

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA



Marcos Fernández M.
Director de la Carrera de Psicología
70702

Amalia J.
Presidente del Consejo

Rodolfo López
IBUN

**"ESTUDIO BIO PSICO-SOCIAL DE LA RELACIÓN
ALCOHOLISMO Y VIOLENCIA DOMÉSTICA"**

Tesis presentada por:

ADELA BLANCO QUISBERT

Para optar el título de:

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

Profesor Guía: Lic. Marcos Fernández M.

LA PAZ — BOLIVIA
2000



Deseo dedicar esta tesis:

*A Dios por iluminar mi camino
y darme la fortaleza para lograr mis metas.*

A la memoria de mi amado esposo,

Cnl. DESP Napoleón Gutiérrez Cuéllar.

*A mis hijos Shirley, Patricia y Eddy por su amor,
confianza y apoyo incondicional.*

AGRADECIMIENTOS:

'Un agradecimiento particular a mi hija, Lic. Shirley Gutiérrez, por haberme orientado y apoyado en la realización de esta tesis.

Al Lic. Marcos Fernández, por su colaboración en el asesoramiento del presente trabajo.

Al Prof. Dr. Rodolfo López Hartmann por su desinteresada cooperación y sus valiosos aportes para el enriquecimiento de esta tesis.

Al Lic. Belmonte por su invalorable colaboración en el trabajo estadístico de este estudio.

A mis amigas María, Mirtha, Natividad, Pilar, Helen, familiares y colegas que me brindaron su amistad, su tiempo y su colaboración.

A la U.M.S.A. por haberme cobijado en sus aulas y por haberme permitido seguir la carrera de Psicología.

Para finalizar, al personal de la Brigada de Protección a la Familia, quienes me facilitaron el material que hizo posible la realización de esta tesis.

RESUMEN

El presente estudio demuestra la relación entre alcoholismo y violencia doméstica en base a los resultados del análisis estadístico descriptivo realizado; el tipo de investigación es correlacional-descriptivo, el diseño es no experimental-transeccional. Se trabajó con 74 parejas que viven situaciones de violencia y alcoholismo. El trabajo consistió en la detección e identificación de ambas variables para luego hacer la medición de los niveles de consumo y los grados de violencia física, psicológica y sexual para establecer relaciones e implicancias.

El alcoholismo, una enfermedad crónica y progresiva caracterizada por la incapacidad de controlar la forma de beber, desarrolla síntomas como la tolerancia, dependencia y síndrome de abstinencia interfiriendo en las funciones ocupacional, familiar, social y de salud; influenciado por una predisposición genética, vulnerabilidad psicológica y factores ambientales, sociales y culturales. En la etapa de la dependencia el alcoholismo es uno de los factores desencadenantes de la violencia contra la mujer.

La violencia doméstica es la agresión física, psicológica y sexual en contra de la mujer, situación agravada por el alcoholismo de su pareja, lo cual afecta su salud física, mental y emocional; esta violencia se presenta en forma cíclica.

Según el enfoque de género el factor o causa de la violencia se da por una sociedad patriarcal donde existe desequilibrio de poder, los factores de este desequilibrio son el género y la edad.

Los resultados demostraron la existencia de violencia en la mayoría de los casos investigados, además se identificaron los grupos de riesgo con ambos problemas.

Se concluye que ambos problemas están ampliamente relacionados por las características semejantes que las estadísticas demostraron; ambos son problemas de salud que por su complejidad necesitan el aporte de otras ciencias como la sociología, medicina, psiquiatría, neuroquímica, genética, psicofisiología, bioquímica, neurobiología y psicofarmacología; para su detección, prevención y tratamiento.

ÍNDICE

	Pág.
CAP. I	
1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. Planteamiento del problema.....	4
2.1 Formulación del problema.....	4
3. Fundamentación del problema de investigación.....	4
4. Objetivos.....	6
4.1 Objetivo general.....	6
4.2 Objetivos específicos.....	6
5. Planteamiento de la hipótesis.....	6
5.1 Conceptualización de variables.....	7
5.1.1 Variable independiente.....	7
5.1.2 Variable dependiente.....	7
5.2 Operacionalización de variables.....	8
6. Límites y alcances de la investigación.....	8
6.1 Temático.....	8
6.2 Espacial.....	9
6.3 Temporal.....	9
CAP. II	
MARCO TEÓRICO.	
1. EL ALCOHOLISMO.....	10
1.1 Antecedentes del alcoholismo.....	10
1.1.2 Antecedentes del alcoholismo en el contexto boliviano.....	13
1.2 Definiciones sobre el alcoholismo.....	15
1.2.1 Nivel o grado de consumo de alcohol.....	24
1.2.1.1 Complicaciones del alcoholismo.....	26
1.2.1.1.1 La embriaguez patológica.....	27
1.2.1.1.2 Alucinosis alcohólica.....	27
1.2.1.1.3 Estado paranoide alcohólico.....	27
1.2.1.1.4 Delirium tremens.....	28

1.2.1.1.5 Temblor alcohólico.....	29
1.2.1.1.6 Síndromes de Wernicke y Korsakoff.....	30
1.2.1.1.7 Celotipia alcohólica.....	31
1.2.1.1.8 Deterioro y demencia alcohólica.....	31
1.2.2 Factores y causas determinantes del alcoholismo.....	31
1.2.2.1 Factores bio — genéticos.....	32
1.2.2.2 Factores socio — culturales.....	32
1.2.2.3 Factores psicológicos.....	33
1.3 Consecuencias más importantes del alcoholismo.....	34
1.3.1 Consecuencias fisiológicas.....	34
1.3.2 Consecuencia psicológicas.....	35
1.3.3 Consecuencias sociales.....	35
1.4 Diferentes enfoques del alcoholismo.....	36
1.4.1 Enfoque psicológico.....	36
1.4.2 Enfoque genético.....	37
1.4.3 Enfoque socio cultural.....	38
2. LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER.....	40
2.1. Antecedentes de la violencia doméstica.....	40
2.1.2 Antecedentes de la violencia contra la mujer en el contexto boliviano.....	43
2.2 Definiciones sobre la violencia doméstica.....	45
2.3 Formas de violencia.....	47
2.3.1 Violencia física.....	47
2.3.2 Violencia psicológica.....	48
2.3.3 Violencia sexual.....	48
2.4 Ciclo de la violencia contra la mujer.....	48
2.4.1 1° fase de acumulación de tensión.....	49
2.4.2 2° fase de explosión violenta.....	51
2.4.3 3° fase de "Luna de miel".....	52
2.5 Corrientes teóricas a cerca de la violencia.....	55
2.5.1 Corriente socio — comportamental.....	55
2.5.2 Corriente instinto — impulso.....	58

2.5.3 Corrientes adaptativa o defensiva.....	59
2.5.4 Enfoque de Género.....	61
3. ALCOHOLISMO Y VIOLENCIA DOMESTICA.....	62
3.1 Alcoholismo y violencia contra la mujer.....	62
3.2 Causas y efectos de la violencia doméstica.....	67
3.3 Perfil de la mujer maltratada.....	68
3.4 Perfil del agresor.....	68

CAP. III

MARCO REFERENCIAL.

1. Ley N° 1674 de 15 de diciembre de 1995.....	69
2. Referencia institucional: Descripción.....	70
2.1 ¿Qué es la Brigada de Protección a la Familia?.....	70
2.1.1 Antecedentes.....	71
2.1.2 Estructura orgánica de la B.P.F. La Paz.....	72
2.2 Objetivos de la Brigada de Protección a la Familia.....	72
2.3 Estadísticas de los casos atendidos.....	72
2.4 Áreas de trabajo.....	73
2.4.1 El despacho de la Comandante.....	73
2.4.2 La secretaría.....	73
2.4.3 El departamento de atención de casos.....	74
2.4.4 La sección de archivo.....	74
2.4.5 La guardería o dormitorio eventual.....	74
2.4.6 El comedor y cocina.....	74
2.4.7 El departamento legal.....	74
2.4.8 El departamento de Trabajo Social.....	74
2.4.9 El departamento de Psicología.....	74
2.4.9.1 Actividades.....	75
2.4.9.2 Recursos humanos.....	75
2.4.9.3 Recursos materiales.....	76

CAP. IV

MARCO METODOLÓGICO.

1. Método y tipo de investigación.....	77
2. Diseño.....	78
3. Procedimiento.....	78
3.1 Estudio documental.....	78
3.2 Estudio de campo.....	78
3.2.1 Aplicación de los instrumentos.....	79
4. Muestra.....	80

CAP. V

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.

1. Análisis estadístico descriptivo e interpretación del cuestionario "M.P." para la identificación y medición del nivel y grado de alcoholismo.....	82
1.1 Resultados generales del cuestionario M.P.....	83
1.2 Resultados de las categorías de alcoholismo según niveles o patrones de consumo.....	84
2. Análisis estadístico descriptivo e interpretación del cuestionario "M.S.P.S." para medir la existencia de violencia doméstica a nivel físico, psicológico y sexual.....	104
2.1 Número y porcentaje de respuestas positivas al cuestionario M.S.P.S.....	104
3. Análisis estadístico descriptivo e interpretación sobre la Guía de Observación según la frecuencia de daño físico.....	110
4. Análisis estadístico descriptivo e interpretación sobre la Guía de Observación de las frecuencias según grado de daño psicológico.....	111
5. Evaluación General de los datos obtenidos.....	112

CAP. VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. Conclusiones.....	114
1.1 Del objetivo general.....	114
1.2 De los objetivos específicos.....	114
1.3. De la hipótesis.....	118
2. Recomendaciones.....	119

3. Terapias sugeridas.....	121
Terapia para el alcoholismo.....	121
Terapia para la mujer maltratada.....	121
4. Aporte de la investigación.....	122

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

ÍNDICE DE ANEXOS

- Anexo N° 1: Brigada de Protección a la Familia atiende casos de violencia doméstica
- Anexo N° 2: Violencia doméstica ocasionada por el consumo excesivo de bebidas alcohólicas
- Anexo N° 3: Total de casos atendidos en la Brigada de Protección a la Familia correspondiente al primer trimestre de 2000
- Anexo N° 4: Total de casos de violencia doméstica atendidos en la Brigada de Protección a la Familia correspondiente al primer trimestre de 2000
- Anexo N° 5: Cuestionario M.P. para la detección y medición del alcoholismo
- Anexo N° 6: Cuestionario para la identificación de violencia física, psicológica y sexual
- Anexo N° 7: Guía de observación para la medición de grados de violencia
- Anexo N° 8: Resultados totales del cuestionario M.P. para alcoholismo
- Anexo N° 9: Resultados totales del cuestionario M.S.P.S. para violencia
- Anexo N° 10: Resultados de categorías diagnósticas de alcoholismo según niveles o patrones de consumo
- Anexo N° 11: Síntomas para la detección e identificación del alcoholismo: Tolerancia
- Anexo N° 12: Síntomas para la detección e identificación del alcoholismo: Dependencia
- Anexo N° 13: Síntomas para la detección e identificación del alcoholismo: Síndrome de abstinencia
- Anexo N° 14: Consecuencia del consumo excesivo de bebidas alcohólicas
- Anexo N° 15: Distribución total de casos de violencia física, psicológica y sexual
- Anexo N° 16: Resultados del consumo excesivo relacionado con la violencia doméstica
- Anexo N° 17: Energúmeno casi mata a su esposa a latigazos

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN.

La violencia intrafamiliar, condicionada por desigualdades de género, constituye un problema que se encuentra latente en nuestra sociedad, que afecta fundamentalmente a los Derechos Humanos y tiene amplias repercusiones en el ámbito de las relaciones familiares, laborales y personales, especialmente la salud física y psicológica que más tarde se convierten en causas para la desintegración familiar. Esta situación se agudiza cuando un miembro de la familia, particularmente el esposo, es alcohólico. **(Género, Salud y Violencia Intrafamiliar. O.M.S. 1998)**

En Bolivia se han llevado a cabo investigaciones en torno a la temática del consumo de alcohol y sus repercusiones sociales, pero ninguna acerca de las relaciones del alcoholismo del sujeto varón con otra problemática tan importante como es la violencia intrafamiliar, concretamente la violencia doméstica que es la agresión física, psicológica o sexual hacia su esposa o conviviente ocasionándole serios daños y traumas tanto físicos como psicológicos.

Un sondeo de opinión realizado por el Departamento de Salud Mental del MSSPS en 10 reparticiones estatales nacionales, descubrió los siguientes fenómenos sociales derivados del consumo excesivo de alcohol: la disolución de la familia, peleas, maltrato al cónyuge y a los hijos, descuido a los hijos, problemas de desarrollo infantil, delincuencia juvenil, pobreza, ausentismo laboral y desempleo. **(Ministerio de Salud, 1989 citado por Seamos, 1995)**

En el aspecto social, el consumo del alcohol está estrechamente relacionado con el incremento del índice de violencia, criminalidad, delincuencia juvenil, problemas laborales, desempleo, etc. Se puede decir también que otros fenómenos sociales derivados del consumo excesivo de alcohol son: la disolución de la familia, riñas y peleas, violencia intrafamiliar, descuido de los hijos, pobreza y otros.

Según la Asociación de Mujeres contra la Violencia, la violencia doméstica es una demostración permanente del poder de los hombres sobre las mujeres desconociendo principios fundamentales como el respeto, la igualdad de derechos y la participación en las decisiones de pareja.

Es así como la familia, considerada como un lugar seguro para la procreación y preservación de la vida se ha convertido en un espacio donde, casi de manera cotidiana, se registran hechos de violencia doméstica, y cuyas víctimas más frecuentes son las mujeres y los hijos; dicha violencia se ve agravada por el alcoholismo del esposo, padre u otro miembro de la familia. **(Ministerio de Desarrollo Humano. 1997)**

Ocho de cada diez denuncias presentadas en Bolivia por agresiones físicas, sexuales o psicológicas son causadas por el marido o compañero sentimental de la denunciante, según un informe de las Naciones Unidas que señala que un 98.4% de las víctimas del núcleo familiar son mujeres. **(O.M.S., 1995)**

En los últimos años, se hizo notorio un incremento alarmante de la violencia doméstica, éste alcanza a todas las clases sociales ya sea por problemas de tipo económico o por el consumo excesivo de bebidas alcohólicas.

La Organización de Naciones Unidas en su informe sobre Desarrollo Humano de 1993 refiriéndose a la violencia contra la mujer indica que una de las principales preocupaciones de la seguridad humana son las consecuencias que provoca en la familia el consumo excesivo de alcohol traducido en el maltrato a los hijos o agresiones en contra de la esposa o compañera.

Según un estudio realizado por la Secretaría Nacional de Asuntos de Género y Generacionales de 1994, las principales causas de agresiones contra la mujer son: económicas, alcoholismo, enemistades familiares, celos. **La segunda causa de las agresiones es el alcoholismo.(Subsecretaría de Prevención y Rehabilitación: "Campaña Nacional contra el abuso del alcohol y el alcoholismo".1995)**

El presente trabajo de investigación pretende establecer relaciones entre el alcoholismo y la violencia doméstica, considerando al alcoholismo uno de los factores desencadenantes o coadyuvantes de dicha violencia contra la pareja. Asimismo, se tomaron en cuenta algunos factores causales, grado de consumo y grado de afectación en los sujetos observados.

El enfoque de género nos permitió una mejor comprensión, descripción y análisis de la violencia en pareja, relacionando los factores causa — efecto, aunque el presente trabajo investigativo no es causal, estableceremos algunas causas y efectos del fenómeno alcoholismo y violencia.

El propósito también es ampliar conocimientos, recopilar información conceptual, empírica y estadística sobre estas dos problemáticas que permitan un buen diagnóstico, abordaje, intervención y tratamiento del alcoholismo y la violencia doméstica. Además la búsqueda de nuevas políticas y estrategias para contribuir a la erradicación parcial o total del problema.

La investigación documental fue realizada en base a técnicas de estudio por medio de las fichas ayuda memoria y las fichas bibliográficas. Para la investigación de campo se aplicaron las técnicas de entrevistas, cuestionario para la identificación y medición del alcoholismo y para la detección y medición de la violencia y tipo de daño ocasionado contra la mujer. Utilizamos dos guías de observación de signos y síntomas de daño físico y psicológico y para el análisis de resultados se utilizó la técnica de las estadísticas descriptivas.

La presente propuesta de investigación cuenta con un primer capítulo en el que se exponen las principales características que persigue este trabajo: planteamiento del problema, hipótesis, objetivos, fundamentación del tema y operacionalización de variables.

En un segundo capítulo se desarrollan brevemente los principales ítems del marco teórico. Posteriormente, el tercer capítulo presenta el marco referencia' donde se describe a la institución donde se realizó el presente trabajo de investigación.

El capítulo IV expone el marco metodológico; el capítulo V los resultados de la investigación; y para finalizar se presentan las conclusiones y recomendaciones.

2. Planteamiento del problema.

La preocupación sobre esta problemática, surge a raíz de la observación de reiteradas denuncias a la institución por parte de mujeres agredidas por su pareja, por diversas causas de las cuales, el estado de ebriedad de la pareja constituye la mayoría.

Es así como surge la preocupación de conocer qué relación existe entre estas dos problemas de salud, que según las estadísticas ocupan los primeros lugares por las altas tasas de mortalidad y morbilidad. Esto redundará en planteamientos para una mejor detección, prevención y atención de estos casos en la institución, tomando en cuenta las características bio-psico-sociales de ambas problemáticas, considerando que éstas son complejas, multifactoriales y multicausales, y que para su comprensión requiere de un abordaje interdisciplinario.

2.1 Formulación del problema.

¿Existe relación entre el alcoholismo y la violencia doméstica a nivel físico, psicológico y sexual en los casos atendidos en la Brigada de Protección a la Familia de la ciudad de La Paz, cuyas edades oscilan entre los 18 y 49 años de edad?

3. Fundamentación del problema de investigación.

El alcoholismo como problemática social en nuestro país es considerado como una de las causas más recurrentes de la violencia dentro y fuera de la familia .

La violencia se da en todos los niveles y edades y en contra de cualquier miembro de la familia, y en esta investigación solo se tomó en cuenta la violencia contra la esposa o conviviente.

Debido al elevado índice de casos de violencia en contra de la mujer y tomando en cuenta que la mayoría de los agresores las agredieron en estado de ebriedad.

Como ambos fenómenos son bastante complejos y amplios recurrimos a los aportes de las ciencias sociales, medicina, psicología, psiquiatría, etc.

El propósito de esta investigación no es buscar explicaciones o causalidades, que por su complejidad se vuelven efectos; se trata de obtener un conocimiento profundo, conocer diversos estudios, enfoques y aportes realizados hasta la fecha para que con estos elementos y con los resultados estadísticos obtenidos podamos establecer sus implicancias y relaciones.

A partir de esos resultados y su análisis buscar nuevas estrategias para la disminución o erradicación de estas dos problemáticas tan diferentes en su etiología pero relacionadas en el curso de su evolución.

El conocimiento de cifras estadísticas facilitará un trabajo más científico y eficiente en la Brigada de Protección a la Familia La Paz, institución que ha sido creada exclusivamente para elevar el nivel de vida de los estantes y habitantes de esta ciudad.

Es importante mencionar que aunque otras ciudades de Bolivia tienen elevados índices de violencia, sólo tomamos en cuenta los índices de la sede de Gobierno.

Según estudios y estadísticas realizadas hasta la fecha, existe un porcentaje elevado de sujetos varones agresores; asimismo los datos estadísticos de casos atendidos en la Brigada de Protección a la Familia La Paz, corresponde a víctimas de agresión física producto del consumo excesivo de bebidas alcohólicas por parte del cónyuge varón. La motivación principal para llevar a cabo esta investigación fue conocer cuál es la forma de agresión más reiterativa en los casos estudiados la influencia del alcoholismo sobre este tipo de agresión, y el grado de afectación a la mujer víctima de la misma, dentro de los casos atendidos en la Brigada de Protección a la Familia.

A partir de lo anteriormente expuesto, se pretende beneficiar a los sujetos que enfrentan estas dos problemáticas: el alcoholismo y la violencia doméstica, implementando en la B.P.F. de la ciudad

de La Paz, campañas de prevención mediante charlas informativas, terapias individuales, grupales y de pareja.

La investigación de ambas problemáticas permitirá disponer de mayores elementos para la comprensión y afrontamiento del alcoholismo y la violencia hacia la mujer; dos temas estremecedores que hoy por hoy, en nuestro país ocupan un segundo lugar después de la corrupción. Así lo demuestran las alarmantes cifras sobre hechos de violencia que se presentan a diario tanto en los periódicos como en crónicas rojas especializadas sobre agresión con muerte a causa del alcoholismo.

4. Objetivos.

4.1 Objetivo General.

Establecer y analizar la relación entre alcoholismo y violencia doméstica en los casos atendidos en el Departamento de Psicología de la Brigada de Protección a la Familia de la ciudad de La Paz.

4.2 Objetivos Específicos.

4.2.1 Determinar el nivel o grado de consumo de alcohol del esposo o conviviente de la mujer maltratada.

4.2.2 Identificar las consecuencias y secuelas más importantes del alcoholismo del esposo o conviviente

4.2.3 Establecer el nivel o el grado de violencia física y psicológica inferida hacia la esposa o conviviente

4.2.4 Identificar las principales consecuencias y secuelas físicas y psicológicas que provoca en la mujer ser víctima de violencia doméstica.

5. Planteamiento de la hipótesis.

El alcoholismo está relacionado con la violencia doméstica a nivel físico y psicológico en los casos atendidos en el Departamento de Psicología de la Brigada de Protección a la Familia de la ciudad de La Paz.

