstico de Ingreso _____

REGISTRO DE CONTACTOS

No. Contacto	Fecha de la llamada	Hora	Resultado 1. Completa. 2. Rechazo 3. Seguimiento 4. Otro	Comentario: a menos que se complete la entrevista, dar detalles (ej: cuándo se hizo el seguimiento, con quién habló, etc.)	Entrevistador
1					
2					
3					
4					
5					

Hola, mi nombre es _____ . Hace unos meses usted participó con nosotros contestando un cuestionario en la Clínica 32. Ahora le estamos llamando para hacerle otras preguntas parecidas a las anteriores. *La información que estamos obteniendo es confidencial. Sus respuestas, y la de los otros pacientes, serán útiles para mejorar los servicios del hospital.*

¿Acepta colaborar con nosotros?

SI NO
1 2

1. A continuación enlistamos varias maneras en que pueden ser lesionadas o heridas las personas. Para cada una de estas opciones, por favor responda las tres preguntas. Asimismo, no cuente una sola lastimadura o herida más de una vez. Por ejemplo, si se cayó y cortó, cuente la lesión en la opción 2 ó en la 6, pero no en ambas. (Ref. 33)

	Durante los últimos 3 meses, sin contar la ocasión en que lo(a) entrevistamos en la Clínica 32 del IMSS en Villa Coapa ¿Cuántas veces se lesionó de esta manera? (en caso negativo use el "0")	¿Para cuántas de estas lesiones recibió atención médica?	Con respecto a estas lesiones, ¿En cuántas ocasiones estuvo ud. bebiendo alcohol en un lapso de 3 hrs anteriores al evento?
1. ¿Fue lesionado(a) por haberse involucrado en una pelea física con alguien?	_____	_____	_____
2. ¿Se lesionó cortándose usted mismo?	_____	_____	_____
3. ¿Tuvo lesiones ocasionadas por armas de fuego (pistolas)?	_____	_____	_____
4. ¿Fue lesionado(a) al ser golpeado por algo, tal como una piedra o vidrio?	_____	_____	_____
5. ¿Tuvo lesiones a causa de que casi se ahoga?	_____	_____	_____
6. ¿Se lastimó al caerse?	_____	_____	_____
7. ¿Tuvo lesiones a causa de haberse quemado ya sea por fuego, por químicos, electricidad o líquidos hirviendo?	_____	_____	_____

8. ¿Tuvo lesiones por causa de algún animal o, una mordedura o piquete serios de algún insecto?

9. ¿Tuvo lesiones o se lastimó al conducir un coche, camión o autobús?

10. ¿Tuvo lesiones ocasionadas al ir de pasajero en un camión, pesera o autobús?

11. ¿Tuvo lesiones mientras conducía en bicicleta, o patinaba o iba en una patineta?

12. ¿Tuvo lesiones ocasionadas mientras manejaba una motocicleta?

13. ¿Tuvo lesiones a consecuencia de haber sido golpeado(a) por algún vehículo mientras usted caminaba?

14. ¿Tuvo lesiones a causa de haber sido atacada(o) sexualmente?

15. ¿Tuvo lesiones mientras hacía ejercicio o practicaba algún deporte?

16. ¿Tuvo lesiones al practicar algún otro juego o actividad?

17. ¿Tuvo lesiones a causa de haber recibido un ataque físico?

18. ¿Tuvo lesiones al intentar hacerse daño usted mismo(a) (intento de suicidio)?

19. ¿Tuvo lesiones por alguna otra causa? Por favor describa como se lastimó.

Ahora quisiera hacerle algunas preguntas sobre sus hábitos de consumo de bebidas.