5.1 Conceptualización de Variables.

5.1.1 Variable Independiente.

ALCOHOLISMO : En este trabajo de investigación se define como una "enfermedad crónica y progresiva caracterizada por la incapacidad de controlar la forma de beber originada por el consumo excesivo de bebidas alcohólicas y de forma prolongada y por una predisposición, genéticamente determinada, para la adicción a sustancias psicoactivas con el consiguiente desarrollo de tolerancia y dependencia física y psicológica, consecuentemente ocasiona daños a la salud, problemas familiares, laborales y sociales sobretodo deterioro en las relaciones interpersonales y de pareja" (**Basado en "Psiquiatría General" Howard H. Goldman y la O.M.S.)**

5.1.2 Variable Dependiente.

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR : Es la violencia en la familia

VIOLENCIA DOMÉSTICA : Es la agresión física, psicológica y sexual, ejercida sistemáticamente, por el esposo o conviviente hacia la esposa. (**Corsi J., 1995**)

5.2 Operacionalización de variables.

CATEGORÍAS	INDICADORES	DIMENSIONES	MEDICIÓN	ESCALA
V. Independiente ALCOHOLISMO	Absoluta ausencia de Consumo de alcohol	Abstinente		
	Consumo ocasional No llega a la embriaguez No existe dependencia	Bebedor social		Moderado Elevado Crónico
	Incremento del consumo Consumo excesivo Síntoma de tolerancia y Dependencia física y psíquica, descontrol Síndrome de abstinencia	Bebedor dependiente	Cuestionario M.P. N° 2 Nivel o patrones de consumo	Moderado Elevado Crónico
	Incapacidad de abstinencia Deterioro total psicobiolog. Dependencia y degradación Problemas familiares. legales Personales	Bebedor alcohólico	Cuestionario M.P. N°2 Nivel o patrones De consumo	Moderado Elevado Crónico
V. Dependiente VIOLENCIA DOMÉSTICA	Hematomas, equimosis, escoriaciones, fisuras, fracturas, lesiones, hemorragias, contusiones heridas.	Agresión física	Cuestionario M.S.P.S. N°3 Guía observación Nivel de daño	Leve Grave Extremo
	Resentimiento, temor, inseguridad, vergüenza, baja autoestima, ansiedad, depresión, tristeza, celos	Agresión psicológica	Cuestionario M.S.P.S.. N°3 Guía observación Nivel de daño	Leve Grave Extremo
	Intimidación o uso de la fuerza para tener relaciones sexuales, Aborto	Agresión sexual	Cuestionario M.S.P.S. N°3 Nivel de daño	

6. Límites y alcances de la investigación.

6.1 Temático.

La presente investigación estará situada dentro del campo de la psicología social, en las problemáticas del alcoholismo y la violencia doméstica.

6.2 Espacial.

El presente trabajo de investigación fue realizado en el Departamento de Psicología de la Brigada de Protección a la Familia ubicado en la zona central de la ciudad de La Paz.

6.3 Temporal.

El tiempo establecido para la presente investigación fue de tres meses.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

1. EL ALCOHOLISMO

1.1. Antecedentes históricos del alcoholismo.

Existen diversos estudios sobre la producción y consumo del alcohol en la historia del ser humano con el fin de poder entender y conocer el significado original de la actitud alcohólica, además determinar si se produjo algún cambio significativo de esa actitud con el transcurrir del tiempo.

En este sentido, el investigador y doctor De Muro en 1983, ubica la producción de bebidas alcohólicas con miel y frutas salvajes ya en el periodo Paleolítico Superior. Posteriormente, en el periodo Neolítico, el hombre que permanecía asentado en una tribu, tuvo más oportunidades de experimentar con varios productos, por el cultivo de la uva logró el vino y con los cereales lo que posteriormente sería conocido como cerveza.

Von Cranach asegura que la ingesta de alcohol se agudizó bastante durante la Dinastía egipcia (1554 - 1305 a. C.) al dar culto a los muertos rememorándolos, adornando sus tumbas, bailando y bebiendo en exceso. Las indagaciones de dos científicos, los doctores Ruffer y Elliot Smith (1983), al efectuar la autopsia y examen radiográfico de las momias egipcias, constataron que los representantes de la aristocracia eran fuertes bebedores, en consecuencia obesos y arterioscleróticos.

Asimismo, para los griegos el vino era un artículo alimenticio de primera necesidad, pero su consumo era criticado por eso no extraña que las primeras medidas jurídicas contra el alcohol provienen de Grecia. Pittakos dictó una Ley por la cual *"cualquier acto de violencia practicado por un individuo embriagado, sería mayormente castigado, que aquél efectuado por una persona sobria"*. (Castañón G. R, 1983)

En la época clásica, la ingestión de alcohol era una característica de la vida cotidiana. Platón y Aristóteles escribieron sobre el alcohol, sugiriendo que su consumo sea permitido solamente a personas mayores de 18 años, ya que tenía efectos nocivos y provocaba falta de lucidez mental; esto prueba que ya hace bastante tiempo se había comprendido que el alcohol no era un factor inofensivo o inocuo.

En el año 1849, el médico suizo Magnus Huss le dio el título de enfermedad a este problema. Entre las décadas de 1940 y 1960, el Dr. Jellinek, considerado como el fundador del estudio del alcoholismo, propuso el término de enfermedad basado en que es primaria, crónica y progresiva, además clasificó a los alcohólicos en diferentes tipos como ser: Alfa, Beta, Gamma, Delta y Epsilon; de los cuales en los Gamma y Delta eran considerados como una enfermedad.

También clasificó, la progresión del alcoholismo en sus diferentes etapas empezando de la experimental, luego la habitual, la crucial y por último la crónica donde sólo el 5% de los pacientes alcanzan esta etapa. También enumeró por lo menos 50 signos y síntomas comunes de la enfermedad y otros 50 no comunes.

Ciertamente, cada país afronta la situación desde diferentes perspectivas y con distintas limitaciones de acuerdo a su coyuntura, pero no existen dudas acerca de que los trastornos físicos y mentales como también otros problemas, son similares en los diferentes contextos. El alcoholismo y sus efectos sobre el sujeto consumidor, su núcleo familiar y social son conflictos que ocasionan sufrimiento humano.

En los últimos años, la percepción social y de los gobiernos acerca de los efectos sobre la salud, el bienestar social y las consecuencias económicas provocó un sin número de reacciones; en los Estados Unidos a fines de los años ochenta, la problemática de consumo y abuso del alcohol generó la toma de medidas, entre ellas están el incremento a los impuestos sobre el alcohol, la obligación de los fabricantes a advertir sobre el consumo y abuso del alcohol en los mismos envases de la bebida y en la publicidad, elevar la edad mínima para el consumo de alcohol a los

21 años junto con severas multas por infringir estos límites, y un severo control sobre la venta de estos productos a menores de edad.

La revista *Busines Week* en su edición de febrero de 1994, cita que el alcoholismo es el problema N° 1 de salud pública de esa Nación. "En los Estados Unidos el problema del abuso ha terminado con los recursos disponibles para atenderlo. El gasto anual para las drogas y el alcohol llegó a 165 billones al año, en criminalidad, accidentes, tratamiento y baja productividad de acuerdo al Centro de Adicciones y Abuso de Sustancias de la Universidad de Columbia".

Asimismo, en 1995 SEAMOS señala que el consumo de drogas y alcohol en ese país ocasiona una pérdida de \$us 10,000.000 al Estado, y que las estadísticas más alarmantes referidas a esta problemática son las siguientes: el 40% de los divorcios tienen su causa en el alcoholismo de uno de los cónyuges, el alcoholismo es la tercera causa (entre las más importantes) de malformaciones congénitas y el 50% de los accidentes tales como los automovilísticos o los incendios domésticos resultan por el consumo abusivo del alcohol.

En un informe presentado por la Organización Mundial de la Salud en el año 1996 se establece que al tratar de determinar la incidencia del alcoholismo en el ámbito mundial, se chocó con muchas limitantes sobre todo por las dificultades para obtener información válida y confiable, las diferentes concepciones que se tienen sobre lo que es el alcoholismo entre un país y otro, los recursos destinados para tal fin y los deficientes sistemas de información de que se disponen (O.M.S. 1996).

El alcohol ocupa el primer lugar en el mundo occidental entre las drogas que causan problemas sociales graves, tanto por el volumen de su utilización como por las impresionantes consecuencias que provoca. En el mundo occidental contemporáneo una de cada tres personas consume alcohol, y entre el 5 y el 10% de la población total puede ser considerado como alcohólico (Pier Carlo Perotto, CESE. 1991).

El consumo de alcohol ha sido siempre el mayor problema de adicciones en México en los años setenta. Las prevalencias de alcohol fueron las más elevadas, el consumo consuetudinario osciló entre el 6% y 21%. La proporción de hombres y mujeres en este consumo fue de 6 hombres por cada mujer, mientras que la abstinencia fue de 4 mujeres por 1 hombre **(Natera Guillermina, 1994)**

Por el contrario, en España el consumo de alcohol ha descendido notablemente en los últimos 10 años debido a las masivas campañas y por razones de competitividad laboral y posición social requieren óptimas condiciones de salud física y mental; hay alta conciencia de que el alcohol es una droga perjudicial y dañina **(Miguel Angel Ortiz A. 1994)**

En Sudamérica, los países con elevadas tasas de consumo de alcohol son Brasil, Argentina, Perú y Bolivia con cuadros alarmantes de un aumento progresivo de ingesta de bebidas alcohólicas con sus consecuencias funestas para la sociedad y la familia. **(O.M.S. 1996)**

1.1.2 Antecedentes del abuso de alcohol y alcoholismo en el contexto boliviano.

El consumo de alcohol es un hábito arraigado y aceptado dentro de las costumbres sociales de nuestro país, tanto que cualquier reunión de amigos, festividad o acontecimiento que se festeja no se concibe sin la presencia de las bebidas alcohólicas; cualquier motivo es válido, ya sea una fiesta o un velorio, por estar felices o por estar tristes, por un éxito o un fracaso, por sentirse solo o por estar con amigos. La mayoría de las personas llegan a un consumo elevado de alcohol por las costumbres sociales y por la presión social que se ejerce para que este consumo se lleve a cabo **(Castañón G. R., 1983)**.

A diferencia de las otras drogas, el alcohol tiene respaldo social y como si fuera poco en la actualidad se constituye en uno de los pilares de la organización económica. Por ejemplo, los Estados recaudan impuestos por su producción y consumo y mientras más se produce, más se consume pues más dinero se recauda. En Bolivia las campañas contra el alcoholismo tienen efectos muy reducidos y de débil impacto comparado con la masiva publicidad a favor del consumo.

Varias investigaciones en Bolivia, indican que el grupo más alto de riesgo en el consumo del alcohol es la juventud (CESE, 1991).

Los datos estadísticos del alcoholismo en los departamentos de Bolivia, no se correlacionan con estudios nacionales donde el primer lugar es ocupado por el consumo de alcohol porque éste además de ser legal o socialmente aceptado, en la mayoría de los casos no es considerado un problema de adicción hasta que se presentan situaciones extremas **(Eguía Mario. 1994)**.

El consumo en Bolivia, en términos porcentuales, ha subido entre los años 1992 y 1998, en los tres indicadores que han utilizado los estudios epidemiológicos llevados a cabo por el CELIN. Este incremento es alrededor de 10 puntos respecto a la prevalencia de vida, otro tanto ocurre con la del último año. La prevalencia del último mes, es decir el consumo actual, se ha incrementado en alrededor de 4 puntos entre 1992 y 1998. **(María Isabel Laura Zubieta, 2000)**

Además la edad inicio en el consumo de alcohol en Bolivia según datos de CELIN está entre los 12 y 24 años de edad, curiosamente el porcentaje de los que se inician en el consumo de alcohol entre 35 a 50 años es igual al de 5 y 12 años, como lo demuestra el siguiente cuadro:

SUBSTANCIA	5-11 AÑOS	12-17 AÑOS	18-24 AÑOS	25-34 AÑOS	35-50 AÑOS	51 Y MAS AÑOS
ALCOHOL	0.9%	41.0%	49.3%	7.9%	0.9%	—

(Fuente CELIN, 1998)

La edad en que más se consume alcohol en cualquiera de sus formas está entre los 35 y 50 años de edad, siendo probable que una buena parte de este porcentaje terminen como dependientes al alcohol, un porcentaje fallece y los menos logran rehabilitarse, a continuación se presenta el siguiente cuadro:

PREVALENCIA DE SEMANA, MES, AÑO Y VIDA DEL CONSUMO DE ALCOHOL
POR EDAD DEL ENTREVISTADO. INFORMACIÓN 1998 PAIS: BOLIVIA

EDAD	PREV. SEMANA	PREV. MES	PREV. AÑO	PREV. VIDA
12-17	53%	14.9%	29.6%	33.3%
18-24	21.2%	46.1%	72.2%	82.0%
25-34	27.8%	55.8%	78.2%	91.6%
35-50	27.9%	56.4%	78.2%	92.2%
51 Y MAS	19.3%	40.8%	63.2%	91.0%

(Fuente CELIN, 1998)

Los intentos por sistematizar los datos e información que se tienen sobre el alcoholismo y violencia en Bolivia han sido insuficientes, aislados o en muchos casos no han tenido la continuidad necesaria debido a las limitaciones económicas como también a las actitudes sociales que van desde la aceptación o tolerancia hasta la estigmatización o censura.

1.2 Definiciones sobre alcoholismo.

El alcohol es una sustancia psicoactiva que actúa sobre el sistema nervioso central y que produce alteraciones de la conducta. La sustancia psicoactiva del alcohol utilizada en las bebidas corrientes, es el ETANOL. El etanol es un depresor del sistema nervioso; como tal disminuye el autocontrol, e impide el correcto funcionamiento de los llamados procesos superiores (razonamiento, juicio, análisis, etc.)

Según la psicopatología y medicina, el alcoholismo es el consumo abusivo de bebidas alcohólicas y de forma prolongada con el consiguiente desarrollo de tolerancia y dependencia física, psicológica y síndrome de abstinencia provocando daños a la salud y deterioro gradual. (Carlos M.G. Aragón; Marta Miguel; 1997)

Existen muchas definiciones acerca del alcoholismo, pero sin duda la definición más importante es la de la O.M.S. que indica que el alcoholismo es una enfermedad, crónica de desarrollo

insidioso y de evolución progresiva, caracterizada por la incapacidad de la persona para controlar su manera de beber, manifestada por el consumo excesivo de alcohol o etanol que resultan excesivas respecto a las normas dietéticas y sociales de la comunidad y que tarde o temprano repercutirán en mayor o menor grado sobre las funciones familiares, sociales, económicas, independientemente de un deterioro progresivo a todo nivel del sujeto bebedor en exceso.

Esta pérdida de control es consecuencia de una dependencia psíquica y física al alcohol que el individuo ha desarrollado por su consumo frecuente prolongado y excesivo y por una predisposición genéticamente determinada, para la adicción a sustancias psicoactivas. **(O.M.S. 1995)**

Es una enfermedad porque reúne los requisitos para tal fin, puede ser identificada, diferenciada, diagnosticada, pronosticada, tratada, rehabilitada y prevenida dentro de un modelo médico. El término enfermedad crónica se refiere a un estado patológico que la persona tendrá toda su vida.

Es muy difícil de precisar cuando el bebedor social se convierte en alcohólico lo cierto es que del uso habitual cae en el "abuso". Existen dos parámetros para determinar alcoholismo y son: la Tolerancia y el Síndrome de Abstinencia o supresión.

Jellinek, el médico que dio categoría nosográfica al alcoholismo, fue el autor de una definición abierta de dicha toxicomanía al señalar que el alcoholismo abarca todo uso de bebidas alcohólicas que cause daño de cualquier tipo al individuo a la sociedad o a ambos. **(Gomberoff P. y Olivos P., 1987)**

Para otros autores al concepto de alcoholismo está íntimamente relacionado con dos condiciones fundamentales: la primera es que el consumo de alcohol sea suficiente para producir daño biológico, psicológico o social, y la segunda es que el individuo hubiese perdido su libertad para decidir cuándo tomar o no. Similar concepto se encuentra en el glosario cubano **(GCI 1989)** que indica que el alcoholismo es una enfermedad padecida por aquellos en quienes la ingestión de alcohol es suficiente para dañar su salud con repercusiones físicas, psíquicas o sociales de tal

manera que la única manifestación ostensible sea la necesidad de ingerirlo para poder satisfacer las necesidades de la vida.

La desadaptación y el cambio de las costumbres sociales podría ser un factor desencadenante en las pautas del consumo excesivo del alcohol, según Adler la causa del consumo abusivo del alcohol se debe a poderosos sentimientos de inferioridad, relaciones con un perpetuo estado de inseguridad hacen que este sujeto adicto al alcohol esté siempre huyendo de las responsabilidades que toda persona tiene en la sociedad que se desenvuelve.

Según McLelland las frustraciones son la causa para desarrollar una dependencia alcohólica muy difícil de controlar.

Dollar y Miller afirman que el alcohol produce una reacción temporal del miedo y del conflicto cuando el sujeto bebedor consume con relativa frecuencia el alcohol, éste desarrolla una tolerancia tal a la bebida, y a la vez una dependencia física y psicológica de la misma, y cuando el sujeto deja de beber se produce el síndrome llamado de abstinencia.

Según la asociación de Alcohólicos Anónimos existen diversas conceptualizaciones: El alcoholismo es la dependencia extrema del alcohol que marca una conducta aberrada o inadecuada para el ambiente en que se desenvuelve la persona. Además se la conoce como una enfermedad a largo plazo, la cual comienza lentamente pero se desarrolla en forma progresiva. La misma ocurre a cualquier edad, algunos de los problemas que causa esta condición son: los cambios mentales y físicos. El problema se agudiza cuando la persona no se ha alimentado adecuadamente, el sujeto puede sufrir patologías diversas como ser cirrosis hepática, pancreatitis aguda, problemas cardiovasculares, trastornos neurológicos, como ser daño cerebral, esquizofrenia, trastornos depresivos y emocionales, trastornos sexuales, celopatías, paranoia.

Los manuales de criterio diagnóstico DSM III-R, DSM IV, distinguen entre "abuso y dependencia del alcohol". Por un lado existen individuos que consumen alcohol reiteradamente de forma excesiva, pero nunca llegan a mostrar síndrome de abstinencia (cuadro sintomático del bebedor

masivo o excesivo debido a los niveles de disminución del alcohol en la sangre). Por otro lado hay individuos que abusando del alcohol presentan síntomas de abstinencia cuando dejan de beber.

El abuso de esta sustancia psicoactiva puede definirse simplemente como el uso del alcohol a tal grado que interfiere con el funcionamiento de la salud, ocupacional o social. **(Howard H. Goldman, Psiquiatría General,1996)**

Entre los síntomas y síndromes más conocidos está la tolerancia, aunque por supuesto las características de la persona cuentan mucho. En los alcohólicos es muy clara, cada vez necesitan mayores cantidades de alcohol para lograr el estado de bienestar que buscan. Pero hay que tener en cuenta que en muchos de estos alcohólicos se observa una tolerancia negativa o intolerancia.

La dependencia es el conjunto de fenómenos del comportamiento, cognitivos y fisiológicos, que se desarrollan luego del uso repetido de la sustancia en cuestión entre los cuales se cuentan característicamente los siguientes: un poderoso deseo de tomar alcohol, un deterioro de la capacidad para controlar el consumo del mismo, la persistencia de la ingesta a pesar de las consecuencias dañinas, una asignación de mayor prioridad a la utilización del alcohol que otras actividades y obligaciones, un aumento de la tolerancia al alcohol y a veces un estado de abstinencia por dependencia física (síndrome de abstinencia) **(Howard H. Goldman, Psiquiatría General. 1996).**

Es decir, que la tolerancia del organismo hacia la bebida, se la ocasiona cuando el sujeto consume tanto alcohol que se hace dependiente de él. La tolerancia es el estado que se desarrolla en el organismo tras el consumo repetido de alcohol, en el que las mismas dosis causan cada vez menos efecto, lo que conduce a aumentar la dosis para lograr los efectos de embriaguez esperados.

Existen dos formas de dependencia, la dependencia física y la dependencia psicológica.

La dependencia física es la necesidad fisiológica de consumir compulsivamente el alcohol para evitar la aparición del síndrome de abstinencia **(CESE. Pier Carlo Perotto. 1991)**

El alcoholismo como enfermedad crónica, progresiva y a menudo mortal; es un trastorno primario y no un síntoma de otras enfermedades o problemas emocionales. La química del alcohol le permite afectar casi todo tipo de célula en el cuerpo, incluyendo las que se encuentran en el sistema nervioso central. En el cerebro, el alcohol interactúa con centros responsables del placer y otras sensaciones deseables; después de la exposición prolongada al alcohol, el cerebro se adapta a los cambios producidos por el alcohol y se vuelve dependiente a ellos. Para estas personas el beber se convierte en el medio principal a través del cual pueden interactuar con las demás personas, trabajo y vida. El alcohol domina su pensamiento emociones y acciones. La gravedad de esta enfermedad está afectada por factores de índole genética, psicológica, socio culturales y de dolor físico.**(Well Connected alcoholism.htm)**

En las personas que sufren de alcoholismo severo, los investigadores han identificado un gen que afecta la función de una estructura neurocelular conocida como receptor de dopamina *D2 (DRD2)*, el cual a su vez influye en la actividad de la dopamina. Este gen también se encuentra en las personas con déficit de atención, las cuales corren un riesgo mayor de alcoholismo, y está también presente en las personas con el Síndrome de Tourette y autismo. Un estudio mayor reciente no encontró ninguna conexión entre el gen DRD2 y el alcoholismo; se necesita llevar a cabo más investigaciones en esta área. **(Web Connected alcoholism.htm)**

Los últimos hallazgos científicos se están produciendo en los modernos laboratorios de investigación. Estos adelantos científicos nos amplían conceptos y a la vez nos permiten conocer más sobre esta compleja enfermedad y hallar las causas que influyen y modifican su aparición, habrá que tomar en cuenta estos últimos descubrimientos.

Siguiendo esta tendencia las clasificaciones en uso en psiquiatría (DSM-III-R; ICD-X) tienden a dejar de lado el énfasis en la definición "alcoholismo", para dar paso a categorías más explícitas, de "abuso y dependencia", dependiendo del patrón de consumo.

Se entiende por abuso al empleo de algo de una forma que se aparta de lo habitual o que difiere de la finalidad que originariamente fue concebida, desde un punto de vista cualitativo o cuantitativo. Abuso alcohólico supone que, cuando por efecto del alcohol, existen modificaciones pasajeras y claramente visibles de las funciones psíquicas y/o físicas en el consumidor, por ejemplo la embriaguez: asimismo, es el consumo de alcohol superior al normativo dentro de un ambiente sociocultural existente.