2.-A En los últimos 3 meses ¿qué tan seguido tomó alguna bebida que contenga alcohol? (cerveza, pulque, vino, brandy, whisky, ron, tequila, coolers, presidencola, etc.) (Ref. 13A)

Todos los días.....	1
Casi todos los días.....	2
3 ó 4 veces a la semana.....	3
1 ó 2 veces a la semana.....	4
2 ó 3 veces al mes.....	5
Más o menos una vez al mes.....	6
1 ó 2 veces en los últimos 3 meses.....	7
Nunca en los últimos 3 meses, pero sí antes.....	9 (pasar a preg.3.-A; pág.5).
Nunca en mi vida he tomado alcohol	10 (pasar a preg.3.-A; pág.5).

2.-B. Cuando toma vino, cerveza o destilados, generalmente, ¿cuántas copas toma usted en cada ocasión? (Ref. 13B)

_____ copas

2.-C. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia se sintió embriagado(a)? (mareado que no podía hablar, con dificultad para mantenerse en pie o caminar) (Ref. 14C)

Todos los días.....	1
Casi todos los días.....	2
3 ó 4 veces a la semana.....	3
1 ó 2 veces a la semana.....	4
2 ó 3 veces al mes.....	5
Más ó menos 1 vez al mes.....	6
1 ó 2 veces en los últimos 3 meses.....	7
No ha bebido esa cantidad (en los últimos 3 meses)	9

Entrevistador:

Sí el paciente ingresó al hospital por accidente seguir con pregunta 3.-A, pág. 5; sí el paciente ingresó por un problema Médico pasar a pregunta 4.-A. Pág. 5

ACCIDENTES.

3.- A Hace aproximadamente 3 meses usted estuvo en el servicio de urgencias. Dígame con sus propias palabras, ¿cuál fue la principal causa de su accidente?

3.- B ¿Qué tan responsable se siente de la ocurrencia de su accidente?

- | | |
|--------------------------------|---|
| Totalmente responsable..... | 1 |
| En gran parte responsable..... | 2 |
| Poco responsable..... | 3 |
| Nada responsable..... | 4 |

3.-C Si pudiera cambiar algún evento presente durante el accidente, que cambiaría usted:

(final de la entrevista.
ver recuadro, pág.6)

(Sólo preguntar a los que bebieron alcohol 6 horas antes o tuvieron alcosenzor positivo)

3.- D El que hubiera consumido alcohol, antes y/o durante su accidente, ¿qué tanto causó el incidente?

- | | |
|--------------------|---|
| Completamente..... | 1 |
| Parcialmente..... | 2 |
| Casi nada..... | 3 |
| Nada..... | 4 |

MÉDICOS.

4.- A Hace aproximadamente 3 meses usted estuvo en el servicio de urgencias. Por favor, trate de recordar y dígame con sus propias palabras, ¿cuál fue la principal causa de su enfermedad?

4.- B ¿Qué tan responsable se siente de la ocurrencia de su enfermedad?

- | | |
|--------------------------------|---|
| Totalmente responsable..... | 1 |
| En gran parte responsable..... | 2 |
| Poco responsable..... | 3 |
| Nada responsable..... | 4 |

4.- C Si pudiera cambiar algún evento presente durante la ocurrencia de su enfermedad, que cambiaría usted:

(final de la entrevista.
ver recuadro, pág.6)

(Sólo preguntar a los que bebieron alcohol 6 horas antes o tuvieron alcosenor positivo)
4.- D El que hubiera consumido alcohol, antes y/o durante su enfermedad, ¿qué tanto causó su aparición?

Completamente.....	1
Parcialmente.....	2
Casi nada.....	3
Nada.....	4

Entrevistador:

Sí el paciente no bebe o no bebió en los últimos 3 meses, agradezca y pregunte si esta dispuesto(a) a platicar con alguien más sobre su vivencia y experiencia en el Hospital.

Sí..... 1 *Gracias, próximamente una compañera se comunicará con usted por teléfono.*

No..... 2

Sí bebe el paciente siga con preguntas del RAPS (pág. 6) y pregunta 6 (pág. 7)

5.1 RAPS

5. Ahora voy hacerle unas preguntas relacionadas con su consumo de bebidas alcohólicas y algunas experiencias, durante los últimos 3 meses. (Ref. 12)

	SI	NO
E. Durante los últimos 3 meses, ¿se sintió culpable o tuvo remordimientos por haber bebido?.....	1	2
F. Durante los últimos 3 meses, ¿le ha hablado un amigo o familiar de cosas que usted haya hecho o dicho cuando estaba bebiendo, las cuales no recuerda?.....	1	2
G. Durante los últimos 3 meses, ¿dejó de hacer algo que debería haber hecho por beber?.....	1	2
H. Durante los últimos 3 meses, ¿tomó usted en ocasiones una copa por la mañana inmediatamente después de levantarse?.....	1	2

6. Ahora voy hacerle algunas preguntas de experiencias relacionadas con su consumo de bebidas alcohólicas.
(Ref. 36)

A. DURANTE LOS PASADOS 3 MESES, ¿APROXIMADAMENTE CON QUE FRECUENCIA?

	Nunca	Una o Pocas Veces	1 ó 2 Veces por Semana	Diario o Casi a Diario
1. Ha manejado algún vehículo después de haber bebido 3 ó más copas	0	1	2	3
2. Se ha sentido infeliz por su manera de beber	0	1	2	3
3. No se ha alimentado como debiera por su manera de beber	0	1	2	3
4. Ha dejado de hacer lo que debía por su forma de beber	0	1	2	3
5. Se ha sentido culpable y/o avergonzado(a) por su manera de beber	0	1	2	3
6. Ha tomado riesgos innecesarios cuando ha estado bebiendo	0	1	2	3
7. Cuando ha estado tomado(a), ha hecho cosas impulsivas de las que después se arrepiente	0	1	2	3
8. Cuando ha estado tomado(a), ha llegado a involucrarse en peleas	0	1	2	3
9. Por su manera de beber, se ha visto afectada su salud	0	1	2	3
10. Por su forma de beber, se ha involucrado en problemas de dinero	0	1	2	3
11. Su apariencia física se ha visto afectada por su manera de beber	0	1	2	3
12. Su familia se ha visto perjudicada por su manera de beber	0	1	2	3
13. Una relación de amistad cercana se ha visto afectada por su manera de beber	0	1	2	3
14. Su forma de beber ha afectado su crecimiento personal	0	1	2	3
15. Se ha visto dañada su vida social, su reputación y popularidad por su manera de beber	0	1	2	3
16. Ha gastado mucho dinero, o lo ha perdido debido a su manera de beber	0	1	2	3

A. DURANTE LOS PASADOS 3 MESES, ¿APROXIMADAMENTE CON QUE FRECUENCIA?

	Nunca	Una o Pocas Veces	1 ó 2 Veces por Semana	Diario o Casi a Diario
17. Ha sido arrestado(a) por conducir en estado de ebriedad	0	1	3	3
18. Ha tenido problemas legales (otros diferentes a manejar en estado de ebriedad) debido a su manera de beber	0	1	2	3
19. Ha estado involucrado(a) en accidentes por haber estado bebiendo o por encontrarse intoxicado(a)	0	1	2	3
20. Ha sufrido lesiones físicas, heridas o quemaduras al estar intoxicado(a) o tomado(a)	0	1	2	3
21. Mientras ha estado intoxicado(a) o tomado(a), ha lastimado a otras personas	0	1	2	3

¡GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!

Entrevistador:
Agradezca y pregunte si esta dispuesto(a) a platicar con alguien más sobre su vivencia y experiencia en el Hospital.

Sí..... 1 Gracias, próximamente una compañera se comunicará con usted por teléfono.

No..... 2

ANEXO 2
(RESULTADOS)

Cuadro 1.