Se puede decir que en una situación determinada existe abuso de sustancias cuando:

- La función económica y social está comprometida
- El uso determina consecuencias médicas graves y potencialmente irreversibles.
- La magnitud del uso amenaza con desintegrar las instituciones sociales.
- La interrupción del uso provoca agudos síntomas físicos y psicológicos de abstinencia y es causa de otros trastornos de la salud.
- Los usuarios procuran la droga aun cuando conocen sus efectos perniciosos.

En otras palabras, el abuso de sustancias psicoactivas conlleva a la deficiencia funcional.

Cuando aparece el fenómeno del aumento de la tolerancia en un bebedor esto suele resultar muy engañoso, pues no se preocupa por este hecho, sino más bien, siente que "aprendió a beber, cada día aguanta más" y a diferencia de antes, ahora llega a consumir grandes cantidades de alcohol sin que se presenten síntomas tempranos de borrachera.

El aumento en la tolerancia se define como una adaptación biológica del organismo al alcohol, por lo cual el bebedor necesita mayor cantidad para obtener los mismos efectos que antes lograba con menos cantidad, en consecuencia se aumenta cada vez más las dosis para lograr el mismo efecto.

Se entiende por dependencia, a un estado de malestar e incluso molestias que aparecen en el individuo al suprimirle una droga o sustancia de acción similar que ha consumido durante largo

tiempo, es decir, la dependencia alcohólica está dada por la incapacidad del sujeto de controlar su consumo de alcohol y de renunciar a él, ni siquiera por períodos cortos de tiempo.

La dependencia revela la necesidad del sujeto de consumir alcohol, circunstancia que le permitirá continuar en el círculo experiencial establecido y caracterizado por el creciente consumo de alcohol, alejamiento de la sociedad y decaimiento de los valores personales de autoestima.

El brote de la dependencia, en muchos casos se ve reforzado y mantenido por el ambiente social del sujeto, en este nivel el bebedor tiene un círculo de co-bebedores, con quienes se refuerzan recíprocamente, de igual manera las familias también facilitan el beber en casa, a fin de evitar dificultades o escándalos públicos, esto muchas veces no siempre se hace voluntariamente, en ciertos casos, el alcohólico, presiona a la familia en algún modo.

Se debe distinguir dos tipos de dependencia: dependencia física o somática y dependencia psicológica: la dependencia física se caracteriza por una serie de fenómenos corporales y físicos que sobrevienen cuando se suprime el consumo de una droga (Síndrome de abstinencia alcohólica). El organismo se ha adaptado en tal grado a la sustancia que, la carencia de la administración provoca reacciones de malestar como: temblores, vómitos, sudores, perturbaciones de sueño, miedo, desequilibrio motor, etc.

En casos muy graves, que derivan de un proceso de consumo prolongado y extremo, el síndrome de abstinencia toma otra fisonomía: accesos de epilepsia, alucinaciones, pérdida del sentido de orientación, etc., y podría extenderse a tal punto de dar lugar al episodio psicótico conocido con el nombre de delirium tremens.

El síndrome de abstinencia puede controlarse suministrando la droga en cuestión, o una con similares efectos. Esto hace que se establezca un círculo vicioso que incremente y mantenga la gravedad de la dependencia, porque el individuo para evitar o eliminar tales estados de convulsión recurre repetidamente al alcohol, en cantidades que lo lleven a una tranquilidad relativa. Con frecuencia se interrumpe el sueño para beber alcohol, y en casos de mayor ansiedad

combinan el alcohol con tranquilizantes, ansiolíticos, etc., empeorando con mayor gravedad, el círculo decadente y destructivo.

La dependencia física esta íntimamente ligada al aumento a la tolerancia de alcohol que se va conformando en el bebedor consuetudinario y está dada por la necesidad de acrecentar la cantidad de droga que permita alcanzar determinados efectos.

La dependencia psicológica es sinónimo de la **compulsión** es decir una demanda irresistible de consumo continuado periódico o permanente de droga, con la que se busca aliviar una molestia o provocar euforia, no obstante, no se puede definir el preciso momento en que un sujeto materializa su dependencia psicológica, pero se puede afirmar que el espectro está dado por la primera coyuntura en la cual el individuo recurre y prefiere el alcohol porque reconoce la cualidad del alcohol de poder cambiar su línea de percepción cognoscitiva y consciente y quiere sustituirla por otra menos consiente y muy irracional, es decir, el dependiente psicológico sabe que el alcohol es el medio más eficaz y adecuado de ayuda para poder afrontar o apartarse de la realidad.

Si bien la fuga es un factor sobresaliente en el cuadro dependiente, cada bebedor tiene un estilo propio de relacionarse con el alcohol: muchos manifestarán que beben para relajarse, 'por distracción, por olvidar, etc. El dependiente al inicio del consumo, muy difícilmente querrá autocriticarse o aceptar su conducta de bebedor, entre otras razones esto se debe a que se requiere de mucho tiempo para llegar a constatar su dependencia.

La tendencia a una **dependencia psicológica** se hace más intensa, cuando la persona concibe el empleo del alcohol como el único estímulo o que junto a otros es el más importante, que realmente le refuerza o gratifica, constituyéndose de esta manera su única preocupación, de tal forma que el "etanol" llega a ser su estímulo que impulsa su quehacer cotidiano. Edwards (1976) ha llamado a esto "el estrechamiento del repertorio de conductas" que tiene el bebedor.

El síndrome de abstinencia es el conjunto de síntomas físicos que se presentan cuando se suspende el consumo del alcohol. Estos síntomas pueden ser sudoración, escalofríos, náuseas, vómito, vértigo, temblores, etc. El síndrome de abstinencia es muy doloroso para el adicto al alcohol.

En la dependencia física, el organismo se ha adaptado en tal grado a la sustancia que, la supresión súbita del alcohol provoca reacciones de malestar como: temblores, vómitos, sudores, perturbaciones del sueño, miedo, desequilibrio motor, etc.,(síntomas de abstinencia) en algunos casos accesos de epilepsia, alucinaciones, pérdida del sentido de orientación, etc. **(Castañón, 1983)**

La dependencia psicológica es la necesidad de consumir alcohol con el fin de alcanzar y/o mantener un estado anímico placentero o un nivel de funcionamiento óptimo. Hay relación entre el alcohol y el funcionamiento del individuo (CESE. Pier Carlo Perotto. 1991)

La dependencia psíquica tiene como fenómenos principales la imperiosa necesidad de beber y la pérdida de control sobre sus acciones. El sujeto que consume bebidas alcohólicas considera positivas y/o gratificantes las consecuencias del beber, por lo que tiende a repetir dicha conducta cada vez con mayor frecuencia, tanto que pese a los efectos nocivos continúa bebiendo porque las consecuencias negativas sobre su organismo y su vida personal son ponderadas en periodos distantes al consumo mismo y son minimizadas por los refuerzos positivos registrados a corto plazo tras el consumo.

Un reciente artículo publicado en "The Journal of Neurociencie" indica que: la dependencia física al alcohol tiene una base genética. Karl Buck coordinador del estudio, ha comentado que si se prueba que los humanos tienen genes similares, se podrá conocer un nuevo camino para desarrollar fármacos frente al alcoholismo. Asimismo, el conocimiento de esos genes puede ofrecer a los médicos pistas para detectar la susceptibilidad al alcoholismo.

Los autores del trabajo han identificado marcadores de los genes relacionados con el alcoholismo en tres cromosomas diferentes.

Los ratones que heredan un alelo de dichos genes presentan un mayor riesgo de sufrir síndrome de abstinencia, los ratones con diferentes alelos de los genes están protegidos de dichos síntomas.

Este no es el primer estudio que demuestra predisposición genética al alcoholismo, ya que el equipo de John Crabbe, de la Universidad de Princeton, encontró en ratones un marcador genético de un gen que empuja a los animales a beber alcohol.

No obstante, el estudio de Oregon es el primero que demuestra una base genética para la dependencia física al alcohol, más que una tendencia a beber alcohol.(www.diariomédico.com)

1.2.1 Nivel o grado de consumo de alcohol.

Marconi se basa en la cantidad de alcohol ingerido y en la modalidad evolutiva de sus categorías que son la abstinencia de alcohol, consumo moderado de alcohol, consumo excesivo de alcohol y consumo patológico de alcohol.

Existen varias clasificaciones de tipos de consumidores: según la Organización Mundial de Salud O.M.S., clasifica en tres tipos al consumidor de alcohol: Bebedor moderado, bebedor excesivo y bebedor alcohólico.

Según CESE, se distinguen tres tipos de consumidores: Recreacional o experimental, habitual o abuso y el adicto.

Otras formas de consumo son: el consumo experimental, el consumo recreativo, el consumo circunstancial, el consumo intensivo y el consumo compulsivo.

Para la presente investigación, se utilizó la siguiente clasificación: abstemio, social o moderado, dependiente y alcohólico.

A partir de esta clasificación intentaremos describir brevemente las características particulares de cada bebedor.

El bebedor abstemio es aquella persona que no consume alcohol bajo ningún motivo. De acuerdo a un estudio realizado en Bolivia de los hábitos relacionados al consumo de alcohol el 11% es abstinentes o abstemio. (Periódico La Razón, 7 de enero de 1996)

El bebedor moderado o social es aquel que acostumbra ingerir alcohol regular o irregularmente, pero que nunca o excepcionalmente llega a presentar síntomas de embriaguez o a perder la conciencia, no llega a presentar dependencia física ni psicológica al alcohol, bebe por motivos sociales. En su consumo experimenta cierto "alivio" que atribuye a fenómenos circunstanciales.

El bebedor dependiente consume frecuentemente bebidas alcohólicas en cantidades exageradas hasta quedar embriagado. Puede presentar pérdida de control en su comportamiento y paulatinamente también presenta signos de dependencia psicológica y física al alcohol. Bebe más de lo aceptado por el grupo social al que pertenece, puede presentar algunos problemas económicos, familiares, laborales, de salud y policiales (por riñas, peleas, agresiones a su pareja, deudas etc.) Bebe en exceso, es decir todo lo que tolera su cuerpo, hace alarde del alcohol que puede consumir. En los modismos nacionales se les dice "taco". Se siente inmune al alcoholismo. Niega todos los extremos. Busca los momentos o circunstancias. Todos los acontecimientos son buenos pretextos para beber. Aumenta la tolerancia. Se encarna del "viernes de soltero". No falla un viernes para consumir bebidas alcohólicas, para esto motiva a que lo acompañen a beber, es el que realiza toda una ceremonia de convocatoria ya sea a sus amigos o no. Con el tiempo tiende a tener ya un grupo de "farra". Siempre cura el "chaqui", bebe al día siguiente, con el pretexto de que eso lo pondrá bien, en la mayoría de los casos acaba embriagado. Busca otro tipo de acontecimientos donde haya bebida, crea una actitud positiva del consumo.

En esta etapa niega con firmeza su problema, tiende a realizar correlaciones sin sentido, justifica su conducta. El rol de la familia en este caso es importante, en algunos casos los familiares

ocultan y tienden a volverse codependientes de este sujeto que está en la fase pre-alcohólica. Presenta sentido de culpabilidad después de sus borracheras y tiende a prometer que "no beberá nunca más". Puede sufrir accidentes, tiende a tener contactos con personas extrañas, puede contraer algunas enfermedades como el SIDA, enfermedades de transmisión sexual y otras. Suelen aparecer las celotipias que son celos irracionales hacia su pareja motivo por el cual agrede a su pareja e hijos, todo le parece mal, se vuelve intolerante y perfeccionista como justificación a su forma de beber.

En muchos casos este consumo abusivo hace que por motivos circunstanciales tome contacto con otras drogas, convirtiéndose el alcohol en la puerta de entrada al consumo de drogas psicoactivas ilegales.

Según un estudio realizado por la Subsecretaría de Prevención y Rehabilitación Social "el 62% de la población bebe hasta emborracharse".

El bebedor alcohólico se caracteriza por el consumo compulsivo y dependencia física y psicológica manifestada por su incapacidad de detenerse en la ingestión del alcohol, donde estos síntomas se agudizan y aparece el síndrome de abstinencia con todas sus consecuencias. Hay un deterioro gradual de todas sus funciones. Los familiares lo marginan porque él se va marginando paulatinamente, y es así como se integra a los grupos denominados peyorativamente "artilleros" donde va encontrar irremisiblemente la cárcel y/o manicomio y finalmente la muerte. (Pérez Rodríguez, Hugo y Pabón Montiel Juan. 1997)

1.2.1.1 Complicaciones del alcoholismo.

El consumo continuado de alcohol produce respuestas en el organismo y comportamiento del ser humano en diversos modos, siendo el alcohol esencialmente una droga depresora e inhibidora, ejerce mayor efecto sobre el sistema nervioso central, esta influencia varía en relación a la cantidad de alcohol presente en el cuerpo humano, grado de retención de proteínas en el

estómago, tolerancia individual, velocidad de absorción, estructura física, hábito de consumo, estado psicológico y mental.

1.2.1.1.1 La embriaguez patológica.

Trastorno caracterizado por inquietud o agitación psicomotora, agresividad, estado confusional o alucinatorio posterior al consumo excesivo de alcohol en personas con caracteropatías de marcada agresividad y destructividad que con frecuencia se asocian a factores psicosociales como ser discusiones o frustraciones.

1.2.1.1.2 Alucinosis alcohólica.

Se trata de una psicosis alcohólica, consiste en un estado prolongado de alucinaciones auditivas que ocurren cuando la conciencia del sujeto se encuentra relativamente lúcida, estas alucinaciones son voces de varias personas, el contenido consiste con frecuencia en referirse al sujeto alcohólico en tercera persona, las voces hacen comentarios sobre su comportamiento anterior y su carácter en tono amenazador, insultante o peyorativo; sin embargo, no se presentan otros signos como los trastornos del razonamiento o la incongruencia afectiva que pudieran confundirse con síntomas de esquizofrenia.

El sujeto retiene contacto considerable con la realidad por lo que respecta a la localización atribuida a las voces alucinadas, y como no puede ver a la persona o personas que podrían emitir los sonidos, cree que las voces provienen de sitios donde los movimientos de los labios no pueden ser vistos por él. La psicosis puede iniciarse de forma aguda o paulatina, sin tratamiento se prolonga mucho más que un delirio, y puede durar semanas a meses.

1.2.1.1.3 Estado paranoide alcohólico.

Esta fase del alcoholismo afecta enormemente la vida conyugal, las relaciones maritales, porque en esta etapa pueden surgir los celos patológicos derivados de sentimientos de culpa o delirios de persecución.

1.2.1.1.4 Delirium tremens.

Es uno de los síndromes asociados al consumo continuado de alcohol: abstinencia brusca, disminución radical de la dosis y/o debido a estados de gran fatiga física y tensión psicológica: obteniendo como resultado el delirio. La sintomatología se conforma en tres grupos progresivos, con el siguiente perfil: fase desencadenante, fase de pre-delirio y fase delirante.

1ra. Fase desencadenante: Intranquilidad interior

Temor generalizado

Disforia

Malestar, náuseas

Perturbaciones del sueño

Aceleración e irregularidad del pulso

Desorganización vegetativa (transpiración)

Temblor

2da. Fase pre-delirio: Vómito

Diarrea

Insomnio

Elevada temperatura

Temblor de dedos y manos

3ra. Fase delirante: **Agitación**

Desorganización motora

Miedo (terror)

Deshidratación

Acentuación del delirio durante el insomnio

Taquicardia

Fiebre

Descontrol táctil

Alucinaciones óptico-auditivas

Estado conductual alucinatorio

Sugestionabilidad

Desorientación — síndrome amnésico
Pérdida de conciencia

La duración de estos síntomas oscila entre 2 y 12 días, el temblor empieza por lo general a las 24 horas de haber cesado el consumo de alcohol, momento en el cual también las alucinaciones asumen su más alta expresión.

El Delirium Tremens es la forma extrema del síndrome de abstinencia alcohólica con manifestaciones psicóticas y compromiso grave del estado general del paciente.

Este cuadro cuya instalación puede relacionarse tanto con la ingestión masiva de alcohol como con la abstinencia súbita, presenta manifestaciones psicopatológicas graves. Existen alucinaciones visuales y táctiles con temática de animales, temblores, falsa orientación fluctuante, agitación defensiva. En esta fase hay riesgo de muerte súbita por taquicardia e hipertermia.

1.2.1.1.5 Temblor alcohólico.

Las manifestaciones de temblor son muy frecuentes en los alcohólicos, debido a fallas en el putamen y el cerebelo: sobrevienen durante y/o después de la abstinencia alcohólica, aunque también están presentes cuando existe abuso persistente y continuado de alcohol.

Al principio son reversibles, y desaparecen con el renovado consumo de alcohol; más tarde son continuos e irreversibles. Empieza con un temblor ligero, que se torna amplio, es decir, aproximadamente 8 a 9 sacudidas por segundo. El temblor alcohólico es más rápido que el temblor parkinsoniano: se inicia en las manos se propaga a la lengua, los labios, los párpados, la cabeza y los pies, aumenta con las tensiones emocionales, es independiente a enfermedades neurológicas.

1.2.1.1.6 Síndromes de Wernicke y Korsakoff.

Los síndromes de Wernicke y Korsakov se describen como enfermedades agudas, típica consecuencia de extremos casos de alcoholismo, debido a una deficiencia de la vitamina B 1, sobre todo de tiamina, causada a su vez por insuficiencia nutritiva: se caracteriza por confusión mental, parálisis del movimiento acular, ataxia locomotriz y la pérdida de memoria.

A nivel del cerebro se revelan afecciones graves en el tálamo, hipotálamo, cerebro medio, en la base del tercero y cuarto ventrículo, además del lóbulo anterior del cerebelo, las modificaciones patológicas son las mismas en los estadios agudos de la enfermedad de Wernicke que en la fase crónica de la **psicosis de Korsakov**: "La encefalitis hemorrágica superior fue publicada por Wernicke, casi al mismo tiempo, como el síndrome amnésico de Korsakov, en el intervalo de 1880 a 1890. Según recientes estudios, la enfermedad de Wernicke y la psicosis de Korsakov no representan entidades diferentes, sino sólo diversos estadios de la misma enfermedad a la que corresponde aún la atrofia cerebelosa."

En el **síndrome de Wernicke** son muy frecuentes las alteraciones psíquicas, comienzan por pequeños síntomas delirantes (confusión mental), a los que siguen la apatía y falta de participación.

Para prevenirlo en el alcohólico que entra en un síndrome de abstinencia el tratamiento se realiza a base de Tiamina, una vitamina del complejo B que tiene función anti neurítica. Los estados de confusión mental son de tres tipos: estado confusional, Korsakov (estado amnésico) y un grupo de signos como: apatía, sordera, incapacidad de concentración y atención.

La psicosis de Korsakov, se caracteriza por las siguientes alteraciones, independientes entre sí:

- Pérdida de la memoria anterógrada, vinculada a la incapacidad de aprender nuevos contenidos.
- Déficit de percepción y de comprensión.
- Déficit de la capacidad de concentración, de la organización espacial y de la abstracción visual y verbal.

1.2.1.1.7 Celotipia alcohólica.

Las ideas celotípicas de los alcohólicos se explican desde una perspectiva psicodinámica: los alcohólicos tienen sentimientos respecto a su pareja basados en su propia conducta, sobre todo debido a su fracaso sexual, que se van exteriorizando por ideas de celos.

Se diferencian tres tipos de celotipia:

- Las ideas celotípicas muy frecuentes no tienen rasgos de carácter delirante.
- El delirio celotípico crónico del alcohólico, que se instaura incluso sin psicosis, y que además persiste durante la abstinencia. Se caracteriza por ideas celotípicas grotescas, que persisten inclusive en casos en los que, dada la situación, resulta muy improbable o casi imposible actividades sexuales o eróticas de pareja: esto lleva a conductas absurdas, como el revisar la ropa buscando indicios de actividad sexual, vigilancias, sospechas, etc.

Este delirio crónico de celos ha sido descrito solamente en el varón alcohólico, debido a que el abuso crónico del alcohol determina desde el punto de vista funcional alteraciones genitales traducidas en impotencia, que se debe a su vez a un trastorno neurológico: un alcohólico con impotencia puede sospechar que su cónyuge está buscando relaciones sexuales con otro.

1.2.1.1.8 Deterioro y demencia alcohólica.

Son dos cuadros con diferentes etapas evolutivas de un mismo proceso caracterizado por lesiones estructurales encefálicas, que en su inicio se expresan sobretodo por una relajación de los valores éticos y morales, así como por una disminución del espíritu de superación con tendencias disociales importantes y en su última etapa aparecen las manifestaciones demenciales con la desorganización de las capacidades de juicio, los hábitos y la personalidad en general. Su curso es irreversible. (Marconi, 1994)

1.2.2 Factores y causas determinantes del alcoholismo.

Existen muchos factores y causas determinantes para el alcoholismo, sin embargo, para la presente investigación se ha visto por conveniente tomar en cuenta los factores: bio-généticos psicológicos, y socio culturales.

El tan sólo tomar de manera regular y consistente durante un transcurso de tiempo puede ocasionar una sensación de dependencia y síntomas de supresión durante los periodos de abstinencia, esta dependencia física, sin embargo no es la única causa del alcoholismo. Para que una persona se vuelva alcohólica, por lo general se deberán tener en cuenta otros factores: biológicos, genéticos, culturales y psicológicos.

1.2.2.1 Factores bio - genéticos.

El alcoholismo así como la dependencia a sustancias psicoactivas actualmente son temas de intensa investigación en las áreas de la genética, neurobiología, bioquímica, psicofarmacología, produciendo hallazgos que aclaran interrogantes y que se incorporan en la teoría y práctica de la atención integral del problema.