**Características sociodemográficas de los pacientes que colaboraron
con la entrevista inicial**

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS	n=235	
	f	%
Sexo		
Masculino	129	54.9
Femenino	106	45.1
Edad		
18-29	106	45.1
30-39	59	25.1
40-49	42	17.9
50-59	16	6.8
60-69	12	5.1
Derechohabiente		
Si del IMSS	220	93.6
Si de otra institución	2	0.9
No	5	2.1
Estado civil		
soltero	60	25.5
casado	125	53.2
unión libre	17	7.2
separado	8	3.4
divorciado	5	2.1
viudo	5	2.1
Escolaridad		
Sin escolaridad	1	0.4
Primaria Incompleta	14	6.0
Primaria completa	28	11.9
Secundaria Incompleta	15	6.4
Secundaria completa	38	16.2
Preparatoria Incompleta	30	12.8
Preparatoria completa	49	20.9
Universidad Incompleta	17	7.2
Universidad completa	23	9.8
Posgrado	5	2.1
Ocupación		
Profesionista	17	7.2
Maestro	3	1.3
Propietario	6	2.6
Empleado	91	38.7
Obrero/campesino	20	8.5
Agricultor	26	11.1
Campesino	6	2.6
Estudiante	9	3.8
Ama de casa	35	14.9
Otro	4	1.7
Ingresos		
Menos del salario mínimo	5	2.1
Un salario mínimo	13	5.5
Dos salarios mínimos	50	21.3
Más de dos salarios mínimos	138	58.7
No aplicable	8	3.4

Cuadro 2

Variables del evento presentes en los pacientes que colaboraron con la entrevista inicial

VARIABLES DEL EVENTO	n=235	
	f	%
Motivo de ingreso		
Problema médico	103	43.8
Accidente/lesión	132	56.2
Situación del paciente		
Dado de alta	114	48.5
Admisión al hospital	22	9.4
Tranferido	3	1.3
Custodia policíaca	1	0.4
Falleció	-	-
Se retiró sin ser dado de alta	2	0.9
Se retiró sin ser visto	16	6.8
Otro	67	28.5

Cuadro 3

Consumo de alcohol de los pacientes que colaboraron con la entrevista inicial

CONSUMO DE ALCOHOL	n=235	
	n	%
6 Horas antes		
No	216	91.9
Sí	19	8.1
Alcosensor		
Negativo(000-009mg/ml)	220	95.7
Positivo(010-256mg/ml)	10	4.3
Consumo de alcohol habitual en 12 meses		
No	77	32.8
Sí	158	67.2
Patrón de consumo de alcohol*		
Abstemios	77	32.8
Infrecuente leve	9	3.8
Infrecuente	103	43.8
Moderado	41	17.4
Alto	5	2.1
Consumo Riesgoso**		
No	194	82.6
Sí	41	17.4
RAPS		
No	210	89.7
Sí	24	10.3
Dependencia al alcohol***		
No	106	94.6
Sí	6	5.4

*Ver definición de variables en el método.

**El consumo riesgoso se consideró sí el paciente fue positivo al alcosensor ($\geq .01$), o fue positivo al consumo de alcohol 6 horas antes, o contestó positivo a cualquier pregunta del RAPS.

***Criterios con base en el ICD-10 y DSM-IV

Cuadro 4.

Atribución causal al consumo de alcohol el día del evento según características sociodemográficas y consumo de alcohol en la entrevista inicial

n = 19*

Pacientes que consumieron alcohol seis horas antes del evento	Atribución Causal al consumo de alcohol					
	no (6)		sí (13)			
	f	%	f	%		
Sexo						
femenino	-	-	3	100	Prueba exacta de Fisher = 0.517	
masculino	6	37.5	10	62.5		
Motivo de ingreso (dx)						
accidente/lesión	4	26.7	11	73.3	Prueba exacta de Fisher = 0.622	
enfermedad	2	50.0	2	50.0		
Tipo de lesión (según el paciente)						
caída-piso	1	50.0	1	50.0	Prueba exacta de Fisher = 0.622	
caída-altura	-	-	1	100		
accidente vehicular	1	33.3	2	66.7		
asalto	1	50.0	1	50.0		
riña	1	50.0	1	50.0		
mordedura	-	-	1	100		
lesión deportiva	-	-	2	100		
cortada	-	-	1	100		
golpes o patadas	-	-	1	100		
otro	2	100	-	-		
no sabe	-	-	2	100		
Violencia en el evento						
no	4	33.3	8	66.7		Prueba exacta de Fisher = 0.622
sí	2	28.6	5	71.4		
Patrón de consumo						
abstemio	-	-	-	-	Prueba exacta de Fisher = 0.200	
infrecuente	2	18.2	9	81.8		
infrecuente leve	-	-	-	-		
moderado	4	57.1	3	42.9		
alto	-	-	1	100		
Dependencia al alcohol**						
no	6	33.3	12	66.7	Prueba exacta de Fisher = 0.684	
sí	-	-	1	100		
RAPS (Rapid alcohol problems screening)						
negativo	5	31.3	11	68.8	Prueba exacta de Fisher = 0.705	
positivo	1	33.3	2	66.7		
Alco-sensor (>= 0.01)						
negativo	3	25.0	9	75.0	Prueba exacta de Fisher = 0.378	
positivo	3	42.9	4	57.1		

*Esta pregunta sólo fue contestada por los pacientes que reportaron haber consumido alcohol en el transcurso de las seis horas previas al evento.

**Criterios con base en el ICD-10 y DSM-IV

Cuadro 5.

Sexo y consumo de alcohol 3 meses después del evento según el consumo riesgoso reportados en el seguimiento
(n = 35)

	Consumo no riesgoso		Consumo Riesgoso		
	f	%	f	%	
sexo					
masculino	8	47.1	16	88.9	
femenino	9	52.9	2	11.1	
Total	17	100	18	100	Prueba Exacta de Fisher = 0.012
Consumo habitual					
1 o 2 veces por semana	1	5.9	3	16.7	
2 o 3 veces al mes	0	-	3	16.7	
Al menos una vez al mes	1	5.9	1	5.6	
1 o 2 veces en ult 3 meses	6	35.3	6	33.3	
Nunca en los ult 3 meses pero si antes	8	47.1	5	27.8	
Nunca ha tomado alcohol	1	5.9	-	-	Prueba Exacta de Fisher = 0.351
Total	17	100	18	100	
Copas por ocasión de consumo*					
1 copa	1	12.5	1	7.7	
2 copas	2	25.0	4	66.7	
3 copas	1	12.5	1	7.7	
4 copas	2	25.0	1	7.7	
5 copas	-	-	1	7.7	
7 copas	-	-	1	7.7	
10 copas	1	12.5	1	7.7	
12 copas	-	-	2	100	
20 copas	1	12.5	1	7.7	
Total	8	100	13	100	t = -0.209; p= 0.837
	Media	D.S.	Media	D.S.	
	5.7	6.39	6.3	5.68	
Frecuencia de embriaguez					
1 o 2 veces en los últ. 3 meses	-	-	5	27.8	
No ha bebido esa cantidad en los últ. 3 meses pero si antes	8	47.1	5	27.8	
No ha bebido en los últ. 3 meses o es abstemio	9	52.9	8	44.4	
Total	17	100	18	100	Prueba Exacta de Fisher = 0.069
RAPS					
negativo	25	96.1	5	55.6	
positivo	1	3.8	4	44.4	
Total	26	100	9	100	Prueba Exacta de Fisher = 0.141

*Pacientes que participaron en el seguimiento y consumieron alcohol en los tres meses posteriores a la entrevista inicial.

Cuadro 6.