Actualmente, el desarrollo más excitante y promisorio en la batalla contra el alcoholismo se está produciendo en los modernos laboratorios de investigación en donde los científicos y médicos investigadores tantean en la neuroquímica y en las moléculas del código genético en su intento de hallar las causas y modifican su aparición. Los más recientes hallazgos y las áreas de estudio que se siguen actualmente nos indican acerca de los marcadores biológicos, psicofisiológicos, electroencefalográficos, exámenes de laboratorio clínico (enzimas hepáticas, a gamma gutamil transferasa, transminasas, parámetros sanguíneos, neurotransmisores), y los marcadores genéticos que hasta la fecha, a pesar de existir evidencias de la influencia genética del alcoholismo mediante estudios con mellizos, de adopción y seguimiento de familias, el modo de trasmisión genética no ha sido demostrado. **(Psicoactiva. Dr. R. López Hartmann. 1994)**

1.2.2.2 Factores socio - culturales.

El cambio de las costumbres sociales parece ser un factor significativo en la determinación de las pautas de consumo de alcohol. El alcoholismo es reducido en aquellos grupos en que las costumbres de beber, los valores y las sanciones son bien conocidas, todos están de acuerdo con éstas y son congruentes con el resto de la cultura. **(Sarason, 1985)**

En cambio, en los lugares donde las bebidas alcohólicas se integran a los procesos de socialización y están relacionadas con los valores morales y las actividades grupales, existe mayor riesgo de alcoholismo.

Según Bales, existen otras formas en las que la sociedad influye en la incidencia del alcoholismo, menciona por ejemplo el grado de cultura del individuo, la necesidad interna de adaptación en relación a la cultura, las actitudes de la comunidad respecto al alcohol y las posibilidades que ésta provee para la satisfacción de sus necesidades, entre otras. Asimismo, afirma que el alcoholismo es una condición multifacética y multicausal por lo cual considera que cada modelo aporta posibilidades y planteamientos hipotéticos que deben integrarse para su tratamiento. **(Velasco, 1988)**

Los factores socio culturales vinculados a nivel socio económico bajo debido a la globalización en cuanto a la economía son también determinantes en el desencadenamiento de esta enfermedad como una respuesta a la frustración en la consecución de un mejor nivel de vida. Otros factores que van a influir en el consumo son el sexo, edad, etnicidad y la familia como un sistema desadaptativo.

1.2.2.3 Factores psicológicos.

Según Adler la causa de la adicción se debe a sentimientos de inferioridad relacionados a un constante estado de inseguridad, deseo de huir de las responsabilidades, una acentuada timidez, preferencia por la soledad, impaciencia, irritabilidad, ansiedad, depresión, hipersensibilidad y trastornos de la sexualidad.

Algunas investigaciones señalan que el individuo alcohólico responde a características de personas neuróticas, incapaces de relacionarse con los demás, sexual y emocionalmente inmaduras, con tendencia al aislamiento, dependientes, sin capacidad de manejar las frustraciones, con sentimientos de perversidad y de indignidad. Se mencionó además que suele tratarse de sujetos que durante su infancia sufrieron privación emocional.

De estos aportes podemos rescatar que los sujetos bebedores poseen vulnerabilidad psicológica para el manejo de las emociones y son influenciados por el ambiente socio-cultural existiendo además una predisposición genética hacia el alcoholismo, las conducta aprendidas van a ser también causas para el abuso y dependencia alcohólica.

1.3 Consecuencias más importantes del alcoholismo.

Las consecuencias del abuso en el consumo de alcohol se presentan de manera inmediata y van empeorando con el paso del tiempo, es así que se van a clasificar en tres grandes grupos: consecuencias fisiológicas, consecuencias psicológicas y consecuencias sociales.

1.3.1 Consecuencias fisiológicas.

Recientes investigaciones han demostrado que el alcohol ejerce una acción hepatotóxica directa siendo la causa principal de la cirrosis. Además de los resultados propios de las hapatopatías alcohólicas se encuentra una elevación adicional de los fermentos pancreáticos.

El alcohol es la causa directa de la aparición de úlceras estomacales, afecciones a los riñones y otros órganos. La deficiencia nutricional puede causar daños irreversibles en los tejidos cerebrales, que originarían las enfermedades mentales. Las consecuencias fisiológicas más comunes son:

- Daño cerebral
- Hepatitis
- Hipertensión
- Gastritis
- Aumento de riesgo de cáncer(boca, faringe, laringe, hígado, páncreas.)
- Neuropatía periférica
- Convulsiones
- Cardiopatías
- Disfunción sexual
- Cirrosis
- Síndrome de Wernicke-Korsakov

- Deficiencias nutricionales, en especial de vitaminas (tiamina folato)
- Hígado graso
- Demencia
- Delirium Tremens etc. (H. Goldman. 1996)

Síntomas somáticos menores: temblor moderado, náuseas matutinas, anorexia, insomnio, diarrea banal, convulsiones alcohólicas genuinas, síndromes gástricos y ulcerosos gastro duodenales de origen alcohólico, trastornos sexuales, impotencia, esterilidad, senilidad precoz alcohólica. (Wilhelm Feuerlein, 1982)

1.3.2 Consecuencias psicológicas.

Los efectos psicológicos hacen que el sujeto alcohólico cometa actos de agresión, dado que sus temores y las ansiedades se reducen. Tienden a percibir sentimientos y sucesos con mayor sensibilidad y a mal interpretar las intenciones de los demás.

A continuación mencionaremos las más importantes secuelas: crisis de ira, ansiedad, obsesión, compulsión, negación, agresividad, dependencia, depresión, remordimientos, soledad, paranoia, alucinosis, ideaciones suicidas, alteración de las funciones cognoscitivas, juicio distorsionado, deterioro de la percepción del tiempo y espacio, apatía, baja motivación, alteraciones emocionales, labilidad afectiva, psicosis. (W. Feuerlein, 1982)

1.3.3 Consecuencias sociales.

En este contexto, el alcoholismo ocasiona en el sujeto una pérdida gradual de sus capacidades de cumplir sus funciones y deberes como un ser maduro y responsable, al no controlar la ejecución de su conducta, puede tornarse peligroso. Su conducta puede llegar a ocasionar la disgregación familiar, presenta desajustes de índole personal que se ven reflejados en su desempeño laboral, conductas antisociales, pérdida de nivel social, degradación completa, complicaciones de las relaciones interpersonales en general, accidentes de tránsito, del trabajo y en el hogar.

Entre las repercusiones sociales del alcoholismo, la afectación familiar ocupa el primer plano. Las consecuencias familiares dependen de la fase en que se halle el alcoholismo. Por ejemplo en la fase prodrómica aparecen los problemas, la familia intenta ocultar el problema. En la fase crítica se cambian los roles de autoridad porque el ya no puede cumplir sus responsabilidades comienza la desestructuración y desintegración familiar. En la fase crónica se dan las separaciones, el índice de separaciones es mayor en parejas de alcohólicos que en las parejas de no alcohólicos.(W. Feuerlein 1982)

Entre otras secuelas están los accidentes los problemas económicos los problemas legales y el marginamiento social.

1.4 Diferentes enfoques del alcoholismo.

1.4.1 Enfoque psicológico.

Las teorías psicodinámicas presuponen en las poblaciones alcohólicas ciertos rasgos en la estructura de la personalidad y el comportamiento, a los que otorgan un valor causal en el desarrollo de la conducta desadaptada.

Según este enfoque la ingestión excesiva de alcohol puede deberse a tres situaciones :

- Un intento de identificación con el padre alcohólico u otra figura importante de su infancia.
- Está relacionado con el proceso de identificación donde el bebedor busca su autodestrucción o intentaría castigar al modelo familiar que bebe, en su propia persona.
- La ingesta excesiva de alcohol permite evadir responsabilidades de la vida adulta, al mismo tiempo que el alcohol tiene el valor simbólico de alimento materno o succión, (para Freud sería la fijación en la fase oral).

El enfoque conductual se basa en que el alcoholismo es consecuencia de conductas aprendidas, o sea que la persona alcohólica aprende a beber según el entorno en que se desenvuelve, la intoxicación forma parte de su repertorio conductual. El consumo abusivo de alcohol se hace una forma de vida que ocasiona desviaciones conductuales e inadecuadas que causan dolor y

sufrimiento a él y toda su familia. Cuando el ciclo continúa su conducta de beber se refuerza con los cambios psicológicos que induce el alcohol.

Según Dollard y Miller, de la corriente neo-psicoanalítica, el sujeto para aprender a beber debe tener: **un impulso** primario o aprendido, **un estímulo** que llega a ser una señal de refuerzo, **una respuesta** como acción a un evento psicológico interno, **un refuerzo** positivo o negativo para que el sujeto sea inducido o evite beber.

Mediante estas experiencias el sujeto aprende que él puede evitar estímulos considerados aversivos consumiendo alcohol. Cada vez que el individuo ingiere alcohol se siente aliviado o experimenta placer, la respuesta de beber es reforzada y la tendencia a repetir el acto se ve más fortificada. (Lovaas, 1982)

1.4.2 Enfoque genético.

Según muchos autores algunos sujetos heredarían una inclinación a desarrollar el alcoholismo como una enfermedad. Por supuesto, las familias alcohólicas ofrecen un entorno de consumo de alcohol habitual, aparte de la herencia genética. Sin embargo estudios sobre gemelos e hijos adoptados, confirman que hay un claro componente hereditario en la compleja enfermedad del alcoholismo.

Los investigadores están empezando a recurrir al arsenal de la genética para estudiar la adicción. Muchos psicólogos están convencidos de que existe una personalidad adictiva, existen individuos cuya química cerebral les impulsa a consumir en exceso sustancias psicoactivas. Estas personas parecen estar predispuestas desde el nacimiento por el metabolismo cerebral diferente.

Los resultados obtenidos hasta ahora sugieren que la carga genética alcanza su expresión máxima en sujetos cuyo alcoholismo está acompañado por otros desordenes psiquiátricos, como la depresión grave pero sin perder de vista las otras formas de adquirir la adicción. (DM-FINANCIAL TIMES www.diariomédico.com.)

1.4.3 Enfoque socio cultural.

Según los componentes de la vida del individuo en su estructura social se observan, entre otros, los modelos comportamentales y prácticas culturales que su ambiente le ofrece y que va asimilando en el transcurso de su evolución.

La actitud general hacia el consumo del alcohol y la embriaguez, es predominantemente positiva, es decir que es una costumbre socialmente aceptada e inevitable de la vida común y corriente. Las actitudes no son uniformes como tampoco es uniforme la composición y estructura social de Bolivia. Pueden distinguirse distintos grupos sociales que difieren en sus actitudes frente al alcohol y en sus modalidades de ingestión de bebidas alcohólicas.

En nuestra sociedad y en muchas otras partes del mundo, las personas beben para responder a normas y exigencias sociales, por cambios de estructura socioeconómica, valores y formas de vida colectiva, otros por condicionantes publicitarios que invitan al consumo.

En las últimas décadas se ha producido la migración masiva y definitiva de los campesinos a centros urbanos y mineros donde se cortan los lazos familiares y comunitarios. Se presenta entonces una modalidad de consumo anómico y enajenada; el individuo aislado de todo contexto y expuesto a una oferta constante de bebidas alcohólicas, bebe para aliviar su desarraigo, inseguridad e inferioridad frente a las nuevas condiciones de trabajo y subsistencia, es muy frecuente que de un alcoholismo tipo beta (Jellineck 1940) o sea del consumo diario y abusivo con amigos o conocidos, pase al tipo delta de bebedor inveterado, solitario y con complicaciones físicas y psiquiátricas agravadas por la situación económica, una situación familiar incontrolable, exigencias sociales, etc. que lo sumirán en una enfermedad muy difícil de salir.

La clase media tradicional está constituida por personas y familias que viven durante varias generaciones en centros urbanos. Entre ellos existen actitudes claras respecto al consumo de alcohol, las mujeres pueden beber en reuniones sociales y otras situaciones con mesura y decoro de lo contrario la crítica social es intensa; en cambio en los varones está crítica social es más permisiva, por ejemplo, pero sin generalizar, sucede que el hombre beba los viernes hasta quedar

ebrio, también es usual que beban entre amigos durante la mañana abandonando el trabajo por un breve tiempo. Esta modalidad de beber es parte del complejo de "machismo" muy arraigado en nuestras costumbres, el que no bebe los "viernes de soltero" se vuelve objeto de bromas que ponen de manifiesto su falta de hombría y sumisión frente a su esposa.

Aunque esta modalidad de beber es crónica transcurre sin mayores problemas, pero también es frecuente ver que muchos de estos sujetos pasen del "viernes de soltero" a formas más graves de dependencia al alcohol.

En las clases altas urbanas el consumo de alcohol se constituye en una forma casi obligatoria de mantener las relaciones sociales, el alcohol es el lubricante de la comunicación, pero muy frecuentemente de bebedor social pasa a dependencias graves. Pero a su vez estos grupos sociales son los más conscientes de la necesidad de buscar tratamientos cuando aparecen problemas.

En los núcleos humanos existen diversas normas de vida sugeridas por los diferentes estratos culturales vigentes, muchas investigaciones concluyen que el consumo de alcohol está relacionado al status social, sexo, edad, raza, residencia, etc.

El factor aprendido se refiere a la influencia socio cultural que recibe el bebedor genéticamente predispuesto hacia el alcoholismo y con una labilidad psicológica que les dificulta el manejo de sus emociones, son presa fácil de una sociedad "alcohólica" que lo obligan a un consumo frecuente y excesivo originándole cambios neuroquímicos en las vías metabólicas hepato-neurales dando lugar a las transformaciones biopatológicas que determinan la dependencia física, es por eso que el alcoholismo es una enfermedad compleja, multifactorial bio-psico-social y que presenta diferentes fases en su evolución (pre-alcohólica, inicial, crítica y terminal) y para su comprensión requiere un abordaje interdisciplinario. (www.diariomédico.com)

2. LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER.

2.1 Antecedentes de la Violencia Doméstica.

La violencia es un fenómeno histórico que se relaciona con condiciones sociales particulares. Explicar su etiología sólo por características individuales de origen biológico o psicológico, reduce su esencia y desdibuja los efectos del proceso interactivo entre individuos y entre éstos y sus ambientes sociales concretos. La razón de la violencia hay que encontrarla en el cruce de factores negativos del individuo y de la sociedad.

Las condiciones de hacinamiento, desnutrición, desempleo y deterioro de la familia que imponen la desigualdad y la pobreza, propician en gran medida el desarrollo de patrones de conducta agresivos para la resolución de conflictos familiares y comunitarios.

Las frustraciones derivadas de la lucha por la supervivencia en situaciones de iniquidad y marginalidad constituyen factores facilitadores de comportamientos agresivos. Por otra parte, el mantenimiento de estas condiciones de asimetría genérica implica el ejercicio de la violencia.

Frente al debilitamiento de los aparatos de justicia y control legal y ante la persistencia de condicionantes sociales, pueden generarse o reforzarse culturas de violencia que legitiman la fuerza como medio para resolver frustraciones, desavenencias y conflictos.

Asimismo, la violencia se expresa tanto en escenarios de la vida privada como pública, en las relaciones entre ciudadanos y entre éstos y sus Estados. Amenaza así tanto la construcción como la consolidación de regímenes democráticos y de procesos sociales de democratización de las respectivas sociedades. En muchas regiones y ciudades del hemisferio se viven o han vivido conflictos armados durante los cuales la violencia ha sido asumida como un modo de actuar cotidiano y de supervivencia. Esto ha desensibilizado el valor de la vida y el respeto mutuo, tanto en las autoridades como en la población civil, inclusive entre los niños y jóvenes que, criados en esa cultura, la adquieren como normal.

Una característica singular de la violencia es su capacidad para multiplicarse y expandir sus dinámicas y consecuencias. Algunos ámbitos sociales pueden actuar como matrices donde se propagan sus formas y sus efectos. La familia puede obrar alternativamente como reproductora de culturas de convivencia o de violencia según los resortes que se activen. La violencia que se ejerce sobre hombres en contextos sociales amplios suele trasladarse a las relaciones de la vida privada y las de familia, y sustentar agresiones contra las mujeres, los niños y los ancianos, principalmente. Esto ilustra cómo la violencia constituye un síndrome complejo que integra diferentes formas de agresión y afecta diferentes grupos sociales.

En el caso particular de la mujer, algunos patrones culturales han dado lugar a que se tolere, disculpe e inclusive se estimule, el maltrato de la mujer por parte del varón. Las respuestas violentas pueden ser inducidas por efecto de la agresión física, verbal o simbólica que ocurra en el interior de las familias, las escuelas o la comunidad.

La permisividad y laxitud frente a la posesión de armas de fuego, el abuso del alcohol y otras sustancias, y la propagación indiscriminada de episodios de violencia en los medios de comunicación masiva, contribuyen - entre muchos otros factores - a generar, mantener o reforzar comportamientos violentos. Los elementos señalados constituyen sólo una muestra de los muchos factores asociados con la violencia y que reafirman su etiología pluricausal. Ésta se exhibe de múltiples formas, asumiendo configuraciones diversas en los diferentes períodos de la historia de cada sociedad. Además, no termina con la suspensión de sus manifestaciones externas. Las secuelas se prolongan en el tiempo por cuanto forman parte de procesos que se ramifican si no se detienen.

En todas las épocas y en todos los lugares de la tierra las mujeres han sido víctimas de la violencia. Con frecuencia han sido y siguen siendo víctimas de violaciones, mutilaciones, golpes y asesinatos. (<http://www.nodo50.org/mujeresred/>)

En muchas sociedades se ha tolerado durante mucho tiempo la violencia contra la mujer y se ha permitido que los perpetradores queden impunes, al condonarse fácilmente su delito. Partiendo

del criterio popular de que la mujer es propiedad del marido y de que por tanto, éste puede hacer con ella lo que estime conveniente, en los sistemas jurídicos de algunos países se reconoce el derecho del marido a castigar o incluso matar a su esposa si se considera que es desobediente o que ha cometido adulterio. Un parlamentario en Papua Nueva Guinea que tomaba parte en un debate sobre el hecho de golpear a las esposas llegó hasta el extremo de decir que *"golpear a la esposa es una costumbre aceptada...; por lo tanto, estamos perdiendo el tiempo debatiendo esta cuestión"*.

En estudios realizados en varios países se indica que el número de mujeres que informan haber sido objeto de maltrato físico por parte de su pareja actual o de una anterior varía entre el 25% y más del 50%. Un número todavía mayor es objeto de crueldad emocional y psicológica. El abuso sexual no sólo es un fenómeno común sino también generalizado en la mayoría de los países. En Canadá, en un estudio realizado en 1993 con un grupo de 420 mujeres elegidas al azar, se llegó a la conclusión de que más del 54% de ellas habían experimentado algún tipo de experiencia indeseada o intrusión de carácter sexual antes de haber cumplido los 16 años de edad; un 51% informaron haber sido víctimas de violación o intento de violación. En el 25% de los casos; las mujeres que fueron objeto de agresiones físicas informaron que sus parejas las habían amenazado explícitamente con darles muerte.

La mutilación genital, costumbre tradicional se practica en partes de Africa y Asia y entre inmigrantes en los Estados Unidos de América y Europa. En cifras globales, cada año, por lo menos 2 millones de niñas experimenta la mutilación de su genitales, y hay aproximadamente 6.000 nuevos casos por día, 5 niñas por minuto.

Las mujeres constituyen el grupo que corre mayor riesgo de violencia y de lesiones resultantes de esa violencia en sus hogares inflingidas por hombres que conocen. En una estación de policía en San Paulo, Brasil el 70% de todos los casos de violencia contra la mujer denunciados eran de índole doméstica. En Santiago de Chile, casi las tres cuartas partes de todas las lesiones debidas a agresiones sufridas por mujeres había sido ocasionadas por su pareja. En Canadá, el 62% de las mujeres asesinadas en 1987 habían muerto a manos de sus cónyuges.

Se ha determinado que la violencia durante el embarazo es causa importante de los abortos y del bajo peso de los niños al nacer. En una encuesta por muestreo realizada en la capital de México a un grupo de 342 mujeres se determinó que el 20% de las mujeres maltratadas habían sido golpeadas en el estómago. En Costa Rica, de un grupo de 80 mujeres maltratadas, el 49% dijo haber sido golpeada durante el embarazo; el 75% de esas mujeres informó de abortos.

"Casarse con una mujer equivale a comprar un potrillo. Se la puede montar y dar latigazos a gusto". Este proverbio aunque sea antiguo, sigue vigente. La mayor parte de los actos de violencia contra la mujer ya sea golpear a la pareja al final de un mal día o estar al acecho una mujer que camina confiadamente por las calles de su ciudad están indisolublemente ligados a la dominación, el privilegio y el poder del hombre. La cultura y las tradiciones, que ha menudo se reflejan en las leyes nacionales, no hacen sino perpetuar la idea del predominio masculino. **(Extraído del texto: Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. 1995. BEIJING, CHINA)**

2.1.2 Antecedentes de la violencia contra la mujer en el contexto boliviano.

La violencia es parte constitutiva de nuestra sociedad, sus distintas formas están condicionadas por factores económicos, culturales, psicológicos, sociales y de género.

La violencia que viven las mujeres tiene como base la desigualdad, la organización jerárquica de la sociedad que desvaloriza lo femenino, creando una normatividad que entrega al hombre, dentro de la familia, la autoridad sobre la mujer.

Los estudios demuestran que en Bolivia de cada diez mujeres víctimas de violencia, siete son agredidas por un pariente. De los casos de violencia registrados, el 80% corresponden a violencia en el hogar, en la mayoría de los casos, el principal agresor es el esposo o concubino.

La violencia contra la mujer, en las relaciones de familia y en el hogar, es uno de los atentados más graves a los Derechos Humanos, que la sociedad y el Estado no lo asumen como delito,

porque las relaciones dentro del hogar no representan gravedad ni un problema social de carácter público. **(Viceministerio de Asuntos de Género, Generacionales y Familia, 1998)**

Según el enfoque de género, la mujer padece la violencia como resultado de las desigualdades sociales, económicas, políticas y culturales. La mujer es víctima de la violencia porque posee menos bienes materiales que el hombre y depende del esposo, compañero, padre u otros.

El sistema de valores y normas que rigen el comportamiento de la sociedad boliviana, ha establecido diferencias entre hombres y mujeres, pues desde niños se nos enseña que las características de los varones tienen más valor e importancia, por eso ellos obtienen mayores privilegios y mayor seguridad personal.

La división de roles por sexo en la vida cotidiana, acarrea una serie de desventajas y desigualdades para las mujeres con un trabajo desvalorizado. Esta gran desigualdad social se refleja en los estereotipos que se manejan diariamente por hombres y mujeres de forma inconsciente, porque se cree que estas diferencias son necesarias e inevitables.