Lesiones ocurridas 3 meses después del evento y consumo de alcohol riesgoso
n = 35

	Consumo de alcohol				
	No riesgoso		Riesgoso		
	f	%	f	%	
Lesiones últ. 3 meses					Prueba Exacta de Fisher = 1.000
no	11	64.7	12	66.7	
si	6	35.3	6	33.3	
Total	17	100	18	100	
Número de lesiones					t = -0.347; p = 0.731
0 lesiones	11	64.7	12	66.7	
1 lesiones	5	29.4	4	22.2	
2 lesiones	1	5.9	1	5.6	
3 lesiones	-	-	1	5.6	
Total	17	100	18	100	
	Media	D. S.	Media	D. S.	
	0.4	0.69	0.5	0.86	

Cuadro 7.

Problemas relacionados con el consumo de alcohol 3 meses después del evento
n = 35

	Consumo de alcohol				
	No riesgoso		Riesgoso		
	f	%	f	%	
Problemas asociados al consumo					Prueba Exacta de Fisher = 0.388
no	16	94.1	14	77.8	
si	1	5.9	4	22.2	
Total	17	100	18	100	
Número de problemas asociados					t = -1.509; p = 0.141
0 problemas	16	94.1	14	77.8	
1 problemas	1	5.9	-	-	
2 problemas	-	-	2	11.1	
4 problemas	-	-	1	5.6	
11 problemas	-	-	1	5.6	
Total	17	100	18	100	
	Media	D.S.	Media	D.S.	
	0.06	0.24	1	2.71	

Cuadro 8.

Principal atribución causal al evento por consumo riesgoso 3 meses después de la entrevista inicial
n = 35

	Consumo no riesgoso		Consumo riesgoso		
	f	%	f	%	
Principal atribución causal					
a sí mismo	7	41.2	10	55.6	
a otros	3	17.6	5	27.8	
a la situación	6	35.3	3	16.7	
no sabe	1	5.9	-	-	
Total	17	100	18	100	Prueba Exacta de Fisher = 0.421
Responsabilidad en el evento					
totalmente responsable	4	23.5	4	22.2	
en gran parte responsable	1	5.9	6	33.3	
poco responsable	4	23.5	2	11.1	
nada responsable	8	47.1	6	33.3	
Total	17	100	18	100	Prueba Exacta de Fisher = 0.223
Cambiar algo del evento					
cambio en sí mismo	8	47.1	11	61.1	
cambio en los otros	1	5.9	2	11.1	
cambio en la situación	5	29.4	1	5.6	
sin cambio	3	17.6	4	22.2	
Total	17	100	18	100	Prueba Exacta de Fisher = 0.338

Cuadro 9.

Comparación del consumo de alcohol, lesiones y problemas asociados en la entrevista inicial y en el seguimiento de los pacientes con consumo riesgoso.

	Entrevista Inicial		Seguimiento		
	f	%	f	%	
n = 18					
Consumo habitual					
1 o 2 veces a la semana	6	33.3	3	16.7	
2 o 3 veces al mes	2	11.1	3	16.7	
Menos de una vez al mes	1	5.6	1	5.6	
6 a 11 veces al año / 1 o 2 veces en los últimos tres meses	4	22.2	6	33.3	
1 a 5 veces al año / nunca en los últimos tres meses	5	27.8	5	27.8	
Total	18	100	18	100	Prueba Exacta de Fisher = 0.857
Copas por ocasión de consumo					
Media	5.3	-	6.3	-	
D.S	3.21	0-	5.68	-	
Total	18	100	13*	100	t = -0.572; p = 0.287
Frecuencia de Embriaguez					
1 o 2 veces a la semana	1	5.6	-	-	
Menos de una vez al mes	2	11.1	-	-	
1 a 5 veces al año / 1 o 2 veces en los últimos tres meses	6	33.3	5	27.8	
No ha bebido esa cantidad	9	50.0	8	44.4	
No ha bebido en los últ. 3 meses	-	-	5	27.8	
Total	18	100	18	100	Prueba Exacta de Fisher = 0.070
RAPS					
negativo	7	38.9	14	77.8	
positivo	11	61.1	4	22.2	
Total	18	100	18	100	Prueba Exacta de Fisher = 0.02
Lesiones					
no	3	16.7	12	66.7	
si	15	83.3	6	33.3	
Total	18	100	18	100	Prueba Exacta de Fisher = 0.003
Número de lesiones					
Media	1.7	-	0.5	-	
D.S	1.455	-	0.857	-	
Total	18	100	18	100	t = 3.015; p = 0.003
Problemas asociados al consumo**					
no	8	44.4	14	77.8	
si	10	55.6	4	22.2	
Total	18	100	18	100	Prueba Exacta de Fisher = 0.043