La violencia contra la mujer está relacionada con la existencia del "machismo", el hecho de que al hombre le corresponde el papel dominante es considerado natural, tanto por los hombres como por las mujeres. El hombre se atribuye el derecho de controlar, educar, corregir y si es necesario castigar física, psicológica o sexualmente a la mujer cuando ésta no cumple con su papel tradicional: cocinar, lavar, servir, obedecer y respetar. Estas situaciones inducen a los padres, esposos o compañeros a abusar de las mujeres sin temor a castigos o represalias. **(Género, salud y violencia intrafamiliar, 1998)**

Lamentablemente la violencia es asumida como algo "natural" y por tanto, con graves consecuencias como el abandono de los hijos, suicidios de mujeres, niños que crecen en ambientes violentos y que en el futuro actuarán y reproducirán la violencia, como si fuera algo natural en sus vidas.

Ante esta realidad las mujeres bolivianas lograron, luego de largos años de lucha, la promulgación de la Ley 1674 Contra la Violencia en la Familia o Doméstica, el 15 de diciembre de 1995 reglamentada mediante Decreto Supremo 25087, el 6 de julio de 1998, para proteger la vida, la seguridad, la integridad física, psicológica y moral de cada uno de los integrantes del núcleo familiar, asumiendo el Estado la responsabilidad de proteger los Derechos Humanos de las mujeres y de cada una de las personas que conforman la familia. **(Viceministerio de asuntos de Género, Generacionales y Familia, 1998)**

2.2 Definiciones sobre la violencia doméstica

La raíz etimológica del término violencia remite al concepto de fuerza, y se corresponde con palabras tales como violentar, violar, forzar. A partir de esta aproximación podemos decir que la violencia implica el uso de la fuerza para producir daños. De manera amplia puede hablarse de violencia política, social, económica, etc.

En todos los casos, el uso de la fuerza nos remite al concepto de poder, en sus múltiples manifestaciones; la violencia es una forma de ejercicio del poder mediante el empleo de la fuerza: sea física, sexual, psicológica, económica, política, etc., que implica la existencia de un superior y un inferior sean reales o simbólicos, que adoptan habitualmente la forma de roles complementarios: padre- hijo, hombre- mujer, maestro - alumno, etc. **(Corsi J., 1995).**

La violencia se da en las acciones violentas personales e individuales, se constituye así, en una forma no sólo de resolver conflictos interpersonales como en un intento de doblegar la voluntad del otro, de anularlo en su calidad otro, sino como ejercicio del poder sea por parte de un hombre o una mujer hacia personas consideradas inferiores, cuya población son las mujeres objeto de nuestra investigación quienes se encuentran en situación asimétrica en el poder, lo que le confiere un control de la relación obtenido de diversas formas, maltrato físico, psicológico, y sexual entre otros. **(Corsi 1995)**

La violencia doméstica se diferencia de la violencia no doméstica porque tiene la característica de ser ejercida sistemáticamente por mucho tiempo y en varios sentidos: físicos, psicológicos y

sexuales, por un miembro de la familia, en este caso concreto por la pareja o ex pareja varón **(Corsi J., 1995)**

Por lo tanto, la violencia no doméstica es aquella agresión producida por personas no familiares dentro de contextos laborales, educativos, religiosos y otros ámbitos. La característica fundamental en el poder de género, es el "Poder de dominación que puede ejercer una persona ya sea hombre o mujer hacia otra considerada inferior; poder de dominio que radica no solo en los bienes materiales sino también en lo simbólico". **(Lagarde M., 1995)**

La palabra violencia se refiere a la agresión o maltrato, términos que se usan indistintamente, no existiendo grandes diferencias a no ser sólo de matiz tanto es así que cuando se intenta definir el término violencia se toma como referencia a la agresión, ocurriendo algo similar en el caso de maltrato. La ausencia en la definición y delimitación clara a nivel conceptual es sólo uno de los problemas en relación a estos términos, otro más complejo es el de la carga valorativa. La agresión tiene su grado valorativo que va desde la aceptación hasta el rechazo.

La violencia es la acción, omisión o maltrato tanto en lo físico, psicológico y sexual no accidental y que priva a la persona de sus derechos y su bienestar y/o que amenace o interfiera en sus relaciones físicas, psíquicas o sociales, cuyos autores o agresores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad.

Noyes define la violencia como la impulsividad profundamente arraigada, o el modo que tiene la personalidad para reaccionar de una manera definitivamente enérgica. No sólo implica voluntad de poder sino hostilidad y ataque. La violencia tiene su origen en la frustración y dependerá de la exégesis y valoración que el individuo realice y otorgue al factor frustración.

Desde el punto de vista psicoanalítico se considera a la agresión o violencia según Freud, como una fuerza instintiva que todo ser humano posee, una energía destructiva, un instinto de muerte que el ser humano logra dirigir o desviar hacia los objetos del mundo exterior circundante; si ésta

es bloqueada o impedida parcial o totalmente en su manifestación buscará expresarse indirectamente.

En diciembre de 1993, la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Violencia Contra la Mujer, basada en la falta de igualdad entre el hombre y la mujer, titulada *"Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer"* aprobó un texto sobre este tema, en la que se definió la violencia contra la mujer como todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto como si se producen en la vida pública como en la vida privada.

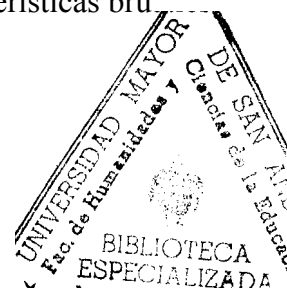
Según Lori Heise, Directora del Pacific Institute for Women's Health, en Washington, D.C., en toda definición de violencia deben tenerse en cuenta los conceptos básicos de fuerza y coacción que establecen la distinción entre comportamiento violento y comportamiento opresivo. Ella tiene su propia definición de violencia contra la mujer que es la siguiente: *"todo acto que entrañe el uso de la fuerza verbal o física, la coacción o la privación que signifique una amenaza para la vida, dirigido contra la mujer o a una niña, que cause daños físicos o psicológicos, humillaciones o la privación arbitraria de libertad que perpetúe la subordinación de la mujer"*.
(BEJING, CHINA 1995)

2.3 Formas de violencia.

2.3.1 Violencia física.

Esta es una manifestación de violencia caracterizada por los daños físicos que ocasiona el agresor sobre la persona agredida, los comportamientos más frecuentes son los golpes con o sin objetos, los empujones, las cachetadas, los puñetes, las patadas, las quemaduras, las quebraduras y eventualmente la muerte.

Este tipo de violencia es la prueba más fácilmente evidenciable ya que en su sintomatología presenta huellas externas, es la forma que provoca mayor rechazo por sus características brutales y visibles.



2.3.2 Violencia psicológica.

Este tipo de violencia produce daño en el desarrollo psíquico emocional y psicológico que sufre la persona agredida, es muy frecuente pero de difícil constatación. Se expresa en el hostigamiento verbal constante, amenazas, comparaciones, insultos, descalificaciones, amenazas, recriminaciones permanentes, acusaciones en falso, burlas, humillaciones y todo tipo de agresión verbal.

Afecta la autoestima y la autovaloración, por su efecto destructivo en la personalidad puede llevar a la persona agredida a la depresión y en casos más graves al suicidio.

2.3.3 Violencia sexual.

Este tipo de violencia tiene diferentes modalidades, entre ellas están: el forzar a la pareja a tener relaciones sexuales, la violación marital, obligar al ejercicio de la prostitución, presión para el aborto, burla del cuerpo y de la sexualidad de la mujer.

La clasificación de la agresión física, psicológica y sexual está reflejando un ámbito de dominio de las acciones que permiten operativizar el comportamiento agresivo de la persona que la ejerce; sin embargo, no nos da cuenta sobre la dinámica de la relación violenta, la que ha sido analizada a partir de la relación a lo largo del tiempo en que dura la misma.

2.4 Ciclo de la violencia contra la mujer

Estudiosos de la dinámica de las relaciones de violencia conyugal describen que ella presenta algunas características secuenciales que varían en duración, frecuencia e intensidad según sea el caso; un patrón de comportamiento que tiende a repetirse y cerrarse en círculo por lo que se le ha denominado "ciclo de la violencia". (Walker, 1979)

Este es un intento de describir en términos muy generales las fases principales del ciclo, una de las características del abuso es su capacidad de producir respuestas de miedo e indefensión que facilitan su repetición por lo que el ciclo se "alimenta" a si mismo. Es difícil ser claramente conciente de su principio y frecuentemente no acaba hasta que alguien muere.

En esta descripción se hará referencia al hombre como agresor y a la mujer como víctima porque se está tratando aquí de generalidades y en el mundo la mayoría abrumadora de víctimas de la violencia está constituida por mujeres y niños. Es imposible tener datos exactos de lo que ocurre en el tercer mundo pero basten las estadísticas siguientes del año pasado en los Estados Unidos: casi cuatro millones de mujeres americanas fueron maltratadas físicamente por sus parejas, existe un reporte que cada 8 segundos una mujer es objeto de maltrato físico y cada 6 minutos se viola a una mujer.

En un informe del Comité Judicial del Senado de los Estados Unidos de 1996 se señala que en este país el maltrato por parte de los cónyuges es más común que los accidentes automovilísticos, los atracos y las muertes causadas por el cáncer juntos. Una mujer es maltratada físicamente cada nueve segundos en U.S.A., dos terceras partes de los ataques se cometen por alguien que la víctima conoce. El 42% de las mujeres asesinadas lo son por su compañero masculino. Una sentencia árabe dice: *"Pega a tu mujer cada día ella sabrá porque lo haces"*.

Algunos hombres sufren abuso por parte de sus mujeres, pero son estadísticamente muy pocos y no pueden llegar a sentir el miedo físico que siente una mujer ante la ira y hostilidad de un hombre, física y socialmente con más recursos que ella.

2.4.1 1° Fase de Acumulación de tensión.

En esta 1° etapa suceden varios incidentes menores en los que la mujer trata de calmar al hombre adecuándose a las situaciones y bajo la creencia de que su conducta puede impedir la violencia.

La tensión del hombre aumenta. Se muestra irritable. Parece enfadado sin motivo varias veces a la semana, esto siempre sorprende a la mujer. Cuando ella le pregunta, el niega su enfado y de alguna manera replica devolviendo la culpabilidad a la mujer diciendo *"eres demasiado sensible"*.

Si ella se siente herida e intenta hablar con él del tema, él se niega, se queja de que está haciendo un problema de nada de que quiere empezar una discusión e impide que se hable en serio sobre el asunto *"no tengo idea de lo que quieres decir, no sé de que me estás hablando"*.

La mujer se siente cada vez más frustrada y perpleja. No puede conseguir que él comprenda sus puntos de vista, empieza a preguntarse qué es lo que está haciendo mal y porque se siente tan angustiada. Curiosamente él siempre parece tomar el punto de vista opuesto al de su compañera en cualquier tema que ella menciona. Ella afirma con humildad *"yo creo..." "me parece que..."* Él habla con autoridad como poseyendo la verdad, dando por sentado que el único punto de vista correcto es el suyo. Ella nunca es capaz de decirle *"¡cállate! o "¡para!"* pero él sí lo hace.

La víctima del abuso vive en un estado de confusión, en público ella es una con el hombre pero en privado él se transforma; todo empieza con sutiles menosprecios, ira contenida, fría indiferencia, sarcasmos, largos silencios, demandas irrazonables o manipulativas. Cuando ella se queja él lo niega *"haces un problema de todo", "!Si que eres sensiblej "*. Si ella le pregunta porque está enfadado *" ¿que te molesta de mí?" o "¿por qué estás tan nervioso?"*, él niega siempre su hostilidad y no da validez a las afirmaciones o valoraciones de la compañera, sin embargo con los amigos y la familia él se comporta como un tipo agradable y encantador.

De forma sutil y no tan sutil se le repite a la mujer el mensaje de que su percepción de la realidad es incorrecta y de que sus sentimientos son malos o patológicos. Ella acaba dudando de su propia experiencia y sintiéndose culpable por lo que pasa. Cree que su pareja no la acaba de entender porque ella se comunica mal. El abuso verbal es un problema de control, de lucha por adquirir y mantener el poder. Los primeros efectos del abuso verbal son confusión angustia, culpabilidad.

La mujer empieza a caminar sobre agujas, con infinito cuidado, preguntándose que es lo que hace mal. Se siente confusa, intenta mostrar a su pareja que lo ama y esmerarse en todo lo que hace. Analiza su propia conducta, se echa la culpa de lo que sucede y excusa a su compañero con alguna clase de racionalización. Intenta evitar que el hombre se enfade. Hace maravillas para

frenar la tensión creciente, para calmar su ira antes que él se vuelva más peligroso pero siempre hay algo que ella hace o dice mal o algo que ella tiene que hacer y no lo hace, etc. Cuanto más se disculpa ella por sus "errores" más se enfada él. Cuanto más le manifiesta ella su amor, él la percibe más empalagosa, dependiente e incluso exasperante.

Él empieza a distanciarse emocionalmente. Ella siente pánico de que la abandone y se apega más y más. Ella tiene una adicción al amor. Pero él ya no siente ningún amor, está distanciado y cada vez más irritable. Ella se disculpa una y otra vez y manifiesta sus emociones, esperando clarificar lo que está pasando pero él se harta y siente necesidad de castigarla verbal, físicamente o ambas.

La mujer niega estar molesta y/o tener miedo; sin embargo, con el transcurrir del tiempo ambos sentimientos aumentan. Por su parte, el hombre sabe que está actuando mal y tiene el temor oculto de ser abandonado por ella, por eso se vuelve posesivo y celoso, su tensión aumenta y se vuelve insoportable.

2.4.2 2º Fase de explosión violenta.

La tensión acumulada del hombre es tan fuerte que éste pierde el control de sus actos, puede llegar a creer que con su comportamiento le va a dar una lección sin querer lastimarla.

Por lo general, el detonador es un evento externo o un estado interno del hombre. El hombre explota y castiga muy duramente a su compañera, tan duramente que ella resulta herida y terriblemente confusa. Él ha acabado perdiendo el control. La tensión ha crecido hasta descargarse de muchas formas y en diferentes grados: Insulta, dice cosas hirientes, pega, lanza o rompe objetos, se emborracha, permanece en silencio muchos días, pelea con otros, tiene un romance, compra cosas caras, juega, rechaza a la pareja, fuerza las relaciones sexuales, corta la tarjeta de crédito a la pareja, deja un trabajo, avergüenza a su pareja en público, cuenta historias de ella a sus espaldas o enfrente de ella, cambia de casa, amenaza con violencia, con llevarla a un manicomio o llevarse a los hijos, rompe la promesa de manejar con precaución, priva de sueño a la pareja, castiga a nivel emocional. Ella sólo intenta mostrarle cuanto lo quiere, pero está viviendo un **dolor** terrible, sin embargo no muestra su enfado ni toma represalias porque la

desigual balanza que han establecido a lo largo de los años la paraliza. Todo el poder está en él. Ella lo ha aprendido muy bien y se siente impotente, débil. Está ahora viviendo una indefensión aprendida.

2.4.3 3º Fase de "Luna de Miel"

En realidad no es adecuado llamar a este periodo de "luna de miel" ya que este buen periodo puede ser no tan bueno. Él decide cuando empieza y cuando acaba, hay mayor probabilidad de que la mujer sea violada, puede ser el tiempo más confuso y difícil para la mujer. Sería más adecuado llamarla fase de **manipulación afectiva**, pero como en la mayoría de los autores lo nombran así.

El agresor se siente sinceramente apenado después de cometer el abuso (por lo menos las primeras veces), pide perdón, llora, promete cambiar, ser amable, buen marido y buen padre. Admite que lo ocurrido estuvo mal. Esta actitud suele ser convincente porque en ese momento se siente culpable de verdad. Él siente entonces como si ella tuviera el poder.

Si ella lo ha abandonado él hará lo que sea para que le acepte de nuevo. Se muestra amable y bondadoso. Ayuda en las tareas del hogar como en los primeros tiempos. Simula un resurgimiento de sus creencias *"he vuelto a ir a la Iglesia desde que me dejaste"*, pone en Dios la responsabilidad por sus agresiones. Si bebía deja de beber por un tiempo aunque le cueste. Ella se dice *"Si él puede dejar de beber, dejará de pegarme"*. Durante un tiempo él dice y hace todo lo que la mujer quiere. Ella está en éxtasis. Él se relaja un poco en las restricciones que imponía, ella no se siente tan aislada. Están ahora en una nube de "luna de miel."

Una vez perdonado por la pareja el celo decrece y empieza de nuevo la irritabilidad, la tensión aumenta y acaba la etapa relativamente agradable. Cuando ella intenta ejercer su recién ganado poder, él siente de nuevo que está perdiendo el control sobre ella. Se inicia una nueva discordia y con ella un nuevo ciclo en el que él intenta crear miedo y obediencia más que respeto e igualdad.

En esta etapa es cuando el hombre asimila de alguna manera lo ocurrido, siente que fue demasiado lejos y por eso trata de congraciarse con ella con promesas de no volver a hacerlo y sinceramente él cree que no volverá a hacerlo. La mujer, por su parte, ante el acto de arrepentimiento ve el lado positivo de su pareja y restaura las alianzas entre ambos, los dos quieren que la relación funcione.

Sin embargo, pese a la predisposición de ambos y de su necesidad de creer que ya no habrá más violencia, lo más probable es que el ciclo vuelva a repetirse y por lo general con mayor intensidad.

Cada pareja tiene su propio ritmo y las fases duran un cierto tiempo característico en cada caso, pero las etapas son cada vez más cortas y la violencia más intensa. Cada vez la mujer es más dependiente de su esposo, cada vez tiene menos poder. Cada episodio le roba algo de energía hasta que se siente como si no pudiera existir sin su compañero. Ella es un rehén de su dependencia. Generalmente es necesaria una intervención exterior para romper el ciclo (familia, amigos, abuso de un hijo, etc.)

Muchas mujeres aguantan una relación así años y años, unas pocas intentan defenderse y acaban matando al verdugo. La triste verdad es que muchas más mujeres que hombres son asesinadas por su pareja, sobre todo cuando ellas intentan abandonar la relación ellos no pueden soportarlo.

La intensidad del abuso aumenta con el tiempo; del abuso verbal descrito en el primer apartado, se pasa a una conducta amenazante (golpear, lanzar o romper objetos, amenazar....). La etapa final de la violencia tiene tres niveles de gravedad:

- Leve: insultos, amenazas, empujar, agarrar, impedir..
- Grave: golpes, abofetear patear, tirar los pelos,...
- Extremo: estrangular, pegar con objetos, uso de armas, violación....

La negación es el centro de la violencia doméstica. Las promesas de cambio requieren una confrontación con la negativa interna de la agresión que pugna resurgir en cuanto se han calmado los ánimos. Negar el abuso es el argumento favorito del agresor. La mentira que le permite mirarse al espejo cada día después de haber maltratado a su pareja, y hasta que no reconoce este autoengaño no hay cambio alguno. El ciclo vuelve a empezar y cada vez la escalada de la violencia es más grave.

Sin ayuda exterior de expertos es virtualmente imposible salir del círculo de esta relación de abuso enmarcada en el poder del más fuerte; como afirma Corsi J., si el arrepentimiento es real desaparece la negación y se acude a terapia durante el tiempo necesario.

Para los agresores la negación es el mecanismo que les permite continuar maltratando a otras personas y convivir consigo mismos. Rechazan aceptar que están haciendo algo incorrecto, esta actitud es extraordinariamente enfermiza e insana y permite esconder la patología ante uno mismo y ante los demás durante mucho tiempo.

La semilla de la negación aparece de forma solapada. El camino hacia la violencia criminal viene asfaltado por miles de pequeños abusos racionalizados y negados. Pequeños malos tratos lanzan por un trampolín de fría crueldad y entrenan el arte del cinismo y la mentira ante otros y ante uno mismo.

La táctica fundamental para mantener la negación es racionalizar y justificar cada incidente. Minimiza el agresor el daño causado, arguyendo que éste no era tan grave *'yo no le pegué sólo la empujé'*. Minimizando el daño que se ha hecho se puede culpar a la víctima de exagerar la agresión. Si hay evidencias irrefutables se puede buscar justificación diciendo que no se pretendía dañar así a la mujer; si el abuso es verbal, mental o emocional es muy fácil de minimizar.

Racionalizar es un proceso de mentirse uno mismo sobre lo que puede ser una conducta aceptable. Las mentiras racionales suenan más creíbles. *"Ella es feliz conmigo. Esta es la única vez que la he pegado". "Ella es la que manda en casa, yo soy un estúpido"*. Cuanto más se repite el hombre este tipo de mentiras, más se las cree.

Justificar es explicar porque estaba bien lo que se hizo. *"Tuve que amenazar con matarla porque se puso tan histérica que molestó a todo el vecindario y asustó a los niños, pero ella sabe que yo nunca podría hacerle ningún daño". "Ningún hombre hubiera aguantado lo que yo aguanté es que la quiero a pesar de todo"*. La negación es un truco de supervivencia, permite al agresor vivir con lo que ha hecho, los agresores gastan mucha energía en defender su negación, para que al mirarles los ojos no aflore la violencia. La mente humana es capaz de los mayores engaños porque es capaz de mentirse a si misma. (www.az.com/-blainn/dv)

2.5 Corrientes teóricas acerca de la violencia.

2.5.1 Corriente socio-comportamental.

Para los ambientalistas la adquisición de conductas se basa en el proceso del aprendizaje, son enfáticos al decir que no hay ningún instinto como tampoco ningún estímulo interno que de cuenta de ellas, el problema se halla en los estímulos externos, la carencia o la interferencia de ellos.

En este enfoque se ubica a la frustración como la causa de comportamientos agresivos. La frustración entendida como "todo interferencia en cualquier actividad dirigida a objetos" (**Dollar y colaboradores, citado en Heller, 1980**) es considerada la fuente de agresividad.