* Pacientes con consumo de alcohol riesgoso que bebieron en los tres meses posteriores a la entrevista inicial.

** En ambas mediciones, los problemas asociados fueron los que ocurrieron en los últimos tres meses según los pacientes.

Cuadro 10.

Relatos de los pacientes sobre la atribución causal al evento tres meses después del ingreso a SU (seguimiento)

n = 35

FOLIO	CONSUMO DE ALCOHOL*	ATRIBUCIÓN CAUSAL**	RESPONSABLE	CAMBIO	ATRIBUCIÓN AL ALCOHOL***	PATRÓN DE CONSUMO
12	S	(S) por la diabetes, estreñido por falta de agua.	nada	estar más tranquila	-----	infrecuente
30	R6	(A) llegó con temblores por haber tomado.	poco	cambiarla a la lectura	nada	infrecuente
45	R	(O) por que mi esposa iba a tener un hijo y se murió.	nada	que no hubiera pasado la muerte de mi hijo	-----	infrecuente
47	S	(A) La diabetes.	en gran parte	no pues, que le diría, no me doy cuenta	-----	moderado
52	S	(S) Lastimadura en el ojo trabajando.	nada	nada	-----	moderado
56	S	(A) por no tomar líquidos.	totalmente	dejar de tomar cuando me invitan	-----	infrecuente
100	S	(A) fue por algo que comí, algo irritante o estuve tensa.	totalmente	no ser tan aprensiva porque eso me enferma	-----	infrecuente
501	S	(O) corajes.	otros	que no me diera tan fuerte el dolor	-----	infrecuente
512	S	(A) infección en el estómago.	totalmente	comer afuera	-----	moderado
517	R	(A) comer en la calle.	totalmente	comer en casa	-----	moderado
523	S	(S) tuve dolor en el bajo vientre y me diagnosticaron apendicitis, fui operada.	totalmente	que debo atenderme inmediatamente	-----	infrecuente
525	R6	(A) me corté con un vaso.	en gran parte	hubiera avertado el vaso	casi nada	moderado
111	R6	(O) la imprudencia del conductor.	otros	habernos ido con más calma	casi nada	infrecuente
113	S	(S) choque automovilístico.	poco	la hora que se subió al taxi	-----	abstemia
115	R6	(S) se me atravesó una camioneta y la otra persona venía tomado.	en gran parte	irme en taxi en lugar de irme caminando	parcialmente	infrecuente
116	R6	(A) se cayó bailando.	nada	nada	nada	infrecuente
126	S	(-) de repente sintió dolor en la columna, el doctor le diagnóstico lumbalgia pero no sabe cual fue la causa.	poco	los dolores	-----	abstemia

*Las iniciales se refieren a los pacientes no riesgosos (S), riesgosos (R) y riesgosos que consumieron alcohol seis horas antes (R6).

** Los relatos se categorizaron en (A) a sí mismo, (O) a los otros (s) y a la situación, según la principal atribución causal al evento.

*** Sólo contestaron a esta pregunta los pacientes que reportaron haber consumido alcohol antes del evento (n = 9).

Cuadro 10 (continuación).