Siguiendo este enfoque se pueden encontrar explicaciones muy simplistas en relación a comportamientos violentos en las relaciones familiares atribuyendo la causa de los mismos a factores externos como la grave crisis económica, el desempleo, la discriminación jerárquica en el trabajo, etc. son vistos como elementos de frustración que desencadenan comportamientos de carácter agresivo, sin embargo el problema es mucho más complejo.

En el marco de una crisis económica general veremos que las personas se comportan de distinta manera y que la frustración que tal estado genera, no necesariamente va a desencadenar acciones agresivas, de igual modo la violencia puede ser reprimida en algunos contextos y frente a determinadas personas variando de una situación y de una persona a otra.

La tesis de frustración y agresión ha sido difícil mantenerla por sus propios autores, quienes han planteado argumentos que contradecían su propia teoría. Por ejemplo, en sus estudios han encontrado que la tendencia a la agresión sería inhibida si se anticipaba que la persona a la que habría que atacar tenía poder para defenderse y aún para castigar al agresor. **(Dollard y otros, citado en Baró, 1988)**

Para las corrientes feministas el tema del poder es central para explicar la violencia en contra de las mujeres. La violencia es entendida como una práctica, producto de las relaciones desiguales de poder que se manifiestan de manera más marcada entre hombres y mujeres. Esto ha condicionado a la mujer a la incapacidad de resistir el ser intimidada por los tratos coercitivos del hombre, lo cual facilita el ataque violento. Esto también explicaría por qué el hombre puede controlar su agresividad con personas de mayor poder y la descarga en otras que no lo tienen.

Este condicionamiento social de la mujer a la pasividad y no respuesta se empalma con la teoría "indefensión aprendida". Esta teoría se basa en un trabajo de Seligman en el que expone el resultado de sus experiencias de laboratorio con un grupo de perros enjaulados, sometidos a descargas eléctricas imprevisibles. A partir de este trabajo la misma autora en "La mujer maltratada" afirma que si se traslada esta constatación al ámbito en el que se encuentra una mujer que sufre violencia conyugal sólo se necesita el tiempo suficiente para que en ella se instale la certeza de que son inútiles sus cuidados para evitar la violencia del marido. **(Seligman, 1989)**

Como se puede observar, esta teoría explica el comportamiento violento basándose en los principios del aprendizaje social, vía la teoría del condicionamiento, el mismo que se refiere "al desamparo condicionado que anula toda posibilidad de reacción de la mujer, ante la desesperanza

y el repetido fracaso en detener la violencia del hombre" (**Wallier, citado en Programa Mujer, Salud y Desarrollo, 1988**).

Esta teoría incorpora el aprendizaje de la culpa por parte de las mujeres, lo cual las hace indefensas e incapaces de desarrollar estrategias adecuadas para manejar situaciones de crisis en distintos contextos y relaciones que le son adversas. Por sus limitaciones esta teoría ha sido objeto de revisión, crítica y reformulación.

Bandura hizo muchos aportes a la teoría del aprendizaje social y a la comprensión de comportamientos agresivos al asignar un papel fundamental a los procesos vicarios, simbólicos y auto regulatorios en el proceso psicológico. Según esta teoría la violencia se origina al observar los modelos de los cuales las personas adquieren representaciones simbólicas que le sirven de guía para su ejecución. Por otro lado experimenta un refuerzo vicario positivo o negativo, según que la conducta violenta sea premiada o castigada. Así la persona aprende las ventajas y inconvenientes de la violencia. La inhibición o desinhibición de comportamientos agresivos dependerá de si el modelo es premiado o castigado por su conducta agresiva. (**Bandura, 1977**)

Las investigaciones acerca de la configuración de roles y la agresividad diferenciada según el sexo, dan como resultado que los hombres reciben más recompensas y menos castigos por conductas agresivas que las mujeres, es decir que en la mayoría de nuestras culturas, la agresividad en los varones es un componente aceptado pero no así la femenina.

De la observación de modelos humanos se desprende que la conducta agresiva de éstos ejerce una influencia en la emisión de conductas agresivas, esto nos indica cómo a través del aprendizaje por imitación se van transmitiendo pautas de comportamiento, de modo que "cuando los padres castigan (especialmente cuando emplean el castigo físico) le están proporcionando un ejemplo vivo del uso de la agresión en el preciso momento en que están tratando de enseñarle al niño a no ser agresivo" (**Kagan, 1975**)

El desarrollo de investigaciones sobre violencia y agresión a partir del "enfoque ambientalista" ha generado interesantes resultados que en gran medida cuestionan las teorías del instinto impulso por que resaltan el papel fundamental que juega el medio ambiente en la emisión de los comportamientos agresivos, lo cual también ha dado pie a poner de relieve la configuración de respuestas diferenciadas según el sexo, que el aprendizaje comparativo entre hombres y mujeres muestra cómo se condiciona a la mujer a ser víctima de maltrato mientras que a los hombres se los condiciona a ser agresivos.

No obstante estos aportes existen limitaciones de esta teoría. El considerar la conducta como única fuente de información es una postura aceptable, sin embargo no es la única. Otro aspecto se refiere a la racionalidad instrumental de la teoría, no sólo por considerar que el individuo responde racionalmente a los estímulos, sino que ese individuo es considerado como funcional.

2.5.2 Corriente instinto - impulso.

En el marco de las teorías del instinto impulso la agresión es entendida como la expresión o la manifestación de su impulso o instinto agresivo. Este impulso llevaría al hombre a la guerra, el crimen, los choques personales y todo género de comportamiento destructivo.

Un aspecto común de estas teorías es haber seguido un modelo del esquema hidráulico en el que el hombre se halla "como una caldera de vapor" (Bain) o "como una cámara que constantemente está liberando gas" (**McDougall citados en Fromm, 1991**)

Freud en su concepto de la teoría de la libido siguió también un esquema hidráulico. A parte de la distinción entre instinto (s) de vida (Eros) y de muerte, postuló que este último puede dirigirse contra el mismo organismo siendo por ello una pulsión autodestructora o bien puede dirigirse hacia afuera tendiendo a destruir a los demás y no a sí mismo. Cuando este instinto se mezcla con la libido, se transforma en impulsos menos dañinos que se manifiestan por el sadismo o el masoquismo.

En su concepto de sadismo Freud, veía una forma de destructividad en la que resulta placentero el acto de destruir y violentar, mientras que el masoquismo estaría basado en el placer que se centra en el dolor, en el que "se manifiesta también un sentimiento de culpabilidad al suponerse que el individuo correspondiente ha cometido algún hecho punible que debe ser castigado con dolorosos tormentos" lo que conduce a una forma moral del masoquismo (**Freud, 1974**).

Este esquema teórico ha sido aplicado a la relación de violencia conyugal y ha generado una fuerte oleada de resistencia a las corrientes feministas quienes no están de acuerdo en considerar "masoquista" a la mujer que ha sido golpeada. De igual modo tampoco están de acuerdo en considerar al hombre violento como sádico ya que en lugar de encontrar satisfacción y goce de sus actos lo que sienten más bien es miedo y un mayor enfurecimiento.

Estas apreciaciones son bastante criticadas por las teorías del instinto impulso y por no haber tomado en cuenta el rol que juega la sociedad en la configuración de comportamientos agresivos.

2.5.3 Corriente adaptativa o defensiva.

Fromm, que es uno de los autores representativos de la "tercera corriente" ha formulado una teoría que explica la agresividad humana partiendo de la distinción entre dos formas de agresividad, una que es de carácter positiva y otra destructiva. La agresión positiva, ha sido denominada benigna en el sentido de estar ligada a la conservación de la vida y de la especie, por ello este tipo de agresión es "defensiva" a diferencia de otro tipo de agresiones destructivas tendientes a destruir e ir contra la preservación de la vida.

Para Fromm la agresión defensiva es biológicamente adaptativa, "es una respuesta a las amenazas a los intereses vitales, está programada filogenéticamente, es común a los animales y al hombre, no es espontánea ni autogeneradora, sino reactiva y defensiva; se dirige a la remoción de la amenaza ya sea destruyéndola o eliminando su fuente" (**Fromm, 1991**)

En cambio la agresión maligna o destructiva no es biológicamente adaptativa, es perturbadora, dañina, "no es una defensa contra una amenaza, no está programada, sólo es característica del

hombre, es biológicamente dañina por que es socialmente perturbadora y sus principales manifestaciones son el dar muerte y la crueldad, son placenteras sin necesidad de más finalidad; y es perjudicial no sólo para la persona atacada sino también para el atacante" (**Fromm, 1991**)

Según este análisis de Fromm, parte de la agresividad humana sería innata, la agresión benigna que comparte con los animales; mientras que la otra parte de la agresión humana es maligna y sólo existe en el hombre y no en los animales, por lo tanto es social.

Al respecto Agnes Heller expresa una crítica central en relación a los planteamientos de Fromm, ésta se refiere a la intencionalidad valorativa de su teoría que hace de la naturaleza humana, valorada como positiva, la esencia genérica del hombre. El hombre es por naturaleza bueno, sin embargo por una razón no explicitada la sociedad influye de manera negativa en la naturaleza del hombre. Por ello, mientras la agresividad permanece en el marco de lo biológicamente establecido es positiva para la vida; en la medida que la agresión es social, se torna destructiva y por lo tanto negativa y dañina.

Entre los dos tipos de agresividad, según Fromm, la agresión de carácter benigno y la agresión maligna existen otras que son las pseudo agresiones, sin embargo dentro de éstas existen algunas que parecen contradecir su propia teoría, por ejemplo la agresión instrumental que no parece tener una base biológica. Por otro lado, dentro de la agresividad maligna Fromm describe dos tipos de carácter: el tipo sádico y el tipo necrófilo, a este último adhiere una diversidad de comportamientos que no se ajustan a dicha distinción por ello existe una gran diversidad de hombres que no son considerados ni sádicos ni necrófilos.

Las características del hombre que ejerce violencia en la vida conyugal podrían ser comprendidas a la luz de este modelo, pero dado que en la misma propuesta de Fromm no queda muy clara la distinción entre la estructura de carácter sádico y necrófila, tomaremos en cuenta la propuesta teórica que elabora Heller al considerar la "tercera teoría oculta" de la agresividad de Fromm, la cual se relaciona con una teoría de la personalidad.

En esencia esta teoría indica que el origen de la agresividad se halla en la no satisfacción de las necesidades existenciales del hombre actual debido a que existen posibilidades muy escasas en nuestra sociedad para el desarrollo y satisfacción de las mismas. Es más, por un lado se hallan canales instituidos y formales que legitiman y estimulan la violencia, por otro lado en el presente la sociedad ha desarrollado un notable sistema que es el mejor generador de la violencia, el cual es el sistema de la competencia, sistema que limita la convivencia social y abre un amplio margen a experiencias en la vida cotidiana que causan dolor sufrimiento y frustración.

La frustración es una fuente importante de la agresión pero para que esto sea posible y se presente en la vida cotidiana como algo natural ha tenido que extenderse un pensamiento y una forma de convivencia en el que la apropiación es legítima, en el que la enemistad, la defensa y la agresión son parte del accionar de una cultura. **(Maturana, 1993)**

2.5.4 Enfoque de Género.

La conducta violenta entendida como el uso de la fuerza para resolver conflictos interpersonales, se hace posible en un contexto de desequilibrio de poder, permanente o momentáneo. En el ámbito de las relaciones interpersonales, la conducta violenta es sinónimo de abuso de poder, en tanto y en cuanto el poder sea utilizado para ocasionar daño a otra persona. Es por eso que el vínculo entre dos personas caracterizado por el ejercicio de la violencia de una de ellas hacia la otra se llama relación de abuso. Los factores de desequilibrio de poder dentro de la familia están dados por el género y la edad; por lo tanto, mujeres y niños son las personas más susceptibles de sufrir violencia doméstica. **(Corsi J., 1995)**

Diversas investigaciones sobre violencia y cifras estadísticas, señalan al adulto masculino como quién más frecuentemente ejerce las distintas formas de abuso (físico, sexual o emocional). Las investigaciones llevadas a cabo en los últimos años en Canadá, Estados Unidos, España, Méjico y la Argentina contribuyeron a delimitar la problemática de los hombres que establecen relaciones familiares de forma abusiva.

La identificación de variables causales asociadas al fenómeno afirman que las formas violentas de relación son el producto de identificaciones con un modelo familiar y social. Dichas investigaciones han podido comprobar que un alto porcentaje de hombres golpeadores han sido víctimas o testigos infantiles de violencia en su hogar de origen y a su vez estos hombres han incorporado, en su proceso de socialización de género, un conjunto de creencias valores y actitudes.

Existen también teorías llamadas reduccionistas que dan explicaciones de la conducta agresiva apoyándose en elementos de tipo biológico o hereditario, la hipótesis es que el funcionamiento biológico del hombre es diferente al de la mujer y por tanto, está más predispuesto a las conductas violentas.

El enfoque sociológico afirma que la violencia doméstica es una de las formas que adopta la dominación del hombre sobre la mujer en el marco de una sociedad patriarcal. Finalmente están algunas corrientes psicológicas que afirman que las conductas violentas son aprendidas. Estas teorías no llegan a explicar totalmente las verdaderas causas de la violencia.

3. ALCOHOLISMO Y VIOLENCIA DOMÉSTICA.

3.1 Alcoholismo y violencia contra la mujer.

Se ha determinado que el uso excesivo del alcohol y drogas es un factor que influye en la violencia contra la mujer. Otros factores económicos y sociales como el desempleo, el estrés, el hacinamiento y las condiciones laborales desfavorables y frustrantes también conducen a la violencia. Algunos investigadores han llegado a afirmar que la violencia es en realidad un comportamiento adquirido y que un marido violento es hijo de padres violentos o alcohólicos. De hecho como señala un estudio realizado en Estados Unidos la posibilidad de que los hombres en estado de ebriedad golpearán a sus mujeres es tres veces mayor que los abstemios golpeen a sus mujeres. Un estudio señala que para un marido violento prácticamente cualquier cosa podría ser una provocación. *"El hecho de ser demasiado habladora o demasiado callada, el hecho de tener demasiado apetito sexual o demasiado poco, el hecho de ser demasiado sobria o*

demasiado extravagante, el hecho de estar embarazada muy a menudo o no lo bastante..."
(British Journal of Crime, 1998)

En algunos países el poder judicial acepta la ebriedad como defensa en las agresiones contra la mujer. En septiembre de 1994 la Corte Suprema de Canadá cambió la condena de un hombre que después de haber consumido gran cantidad de alcohol violó a una mujer de 65 años enferma y parálitica.

A continuación transcribimos el testimonio de una mujer de nacionalidad canadiense que fue brutalmente agredida por su ex esposo alcohólico: *"Mi ex marido me disparó un tiro en la cabeza mientras dormía y me dejó por muerta. Logré bajar hasta la planta baja donde mi hija pedía auxilio. Mi marido comenzó a apuñalarme con tal fuerza, que la punta del cuchillo se rompió en mis intestinos. Me dejó ciega y perdí los sentidos del gusto y del olfato...me privó de mi familia y de mis hijastros..."*. (Beijing, China. 1995)

Esta mujer no identificada que prestó testimonio ante un grupo de canadienses sobre la violencia contra la mujer por un esposo alcohólico, es sólo una de las víctimas de la violencia asociada con el alcoholismo del ex marido alcohólico que tiene que vivir con sus cicatrices en el cuerpo y en su mente.

Según un informe de la Comisión Mundial sobre el desarrollo de la mujer y la salud, además de la morbilidad y la mortalidad, la violencia contra la mujer lleva consigo traumas psicológicos, depresiones, uso indebido de drogas, lesiones, enfermedades venéreas, y la infección con el VIH, el suicidio y el asesinato. Esto representa una enorme carga financiera para el sistema nacional de salud. (<http://www.az.com/-blainn/dv>)

La violencia está presente en casi todo el ámbito de las relaciones humanas. En Bolivia la violencia no tiene las características que se dan en otros países del mundo y de Latinoamérica.

En el ámbito familiar es frecuente encontrar testimonios de esposas e hijos golpeados o maltratados por el esposo o familiar alcohólico; entonces, si la violencia es un hecho cotidiano cómo podemos delimitar y relacionar dicha violencia con el consumo del alcohol, a qué clase de violencia nos vamos a referir cuando hablemos de violencia? A continuación presentamos parte del testimonio vida de una pareja encuestada.

Teresa tiene 43 años y está casada con N.N. hace 19 años en tres ocasiones denunció a su esposo por agredirla físicamente. Actualmente el médico forense le dio 30 días de impedimento por presentar heridas por arma corto punzante en la región de los genitales, presenta además hematomas en el rostro, lesiones en todo el cuerpo y fractura del tabique nasal.

"...Siempre me pega, he tenido que aguantar desde que me casé, he aguantado por mis hijos... porque no tenía con que mantenerlos: yo no soy profesional nunca me ha dejado estudiar, yo quería estudiar pero él decía que la mujer es para la casa, no para la calle; sólo las mujeres malas salen a estudiar es un pretexto para andar con hombres.

Al principio, cuando lo conocí parecía un hombre bueno, pero comenzó a cambiar cuando me embaracé de mi primer hijo, al tercer mes de embarazo comenzó a llegar tarde, y a llegar borracho él ya tomaba harto antes de casarnos, pero yo pensé que ya no tomaría más. Un día encontré una foto y una prenda de mujer en su auto y le reclamé. Ese día se fue y regresó en la noche borracho y me pegó hasta que tuve que ir al hospital porque tenía hemorragia me había pateado en el vientre, me tapó los ojos a golpes. Gracias a Dios no perdí a mi hijo pero a consecuencia de esos golpes mi hijo está mal, tiene epilepsia. Él se fue por un tiempo y cuando volvió me pidió perdón y la promesa de no volver a pegarme y yo le creí.

La tranquilidad duró hasta que yo me volví a embarazar el tomaba un poco menos sólo sábado y domingo pero siempre estaba renegando porque le iba mal en su trabajo, y aunque la bebida le hacía mal seguía tomando, faltaba mucho al trabajo y lo perdió; en ese tiempo yo sola mantenía la casa, pero él no buscaba trabajo, me culpaba a mí de todo lo que le pasaba parecía que me tenía rabia y me insultaba de todo y de nada, nada le parecía bien y él decía que por eso tomaba, además el era muy celoso no dejaba que me arregle. Y por cualquier cosa me pegaba, y además cuando llegaba borracho siempre quería tener relaciones, no le importaba si mis hijos estaban presentes... yo no quería pero él me obligaba, además me hacía cosas muy feas. En una época estuve con

hemorragia durante tres meses y a él no le importaba igual me obligaba a estar con él, yo tenía miedo de embarazarme. Un día por defender a mi hijo de 9 años que lo golpeaba feo a patadas lo agarraba, me agarró a patadas y esta vez lo denuncié por pegar a mi hijo y a mí pero no le hicieron nada y cuando volvió a la casa me volvió a pegar. Desde esa vez él se perdía días y un día me entero que otra mujer había tenido y dos hijos, yo me fui a Cochabamba con mis hijos pero me vino a rogar y yo volví con él por mis hijos. Ahora es peor cada día toma más ya no trae plata a la casa yo tengo que lavar ropa para ayudarme, tenemos deudas, porque él sigue con la otra.

Yo ya estoy cansada de vivir esta vida con él por eso me ha hecho esto; yo fui a poner denuncia porque quería separarme y cuando le alcancé la citación él estaba borracho como de costumbre, él toma en el día en la casa y en la noche sale con sus amigos y a veces no llega días, y yo tengo que darle para que tome ya no puedo más. Por eso fui a poner denuncia otra vez porque quería separarme y cuando le alcancé la denuncia me hizo esto me comenzó a insultar me dijo que muerta me iba a dejarme pateó en la cara en el estómago, y de pronto alzó el cuchillo que estaba sobre la mesa; y me comenzó a apuñalar diciéndome que nunca me va a dejar porque el era mi dueño. Yo sentí un dolor agudo y me desmayé ...no recuerdo más tengo mucho miedo pero lo único que quiero es separarme para irme lejos con mis hijos."

En este patético caso podemos identificar claramente al agresor alcohólico que del consumo excesivo pasa al abuso y sobreviene el descontrol en su forma de beber, posteriormente va a pasar a la tolerancia y de ésta a la dependencia física y psicológica; en esta etapa donde se agudizan los síntomas del alcoholismo hay una considerable pérdida de valores éticos, morales y humanos, surgen celos irracionales debido a su condición de persona psicológicamente vulnerable para el manejo de sus emociones, encubierto por una sociedad permisiva y donde el poder se manifiesta en forma de agresión física, psicológica y sexual en contra de la mujer con el consiguiente deterioro de las relaciones familiares, laborales y sociales.

En cuanto a la mujer se puede observar que el ciclo de la violencia comienza con insultos recriminaciones y devaluación de la persona, y luego sobreviene la etapa de la reconciliación, con promesas de un cambio que nunca llega. Hasta la explosión de un nuevo incidente violento en este caso por celos; agravados por una situación económica insostenible, el cual termina con la agresión física. Así el ciclo comienza nuevamente.

Estos hechos de violencia se dan con mucha frecuencia en nuestro medio; en términos conductuales la violencia doméstica es un acto de agresión que se da entre parejas y que se hace extensiva, en la mayoría de los casos, a los hijos de un sujeto alcohólico.

Por otro lado, dicha agresión tiene la característica de darse en un determinado contexto el cual es el ámbito familiar, es decir al interior de la familia. Dichas conductas no son hechos aislados sino por el contrario son permanentes y se constituyen en un patrón de conducta recurrente y mediador y puede llegar a ser la única forma de comunicación entre sus miembros.

En este trabajo se vio necesario estudiar la relación o el grado de parentesco de la mujer agredida con el agresor. Datos obtenidos de una investigación realizada por (Virginia Satir 1999) revelan que 82% de los agresores es o ha sido pareja de la mujer agredida; es decir, que de cada diez mujeres que denuncian violencia doméstica seis han sido agredidas por su esposo o concubino, una por su ex-esposo o ex-concubino, una por su novio o enamorado y dos por otro familiar.

Es importante observar que el motivo de la violencia doméstica tiene relación con la forma en que se manifiesta contra la mujer. Por ejemplo, 28.5% de los casos de agresión física fueron precipitados por el estado de embriaguez del agresor y 12.7% por la situación económica.

Los celos en un 24% y el estado alcohólico del agresor en un 32.3% desencadenaron los homicidios o las tentativas de homicidio. Mientras que los suicidios y los intentos de suicidio en un 72.6%, cifra demasiado alta, tienen que ver con los conflictos familiares.

En los casos de violencia sexual en relaciones familiares 27% de los casos de violación se originaron, según las denuncias, debido al estado de embriaguez del agresor. Asimismo el 31% de los intentos de violación en violencia doméstica sucedieron por que el agresor estaba en estado de embriaguez.

Un 22.7% de los casos de violencia psicológica y abuso emocional, (insultos, amenazas, y otros) ocurrió por dinero, 13.8% por el estado de embriaguez del agresor y 10.6% por celos, entre los más importantes motivos.

3.2 Causas y efectos de la violencia doméstica.

Entre las principales causas de la violencia doméstica están los problemas de dinero, el estado de embriaguez del agresor, los conflictos familiares por celos, por otra mujer (tiene que ver principalmente con abandono, bigamia o adulterio), entre otros.

Por su parte los efectos encontrados son los siguientes:

- | | |
|----------------------------------------|-------------------------------|
| - Baja autoestima | - Inseguridad |
| - Miedo | - Sentimientos de culpa |
| - Rechazo hacia sí misma | - Complejo inferioridad |
| - Incapacidad de afrontar problemas | - Indiferencia |
| - Incapacidad de tomar decisiones | - Utilizada sexualmente |
| - Efectos negativos en la salud sexual | - Pérdida de afecto |
| - Dependiente económicamente | - Pérdida de respeto |
| - Resignada a ser maltratada | - Sumisión, odio a su agresor |
| - No expresa lo que piensa y siente | - Sentimientos venganza |
| - Condicionada, pisoteada, humillada | |

En los hijos:

- | | |
|----------------------------------------|---------------------------|
| - Baja autoestima | - Agresividad |
| - Introversión | - Rebeldía |
| - Pérdida del respeto hacia los padres | - Conductas anómalas |
| - Sentimientos de venganza | - Control sobre el dinero |

(Salud y Violencia Intrafamiliar, **Min.** de Salud y P. S., 1998)

3.3 Perfil de la mujer maltratada.

- Baja autoestima
- Se hace responsable de los actos de su pareja
- Ella cree que puede cambiarlo
- Cree en la superioridad del agresor
- Gran capacidad de dar sin pedir nada a cambio porque no cree merecerlo
- Acepta sumisa los roles genéricos convencionales
- Utiliza el sexo para establecer intimidad
- Vive en un estado de estrés y alteración constante
- En su hogar sus padres la trataron como muñeca frágil
- Es codependiente patológica

(Salud y Violencia Intrafamiliar, Min. de Salud y P. S., 1998)

3.4 Perfil del agresor.

- Baja autoestima
- Culpa a los demás por sus actos
- Dualidad en la personalidad
- Es patológicamente celoso y emocionalmente dependiente
- Cree en los mitos sobre el abuso y la superioridad masculina y los roles genéricos
- Utiliza el alcohol y/o la violencia para afrontar situaciones de estrés
- Utiliza el sexo para controlar
- Ha estado expuesto a situaciones de violencia doméstica en su hogar
- Existe una historia de alcoholismo familiar
- Es dependiente patológico del alcohol

(Salud y Violencia Intrafamiliar, Min. de Salud y P. S., 1998)

CAPÍTULO III

MARCO

REFERENCIAL

CAPÍTULO III

MARCO REFERENCIAL

1. Ley N° 1674 de 15 de diciembre de 1995

El 15 de diciembre de 1995, durante el gobierno del Lic. Gonzalo Sánchez de Lozada, el Honorable Congreso Nacional de la República decretó la Ley N°1674 Contra la violencia en la familia o doméstica.

En su Art. 1°, la Ley "(...) establece la política del Estado contra la violencia en la familia o doméstica, los hechos que constituyen violencia en la familia, las sanciones que corresponden al autor y las medidas de prevención y protección inmediata a la víctima".

Posteriormente, en el gobierno del Gral. Hugo Banzer Suárez, esta Ley es reglamentada mediante el Decreto Supremo N° 25087 para su cabal aplicación.

El artículo 8 de dicho Reglamento, respalda e imparte los lineamientos que permiten el accionar de la Brigada de Protección a la Familia sobre los casos violencia.

"ARTÍCULO 8.- (Brigadas de Protección a la Mujer y la Familia)

I. Las brigadas podrán:

- a) Socorrer a las personas agredidas aún cuando se encuentren dentro de un domicilio, sin necesidad de mandamiento ni limitación de hora y día, con la única finalidad de proteger a la víctima y evitar mayores agresiones.
- b) Aprender a los agresores/as y ponerlos/las a disposición de la autoridad judicial.
- c) Levantar un acta sobre los hechos ocurridos para lo cual deberán recoger información de familiares, vecinos u otras personas presentes, reunir y asegurar todo elemento de prueba.
- d) Decomisar las armas y los objetos utilizados para amenazar y agredir, poniéndolos a disposición de la autoridad judicial.
- e) Orientar a las víctimas sobre los recursos que la Ley les acuerda y los servicios que tiene a sus disposición el Estado.
- f) Conducir a la persona agredida a los servicios de salud.
- g) Levantar inventario e informar al juez o Ministerio Público.

- h) Acompañar a la víctima asistiéndola, mientras retira sus pertenencias personales de su domicilio u otro lugar.
- II. La investigación policial se seguirá de oficio, independientemente del impulso de al denunciante.
- III. Cuando exista peligro inminente para la integridad física de las personas protegidas por la ley, el cumplimiento de las formalidades no se convertirá en impedimento para la intervención oportuna de la policía."

La violencia contra la mujer se constituye en una violación a los derechos humanos y libertades fundamentales, consignadas en la Declaración Universal de los Derechos Humanos que establece la igualdad y dignidad del ser humano sin discriminación.

En la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la Violencia contra la Mujer, fue promulgada como Ley de la República N° 1549 el día 18 de octubre de 1994. Esta ley protege a la mujer contra la discriminación y la violencia, y surge como necesidad de proteger y respetar la dignidad humana para la protección de la mujer y el respeto a sus derechos.

De la misma manera, la Ley # 1674 del 15 de octubre de 1995 contra la violencia doméstica en nuestro país, establece un conjunto de medidas de prevención y protección inmediata.

2. Referencia Institucional: Descripción.

2.1 ¿Qué es la Brigada de Protección a la Familia?

La Brigada de Protección a la Familia es una unidad especializada de la Policía Nacional, que brinda servicios de auxilio, protección y prevención a las víctimas de la violencia familiar.

Los alarmantes índices de violencia doméstica en nuestro país demostraron la necesidad de crear el servicio de las brigadas de protección a la familia, como una instancia especializada que permita a las víctimas de agresión, realizar las denuncias correspondientes y lograr la disminución de la violencia intrafamiliar en todas sus formas.

El servicio que presta la Brigada de Protección a la Familia tiene carácter gratuito y funciona las 24 horas del día. Se ha diseñado un rol de turnos que permite atender a las personas que

denuncian la violencia doméstica todos los días del año, incluyendo feriados. Dicho servicio policial brinda atención permanente a las víctimas de violencia doméstica; su función es prestar auxilio inmediato y necesario a las víctimas para evitar mayores peligros.

Las denuncias de violencia familiar pueden interponerse en forma personal, a través del teléfono o por intermedio de terceras personas.

Una vez establecida la denuncia, se orienta a las víctimas sobre sus derechos y procedimientos a seguir, posteriormente se los remite al departamento de Trabajo Social, departamento de Psicología y departamento Jurídico, según la naturaleza del caso.

Posteriormente, se cita o se detiene al agresor, según el caso y se adoptan las medidas de emergencia y protección en favor de las personas agredidas. Si la víctima requiere atención médica urgente, es inmediatamente trasladada a un centro de salud.

Si la gravedad de las lesiones causadas a la víctima constituye un delito, el agresor es inmediatamente remitido a la Policía Técnica Judicial para su correspondiente procesamiento.

2.1.1 Antecedentes.

Las Brigadas de Protección a la Familia son creadas como un componente del *Plan Nacional de Prevención y Erradicación de la Violencia* y como respuesta a la creciente y alarmante situación de la mujer como víctima de la violencia en el hogar.

La primera Brigada de Protección a la Familia fue creada en la ciudad de La Paz el 8 de marzo de 1995, mediante resolución 24/95 del Comando General de la Policía Nacional, amparado en el artículo 215 de la Constitución Política del Estado. Así es que se crean las Brigadas de Protección a la Familia como unidades dependientes del Comando General y de los Comandos Departamentales de la Policía Nacional.

Actualmente, se cuenta con diez unidades similares en las nueve capitales de departamento del territorio nacional.

2.1.2 Estructura orgánica de la B.P.F. La Paz

La Brigada tiene a una Comandante que es la cabeza de la dependencia, ésta a su vez depende del Comando Departamental y el Comando General de la Policía Nacional. Trabaja colaborada por un personal multidisciplinario compuesto por cinco profesionales para las áreas jurídico, psicológico y de trabajo social, una ayudante, una secretaria, personal uniformado, dos cocineras y dos choferes.

Diariamente 18 mujeres policías atienden diversidad de casos en la Brigada, asimismo ésta cuenta con dos vehículos de apoyo para brindar atención inmediata a la población.

2.2 Objetivos de la Brigada de Protección a la Familia

El objetivo central de esta unidad es contribuir a la prevención, disminución y erradicación de la violencia familiar.

Sus objetivos específicos son instalar Brigadas piloto en diversos lugares como en El Alto, la zona Sud, en la comisaría de turno de la calle Pando, en el regimiento policial N°1 de San Pedro (al momento de concluir el presente trabajo de investigación ya se cumplió estos objetivos). La capacitación de mujeres policías sobre derechos humanos, técnicas específicas de atención y tratamiento de la violencia.

Otro de los objetivos es implantar un registro estadístico de todos los casos denunciados para hacer un seguimiento y posterior evaluación de los procesos.

2.3 Estadísticas de casos atendidos.

La Brigada de Protección a la Familia de la ciudad de La Paz atiende diariamente entre 40 y 50 casos de violencia entre maltrato físico, psicológico y sexual; abandono de hogar, problemas conductuales, irresponsabilidad materna - paterna, extravíos, tenencia ilegal, auxilio a menores y

ancianos, y vagancia. Asimismo, desde el 8 de marzo de 1995 hasta el 30 de diciembre de 1999, la Brigada de Protección a la Familia atendió más de 40.000 casos de violencia doméstica.

Los datos representan a la semana una atención de 350 casos, y al mes 1.555 totalizando aproximadamente 18.000 casos en el año, a un promedio de dos a tres por hora.

De acuerdo a un estudio realizado en las ciudades de La Paz y El Alto, el 42.86% de los casos denunciados al año, por 12.422 mujeres, está relacionado con la violencia doméstica. De igual modo el 98.6% corresponde a agresiones físicas, de los cuales el 90% de los casos el agresor es el hombre.

Dentro de los casos atendidos en la Brigada de Protección a la Familia, entre los meses de enero a diciembre de 1999, tenemos el siguiente detalle en cuanto a datos referidos a: Agresión física 2002 casos, agresión psicológica 1090 casos, agresión sexual 112 casos; además de 752 casos atendidos por agresión física, psicológica y sexual, que sumados hacen un total anual de 3.956 casos atendidos, (Fuente: archivo de la institución).

2.4 Áreas de trabajo

La Brigada de Protección a la Familia está situada en la calle Sucre, entre Junín y Bolívar, funciona en el primer piso del Comando Departamental y consta de varios ambientes:

2.4.1. El despacho de la Comandante

Se ocupa de dirigir, organizar y planificar todas las actividades que cumple la Brigada y además de atender personalmente los casos que llegan a su despacho.

2.4.2 La secretaría

Cumple la tarea de la elaboración de la documentación referente a todo el manejo administrativo.

2.4.3 El departamento de atención de casos

Compuesta por personal uniformado, que trabaja 24 horas continuas, inclusive los días sábado, domingo y feriados con un personal que trabaja por turnos. La atención de casos está subdividida según la problemática a atenderse.

2.4.4 La sección de archivo

A cargo de personal uniformado que se ocupa de la búsqueda y registro de datos, también se ocupa del archivo, registro y elaboración de las estadísticas.

2.4.5 La guardería o dormitorio eventual

Donde se brinda cobijo eventual a niños abandonados y mujeres maltratadas.

2.4.6 El comedor y cocina

A disposición del personal que cumple servicios las 24 horas, está constituido por dos cocineras que cumplen turnos.

2.4.7 El departamento legal

A cargo de un abogado que se ocupa de brindar asesoramiento legal, y también de la elaboración de memoriales para la remisión de los casos a las diferentes instancias legales.

2.4.8 El departamento de Trabajo Social

A cargo de dos profesionales en el área de trabajo social, se encarga de las visitas domiciliarias, para elaborar el respectivo estudio bio-psico-social y posterior informe a pedido de los demandantes.

2.4.9 El departamento de Psicología

Se ocupa de atender las diferentes problemáticas que llegan a la Brigada. Está compuesta por dos psicólogos responsables, cuyas funciones son brindar información, atención, prevención, orientación, asesoramiento, tratamiento y seguimiento a cada uno de los casos recibidos por

diferentes problemáticas sociales, haciendo especial énfasis en el tratamiento de la violencia intrafamiliar.

Dicho trabajo se realiza en base a un plan anual de trabajo previamente aprobado por el Comando Departamental. Se ocupa también de la elaboración de las fichas psicológicas de las personas atendidas, y un cuaderno de registro de casos, en supuesto que exista un requerimiento fiscal se eleva un informe psicológico.

2.4.9.1 Actividades

Las actividades del departamento de Psicología se cumplen bajo un cronograma de trabajo y determinados periodos de ejecución

- a) Organización y planificación
- b) Atención al público
- c) Asesoramiento y seguimiento psicológico de todos los casos.
- d) Programación de charlas informativas en los colegios
- e) Adiestramiento de estudiantes practicantes de la U.M. S.A.
- f) Capacitación al personal de la Brigada
- g) Formación de grupos de autoayuda
- h) Seminarios
- i) Evaluación

2.4.9.2. Recursos humanos

- a) Psicólogos
- b) Estudiantes practicantes U.M.S.A.
- c) Personal institucional
- d) Comunidad
- e) Personas calificadas invitadas a realizar charlas, seminarios. etc.

2.4.9.3. Recursos materiales

- a) Infraestructura de la institución
- b) Oficina del Departamento de Psicología
- c) Un escritorio, sillones , sillas, cuadros
- d) Material de apoyo : manuales, folletos, trípticos, libros de consulta, afiches, cartillas, otros
- e) Libro de registro de casos, cuadernos de asistencia.

CAPÍTULO IV

MARCO

METODOLÓGICO

CAPÍTULO IV

MARCO METODOLÓGICO

1. Método y tipo de investigación.

Considerando que el método es el camino para alcanzar un objetivo o fin, en el campo científico, el método descriptivo permitió llevar a cabo el estudio, partiendo por entender y concretar los conceptos relacionados al alcoholismo y violencia, más específicamente a una forma de violencia, la doméstica.

Se realizó la acumulación de bibliografía y posterior selección de ésta. Se tomó datos del Marco Referencial en cuanto a estadísticas de los años 1999 y primeros tres meses del año 2.000 para luego definir la muestra mediante técnicas de muestreo.

También se combinaron las metodologías cualitativa y cuantitativa, esta última nos permite determinar la relevancia y baja significancia de ambos fenómenos para establecer nexos a fin de que el tratamiento del tema de estudio disponga de mayores elementos que faciliten la comprensión del fenómeno.

Finalmente la investigación fue definida de tipo descriptiva correlacional, ya que en el afán de comprobar si el alcoholismo está relacionado o no a la violencia doméstica, fue necesario hacer un análisis descriptivo de los resultados en porcentajes de ambas variables para concretizar la hipótesis del presente trabajo de investigación.

El presente estudio es cuantitativo - descriptivo, ya que éste permite describir y relacionar las variables alcoholismo - violencia doméstica, en base a resultados de análisis estadísticos, sus porcentajes y sus características; a la vez nos permite establecer el grado de alcoholismo y el grado de agresión hacia la esposa, además de identificar algunos factores causales del alcoholismo y la violencia doméstica.

2. Diseño.

El tipo de diseño que se siguió para la elaboración del presente trabajo de investigación, es el no experimental - transeccional, donde no existe manipulación de las variables, sino la observación de los fenómenos y su relación, que por las características del trabajo, no es de tipo causal dado que la hipótesis es relacional.

3. Procedimiento.

3.1 Estudio documental.

La presente investigación teórica fue realizada en base a la elaboración de fichas ayuda memoria (FAM) que comprenden las fichas textuales, resumen, sintéticas, analíticas, explicativas, críticas y reflexivas; y fichas bibliográficas o de registro de fuentes, que señalan las fuentes de información y permitieron organizar la información recopilada.

→ El estudio documental comprendió la revisión del material bibliográfico teórico - conceptual y estadístico existente en el INTERNET y en nuestro medio sobre el tema investigado.

3.2 Estudio de campo.

El estudio se llevó a cabo en departamento de Psicología de la Brigada de Protección a la Familia de la ciudad de La Paz, los sujetos fueron seleccionados de los casos atendidos por violencia doméstica.

Dicho estudio fue realizado en tres fases:

1º FASE: Fue de recolección de datos mediante entrevistas personales y aplicación de cuestionarios. En esta fase se obtuvieron los siguientes datos: edad, estado civil, años de matrimonio o convivencia, domicilio, lugar de nacimiento, número de hijos, ingreso mensual, número de denuncias por agresión física. Se aplicó el cuestionario M.P. N°2 a la pareja varón para identificar el alcoholismo y medir los niveles de consumo de los 74 sujetos varones esposos o convivientes de las mujeres investigadas. A sus parejas se les aplicó el cuestionario N°3 "M.S.P.S." sobre violencia y la guía de observación de daño físico.

2° FASE: En la segunda entrevista se les aplicó la guía de observación de signos y síntomas solo para las mujeres para medir el nivel o el grado de daño psicológico, éste fue elaborado por la investigadora.

3° FASE: La evaluación y análisis de los datos se efectuó a través de un programa para computadora denominado SPSS: Statistical Package for the Social Sciences. New York: McGraw-HILL que consiste en utilizar una matriz de datos, la cual está guardada en un archivo.

El tipo o prueba estadística que se utilizó para el presente trabajo es la estadística descriptiva para cada variable. Mediante el cruce de las variables edad y años de convivencia se pudo lograr un mejor acercamiento del proceso relacional a fin de poder explicar con los resultados en qué momento de la evaluación ocurre la relación.

3.2.1 Aplicación de los instrumentos.

La evaluación y observación de los casos se realizó en base a la aplicación de dos cuestionarios y dos guías de observación de signos y síntomas estructurados y elaborados en base al manual de normas y procedimientos para la atención de la salud y violencia intrafamiliar del Ministerio de Salud y Previsión Social para determinar el grado de daño físico y psicológico en base a la observación.

El cuestionario M.P. N°2 consta de 20 ítems y fue diseñado por el psicólogo clínico y Director la Escuela de Psicología de la Universidad Adventista del Plata, Mario Pereyra, para identificar el alcoholismo y medir el nivel o grado de consumo del alcoholismo.

Este cuestionario fue codificado de la siguiente forma: por cada respuesta afirmativa se adjudica un punto. Si tiene de uno a ocho es bebedor ocasional o moderado y en la escala corresponde a consumo bajo; con 15 puntos ya es un bebedor dependiente o patológico, en la escala corresponde a consumo elevado. De 16 a 20 puntos es un bebedor crónico o terminal, en la escala corresponde a consumo crónico. La evaluación se hizo sumando el puntaje obtenido sólo de las respuestas afirmativas.

El cuestionario N°3 sobre violencia, se aplicó a las mujeres para conocer la existencia de violencia en la familia y las implicancias con la forma de beber del esposo o concubino, este cuestionario fue importante para conocer y establecer relaciones entre alcoholismo y la violencia doméstica. Haciendo un cruce con la variable edad se pudo determinar en qué edad la mujer es más susceptible a sufrir agresiones.

Para la medición del grado de daño inferido a nivel físico y psicológico se utilizó como instrumento de medición dos guías de observación de signos y síntomas de daño físico y daño psicológico, ambos elaborados por la investigadora, con escalas de leve, grave y extremo basándose en el manual de normas y procedimientos para la atención de la violencia intrafamiliar del Ministerio de Salud y Previsión Social, O.P.S., O.M.S. y el Viceministerio de Asuntos de Género y Generacionales.

4. Muestra.

La población comprende la totalidad de los casos sobre violencia doméstica cometidos por el esposo o concubino hacia su pareja, atendidos en la Brigada de Protección a la Familia durante el primer trimestre del año 2.000, en un número total de 1.109 casos.

De este total, se tomó una muestra probabilística representativa de la población que según la fórmula aplicada $n = 74$ casos.

El tipo de muestra es la probabilística simple:

Porque todos los elementos de la población tenían al inicio la misma probabilidad de ser elegidos.

Porque el estudio se hizo por encuestas.

Los elementos muestrales se obtuvieron del archivo estadístico de la institución de los tres primeros meses del año 2.000 que conforman la población total o universo, sumando un total de 1.109 casos que presentan las siguientes características: se trata de parejas que fueron remitidas a la institución por problemas de agresión física, psicológica y sexual en

estado de embriaguez o no, y cuyas edades oscilan entre los 18 y 45 años, y con más de dos años de convivencia.

La fórmula para determinar el tamaño de la muestra es:

$$n = \frac{p q z^2}{d^2}$$

$$n = \frac{(0,5) (0,5) 1,65^2}{(0,1)^2} = 69$$

Donde:

N= 1.109 casos

n = Sub grupo de la población

p = 0,5 (valor promedio de la v.independiente)

q = 0,5 (varianza de la población)

z = 1,65 (varianza de la muestra)

d = 0,1 (error no muestral)

Lo cual se ajusta a la población N de donde tendremos que:

$$n'' = \frac{n'}{1 + \frac{1}{N}}$$

$$n'' = \frac{69}{1 + \frac{1}{1109}} = 65$$

$$n \text{ definitivo} = 65 + 0.10 (65)$$

$$n \text{ definitivo} = 72$$

La muestra se tomó en 19 días y por razones administrativas 4 casos por día, por lo cual **n** = 74

CAPÍTULO V
RESULTADOS
DE LA
INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

1. Análisis estadístico descriptivo e interpretación del cuestionario "M.P." para la identificación y medición del nivel y grado de alcoholismo.