FOLIO	CONSUMO DE ALCOHOL*	ATRIBUCIÓN CAUSAL**	RESPONSABLE	CAMBIO	ATRIBUCIÓN AL ALCOHOL	PATRÓN DE CONSUMO
133	S	(O) mordedura de perro.	otros	ninguno	-----	leve
134	R	(S) iba en la carretera, estaba el semáforo, iba yo cruzando para llegar a la banqueta pero pasó un carro que me aventó y me atropelló.	poco	no haerme cruzado o haberme fijado al pasar	-----	leve
152	S	(O) fue pisado por un toro y le provocó una fisura en la clavícula.	totalmente	montar toros	-----	moderado
158	R6	(A) caerse de la bicicleta.	totalmente	no haberme ido en bicicleta	-----	infrecuente
159	S	(A) perdió el equilibrio mientras cortaba limones y se cortó.	en gran parte	tener más cuidado	-----	moderado
169	R	(O) me asaltaron.	nada	que no me hubieran golpeado	-----	moderado
176	R6	(O) asaltado.	nada	no sabría decirle	-----	infrecuente
180	S	(A) con un cutter, al abrir mi locker me corté, me desmayó y me caí.	nada	nada	-----	moderado
194	R6	(A) se cayó resbalándose de unas escaleras.	totalmente	hacer las cosas con más calma y tomar precaución	nada	moderado
204	S	(S) fue al estar limpiando la cocina, me resbalé, me caí y me lastimé el hombro, la mano, el cuello y la pluma.	nada	pondría gente que limpiara porque uno ya anda cansada y pues eso puede provocar esto	-----	infrecuente
215	R	(O) chocó el vehículo donde iba, y no se pudo hacer nada, me golpeó por el coche, el cuello.	nada	que los choferes manejaran con más calma en las mañanas, porque son muy locos para manejar	-----	moderado
220	S	(S) tuve mucho trabajo porque tengo que estar mucho tiempo sentada y mi postura se vio afectada.	nada	que no tuviera tanta carga de trabajo, no haberme hecho de tanto trabajo	-----	absternio
230	S	(A) me caí al bajar una escalera se me volteó el pie.	poco	no me desesperaría por contestar el teléfono	-----	infrecuente
235	S	(S) por el trabajo.	nada	no sé	-----	absternio
240	R6	(A) el estado alcohólico en que estaba.	en gran parte	parar de beber	completamente	infrecuente
243	S	(A) me resbala en las escaleras del metro y me lesioné el hombro.	nada	más que nada tener un poco de cuidado	-----	infrecuente
249	R	(A) me caí y me fracturé la muñeca derecha.	en gran parte	tener más precaución para no sufrir ese accidente	-----	moderado
250	S	(A) jugando basketbol caí sobre el pie de un compañero y me lesiona el tobillo.	nada	no haber jugado ese día, pero no me arrepiento del todo	-----	infrecuente

Cuadro 11.

**Comparación de relatos sobre la atribución causal al evento durante y después
de la entrevista inicial***

FOLIO	ATRIBUCIÓN CAUSAL DIA DEL EVENTO.	ATRIBUCIÓN CUASAL TRES MESES DESPUÉS.	COPAS CONSUMIDAS
30	temblores en cuello y brazo	llegó con temblores por haber tomado	3
525	se cayó un vaso y al levantarlo me corté	me corté con un vaso	8
111	venían en un taxi y el taxista chocó contra un árbol por esquivar un árbol, por esquivar una grúa, que estaba en su camino (no venía conduciendo)	la imprudencia del conductor	8
115	venía conduciendo cuando salió un coche y dio el volantazo para no chocar con él, lo que hizo que se volcara su auto	se me atrevesó una camioneta y la otra persona venía tomado	3
116	estaba bailando en una fiesta, se cayó se torció su pie	se cayó bailando	2
158	jugando, saltando rampas en bici	caerse de la bicicleta	2
176	fue asaltado en la madrugada	asaltado	1
194	por no fijarse se resbaló y se cayó	se cayó resbalándose de unas escaleras	3
240	lo asaltaron saliendo de una fiesta	el estado alcohólico en que estaba	6

*Relato de pacientes que consumieron alcohol seis horas antes del evento.