El cuestionario "M.P." consta de 20 preguntas cerradas, por cada una de ellas se realizaron dos tablas según el cruce de variables: edad y años de convivencia que permitió determinar el nivel o grado de consumo de alcohol. Este cuestionario sólo fue aplicado a los sujetos varones investigados en un total de 74.

En las 40 tablas presentadas a continuación, las respuestas fueron codificadas de la siguiente manera:

SI = 1

NO = 2

Para la evaluación se hizo la sumatoria de las respuestas afirmativas. O respuestas afirmativas significa que el sujeto es abstemio, de 1 a 8 respuestas afirmativas significa que el sujeto investigado es bebedor ocasional o social, de 9 a 15 puntos es bebedor dependiente patológico, y de 16 a 20 puntos es un bebedor crónico y se encuentra en la etapa terminal de la enfermedad:

A continuación, presentamos el número y porcentaje de respuestas positivas al cuestionario MP2 que determina que la mayoría de los 74 varones encuestados son bebedores excesivos, en un porcentaje del 56.35 %

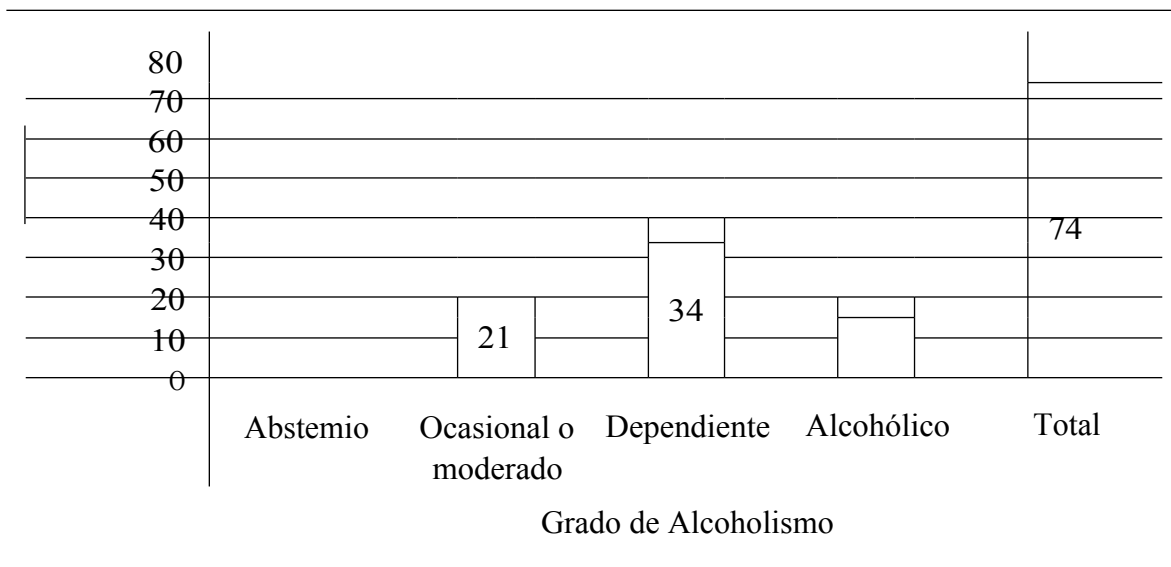
1.1. Resultados generales del cuestionario M.P.

	PREGUNTA	RESP.	N°	
1	¿ASISTE REGULARMENTE A FIESTAS O COMPROMISOS SOCIALES?	SI	38	54
2	¿BEBE EN EXCESO DEPSUES DE UN CONTRATIEMPO?	SI	40	61
3	¿CUÁNDO POR ALGUNA CIRCUNSTANCIA NO PUEDE BEBER, SE SIENTE INCOMODO?	SI	15	22
4	¿ALGUNA VEZ SE LEVANTO A LA MAÑANA SIGUIENTE DE HABER BEBIDO SIN PODER RECORDAR LOS INCIDENTES DE LA NOCHE ANTERIOR?	SI	51	73
5	¿CUÁNDO SE DISPONE A BEBER, SIENTE QUE TIENE MAS URGENCIA QUE ANTES POR BEBER EL PRIMER TRAGO?	SI	19	27
6	¿AUN DESPUES DE QUE SUS FAMILIARES Y AMIGOS YA NO DESEAN BEBER, INSISTE USTED EN SEGUIR BEBIENDO?	SI	49	70
7	¿BUSCA A VECES ALGUN JUSTIFICATIVO PARA SEGUIR BEBIENDO?	SI	23	33
8	¿CUÁNDO ESTA SOBRIO LAMENTA LAS COSAS QUE HIZO MEINTRAS ESTABA EMBRIAGADO?	SI	59	84
9	¿SIENTE QUE PUEDE TOMAR MAS ALCOHOL QUE ANTES SIN QUE APARENTEMENTE LE HAGA DAÑO?	SI	37	53
10	¿HAN AUMENTADO SUS PROBLEMAS ECONOMICOS, LABORALES Y FAMILIARES?	SI	65	93
11	¿EL ALCOHOL LÑE HA OCSIONADO PROBLEMAS LEGALES?	SI	56	80
12	¿LE PARECE QUE LA MAYORIA DE LAS PERSONAS LE CRITICAN LA FORMA DE BEBER?	SI	36	51
13	¿NOTA QUE AUMENTA LA FRECUENCIA DE SUS PERDIDAS DE MENORIA?	SI	35	51
14	¿EN LOS DIAS QUE BEBE MUCHO, COME POCO O IRREGULARMENTE?	SI	36	52
15	¿CUÁNDO SE DESPIERTA MUY NERVIOSO, PIENSA QUE UNOS TRAGOS LE AYUDARAN A MEJORAR SU ANIMO?	SI	20	29
16	¿SE SIENTE A VECES DEPRIMIDO Y PIENSA QUE NO PUEDE SEGUIR VIVIENDO?	SI	25	36
17	¿EN ALGUNAS OPORTUNIDADES LE HA PARECIDO VER O ESCUCHAR COSAS IMAGINARIAS?	SI	31	44
18	¿ALGUNA VEZ HA PERMANECIDO EMBRIAGADO DURANTE VARIOS DIAS SEGUIDOS?	SI	44	63
19	¿EN ALGUNA OPORTUNIDAD, SINTIO MIEDO POR HABER BEBIDO EN EXCESO?	SI	45	64
20	¿ACOSTUMBRA BEBER MAS DE LA CUENTA CUANDO SE ENCUENTRA DEPRIMIDO O PRESIONADO POR CUALQUIER TIPO DE PROBLEMAS?	SI	61	87

TOTAL PROMEDIO DE RESPUESTAS POSITIVAS

56.35%

1.2 Resultados de las categorías de alcoholismo según niveles o patrones de consumo.



Los resultados de esta tabla demuestran que el grupo de los bebedores dependientes es el que presenta mayor porcentaje, por lo tanto considerado el de más alto riesgo.

A continuación se presenta el análisis estadístico descriptivo de las tablas por grupos y años de convivencia; estos resultados sirvieron para establecer asociaciones entre alcoholismo y violencia, detectar e identificar los síntomas más importantes del alcoholismo.

TABLA N°1

¿Asiste regularmente a fiestas o compromisos sociales?

MP1 * EDAD POR GRUPOS Crosstabulation

		% within EDAD POR GRUPOS						Total
		EDAD POR GRUPOS						
MP1	0	DE 20 A 24	DE 25 A 29	DE 30 A 34	DE 35 A 39	DE 40 A 44	DE 45 Y MAS	
	1	50,0%	41,7%	50,0%	52,9%	56,3%	85,7%	54,1%
	2	50,0%	58,3%	44,4%	47,1%	43,8%	14,3%	44,6%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En la tabla 1, el 54.1% frecuenta fiestas y el 44.6% no frecuenta fiestas. Según grupos de edad, la mayoría (85.7%) de la edad de 45 y más frecuenta fiestas. Los mayores asisten con más frecuencia, lo que indica que su consumo es mayor y de un consumo social puede pasar a patologías mas severas.

TABLA N°2

¿Asiste regularmente a fiestas o compromisos sociales?

MP1 * AÑOS DE CONVIVENCIA O MATRIMONIO Crosstabulation

% within AÑOS DE CONVIVENCIA O MATRIMONIO

		AÑOS DE CONVIVENCIA O MATRIMONIO			Total
		MENOS DE 5	DE 6 A 10	MAS DE 10	
MP1	0			2,9%	1,4%
	1	50,0%	50,0%	58,8%	54,1%
	2	50,0%	50,0%	38,2%	44,6%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En la tabla 2, de acuerdo a años de convivencia, la mayoría (58.8%) de 10 a más años de convivencia matrimonial frecuentan las fiestas; los que tienen menos de 5 años de convivencia, frecuentan fiestas en un 50%. Según esta tabla los años de convivencia no son un impedimento para el consumo social en fiestas.

TABLA N°3

¿Bebe en exceso después de un contratiempo?

MP2 * EDAD POR GRUPOS Crosstabulation

% within EDAD POR GRUPOS

		EDAD POR GRUPOS					Total
		DE 20 A 24	DE 25 A 29	DE 30 A 34	DE 35 A 39	DE 40 A 44	
MP2	0			6,3%			1,4%
	1	50,0%	45,5%	81,3%	56,3%	53,3%	59,4%
	2	50,0%	54,5%	12,5%	43,8%	46,7%	42,9%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En la tabla 3, el 59.4% beben después de un problema de contratiempo y un 39.1% no beben por esa razón, de los cuáles, las edades de 30-34 años representan el 81.3% en su mayoría. Se observa que la aparición de los problemas y la incapacidad de afrontamiento por una vulnerabilidad psicológica subyacente están relacionados con el consumo excesivo de bebidas alcohólicas mayor relevancia en las edades de 30-34 años.

TABLA N°4

¿Bebe en exceso después de un contratiempo?

MP2 * AÑOS DE CONVIVENCIA O MATRIMONIO Crosstabulation

% within AÑOS DE CONVIVENCIA O MATRIMONIO

		AÑOS DE CONVIVENCIA O MATRIMONIO			Total
		MENOS DE 5	DE 6 A 10	MAS DE 10	
MP2	0			3,1%	1,4%
	1	53,8%	54,2%	65,6%	59,4%
	2	46,2%	45,8%	31,3%	39,1%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En la tabla 4, de acuerdo a los años de convivencia, la mayoría (65.6%) de 10 a más años de convivencia matrimonial beben después de un contratiempo; en los demás grupos es relativamente menor. En los matrimonios maduros, el consumo excesivo tiene relación con los problemas familiares .

TABLA N°5

¿Cuándo por alguna circunstancia no puede beber, se siente incómodo?

MP3 * EDAD POR GRUPOS Crosstabulation

% within EDAD POR GRUPOS

		EDAD POR GRUPOS					Total
		DE 20 A 24	DE 25 A 29	DE 30 A 34	DE 35 A 39	DE 40 A 44	
MP3	0			5,6%			1,4%
	1	25,0%	33,3%		35,3%	20,0%	19,2%
	2	75,0%	66,7%	94,4%	64,7%	80,0%	100,0%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En la tabla 5, el grupo de 35 a 39 años con un porcentaje de 35.3% se siente incómodo por no beber. La mayoría absoluta (100%) que corresponde a la edad de 45 y más años no se sienten incómodos. Esto quiere decir hay una racionalización y negación de la conducta de la ingestión abusiva.

TABLA N°6

¿Cuándo por alguna circunstancia no puede beber, se siente incómodo?

MP3 * AÑOS DE CONVIVENCIA O MATRIMONIO Crosstabulation

within AÑOS DE CONVIVENCIA O MATRIMONIO

		AÑOS DE CONVIVENCIA O MATRIMONIO			Total
		MENOS DE 5	DE 6 A 10	MAS DE 10	
MP3	0			3,0%	1,4%
	1	28,6%	19,2%	15,2%	19,2%
	2	71,4%	80,8%	81,8%	79,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En la tabla 6, de acuerdo a los años de convivencia, el total de los encuestados 19.2% afirman sentirse incómodos cuando no consumen bebidas alcohólicas. Y un 79.5% dicen no sentirse incómodos. Lo cual ratifica el anterior resultado de que existe negación respecto al consumo abusivo.

TABLA N°7

¿Alguna vez se levantó a la mañana siguiente de haber bebido sin poder recordar los incidentes de la noche anterior?

MP4 * EDAD POR GRUPOS Crosstabulation

% within EDAD POR GRUPOS

		EDAD POR GRUPOS						Total
		DE 20 A 24	DE 25 A 29	DE 30 A 34	DE 35 A 39	DE 40 A 44	DE 45 Y MAS	
MP4	0			5,6%				1,4%
	1	75,0%	50,0%	72,2%	88,2%	75,0%	71,4%	73,0%
	2	25,0%	50,0%	22,2%	11,8%	25,0%	28,6%	25,7%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En la tabla 7, el 73% recuerda los acontecimientos de haber bebido la noche anterior y un 25.7% no recuerda, lo cual significa que hubo un consumo excesivo de alcohol que origina amnesia alcohólica. Que de continuar el abuso puede pasar a patologías más severas (intoxicación).

TABLA N°8

¿Alguna vez se levantó a la mañana siguiente de haber bebido sin poder recordar los incidentes de la noche anterior?

MP4 AÑOS DE CONVIVENCIA O MATRIMONIO Crosstabulation

% within AÑOS DE CONVIVENCIA O MATRIMONIO

		AÑOS DE CONVIVENCIA O MATRIMONIO			Total
		MENOS DE 5	DE 6 A 10	MAS DE 10	
MP4	0			2,9%	1,4%
	1	71,4%	65,4%	79,4%	73,0%
	2	28,6%	34,6%	17,6%	25,7%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En la tabla 8, de acuerdo a los años de convivencia, la mayoría de 10 y más de convivencia matrimonial (79.4%) recuerdan los incidentes de haber bebido la noche anterior. Entonces, las lagunas mentales en los matrimonios maduros son síntomas que hay que tomar en cuenta porque se constituirán en el grupo de más alto riesgo.

TABLA N°9

¿Cuándo se dispone a beber, siente que tiene más urgencia que antes por beber el primer trago?

MP5 * EDAD POR GRUPOS Crosstabulation

% within EDAD POR GRUPOS

		EDAD POR GRUPOS					Total
		DE 20 A 24	DE 25 A 29	DE 30 A 34	DE 35 A 39	DE 40 A 44	
MP5	0			5,6%			1,4%
	1	25,0%	16,7%	33,3%	29,4%	31,3%	28,4%
	2	75,0%	83,3%	61,1%	70,6%	68,8%	70,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En la tabla 9, el 28.4% siente ansiedad por beber el primer trago y un 70.3% no siente ansiedad; de los cuáles, la mayoría (83.3%) corresponde a la edad de 25-29 años. Entonces, solo una minoría del total tiene actitud de dependencia ansiosa hacia el alcohol.

TABLA N°10

¿Cuándo se dispone a beber, siente que tiene más urgencia que antes por beber el primer trago?

MP5 AÑOS DE CONVIVENCIA O MATRIMONIO Crosstabulation

% within AÑOS DE CONVIVENCIA O MATRIMONIO

		AÑOS DE CONVIVENCIA O MATRIMONIO			Total
		MENOS DE 5	DE 6 A 10	MAS DE 10	
MP5	0			2,9%	1,4%
	1	21,4%	23,1%	35,3%	28,4%
	2	78,6%	76,9%	61,8%	70,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En la tabla 10, según años de convivencia, la mayoría (78.6%) que corresponde a menores a 5 años de convivencia matrimonial, señalan que no sienten ansiedad por beber el primer trago. Esto implica que, las parejas matrimoniales con más de 10 años de convivencia con un porcentaje del 35.3% son los manifiestan actitud de dependencia ansiosa hacia el alcohol.

TABLA N°11

¿Aún después de que sus familiares y amigos ya no desean beber, insiste usted en seguir bebiendo?

MP6 * EDAD POR GRUPOS Crosstabulation

% within EDAD POR GRUPOS

		EDAD POR GRUPOS					Total
		DE 20 A 24	DE 25 A 29	DE 30 A 34	DE 35 A 39	DE 40 A 44	
MP6	0			5,6%			1,4%
	1	25,0%	33,3%	72,2%	82,4%	93,8%	71,6%
	2	75,0%	66,7%	22,2%	17,6%	6,3%	14,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En la tabla 11, el 71.6% insisten seguir bebiendo y un 27.0% no insiste; de los cuáles 93.8% corresponden a la edad de 40 a 44 años de edad. De modo que, la mayoría está desarrollando tolerancia hacia el alcohol.

TABLA N°12

¿Busca a veces algún justificativo para seguir bebiendo?

MP7 * EDAD POR GRUPOS Crosstabulation

% within EDAD POR GRUPOS

		EDAD POR GRUPOS						Total
		DE 20 A 24	DE 25 A 29	DE 30 A 34	DE 35 A 39	DE 40 A 44	DE 45 Y MAS	
MP7	0			5,6%				1,4%
	1	25,0%	25,0%	22,2%	41,2%	53,3%	16,7%	33,3%
	2	75,0%	75,0%	72,2%	58,8%	46,7%	83,3%	65,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En la tabla 12, el 33.3%, generalmente, tienden a buscar justificativos para seguir bebiendo de los cuales los de 40 a 44 años son los que más buscan justificativos (53.3%). Y un 65.3% no buscan justificativos. Además se observa una negación hacia la actitud dependiente.

TABLA N°13

¿Busca a veces algún justificativo para seguir bebiendo?

MP7 * AÑOS DE CONVIVENCIA O MATRIMONIO Crosstabulation

% within AÑOS DE CONVIVENCIA O MATRIMONIO

		AÑOS DE CONVIVENCIA O MATRIMONIO			Total
		MENOS DE 5	DE 6 A 10	MAS DE 10	
MP7	0			3,1%	1,4%
	1	21,4%	26,9%	43,8%	33,3%
	2	78,6%	73,1%	53,1%	65,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En la tabla 13, según años de convivencia, la mayoría (78.6%) que corresponde a menores a 5 años de vida matrimonial, no buscan justificativos para beber. Por tanto, los matrimonios maduros con más de 10 años de convivencia sí buscan justificativos en un porcentaje de 43.8%, este resultado demuestra la manipulación en las respuestas con respecto al anterior resultado.

TABLA N°14

¿Cuándo está sobrio, lamenta las cosas que hizo mientras estaba embriagado?

MP8 * EDAD POR GRUPOS Crosstabulation

% within EDAD POR GRUPOS

		EDAD POR GRUPOS					Total
		DE 20 A 24	DE 25 A 29	DE 30 A 34	DE 35 A 39	DE 40 A 44	
MP8	0			5,6%			1,4%
	1	50,0%	58,3%	88,9%	100,0%	87,5%	83,8%
	2	50,0%	41,7%	5,6%		12,5%	14,9%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En la tabla 14, el 83.8% lamentan lamentan las cosas que hizo en estado de embriaguez y un 14.9% no lo lamenta; de los cuáles, la mayoría absoluta (100%) de la edad de 35 a 39 años tiende a lamentar. Esto implica que la mayoría tiene sentimientos de culpa por su forma de beber y de manera relevante los de 35 a 39 años.

TABLA N°15

¿Cuándo está sobrio, lamenta las cosas que hizo mientras estaba embriagado?

MP8 * AÑOS DE CONVIVENCIA O MATRIMONIO Crosstabulation

% within AÑOS DE CONVIVENCIA O MATRIMONIO

		AÑOS DE CONVIVENCIA O MATRIMONIO			Total
		MENOS DE 5	DE 6 A 10	MAS DE 10	
MP8	0			2,9%	1,4%
	1	57,1%	80,8%	97,1%	83,8%
	2	42,9%	19,2%		14,9%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En la tabla 15, de acuerdo a los años de convivencia, la mayoría (97.1%) de mayores a 10 años de vida matrimonial, lamentan las cosas que hicieron en estado de embriaguez bebido. Los matrimonios maduros son los que más tienen sentimientos de culpa por su forma de beber.

TABLA N°16

¿Siente que puede tomar más alcohol que antes sin que aparentemente le haga daño?

MP9 * EDAD POR GRUPOS Crosstabulation

% within EDAD POR GRUPOS

		EDAD POR GRUPOS						Total
		DE 20 A 24	DE 25 A 29	DE 30 A 34	DE 35 A 39	DE 40 A 44	DE 45 Y MAS	
MP9	0			5,6%				1,4%
	1	25,0%	33,3%	44,4%	76,5%	68,8%	33,3%	53,4%
	2	75,0%	66,7%	50,0%	23,5%	31,3%	66,7%	45,2%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En la tabla 16, el 53.4% desea beber aun más alcohol y 45.2% no piensa lo mismo; de los cuáles, la mayoría (76.6%) de la edad de 35-39 años desea continuar bebiendo. La mayoría, piensa que puede controlar su forma de beber. Las personas encuestadas están desarrollando tolerancia.(grupo de riesgo).

TABLA N°17

¿Siente que puede tomar más alcohol que antes sin que aparentemente le haga daño?

MP9 * AÑOS DE CONVIVENCIA O MATRIMONIO Crosstabulation

% within AÑOS DE CONVIVENCIA O MATRIMONIO

		AÑOS DE CONVIVENCIA O MATRIMONIO			Total
		MENOS DE 5	DE 6 A 10	MAS DE 10	
MP9	0			3,0%	1,4%
	1	28,6%	53,8%	63,6%	53,4%
	2	71,4%	46,2%	33,3%	45,2%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En la tabla 17, de acuerdo a los años de convivencia, los que tienen menores a 5 años de convivencia matrimonial, en su mayoría (71.4%) desea continuar bebiendo. Por tanto, los matrimonios jóvenes también piensan que pueden controlar la ingesta hay tolerancia.(grupo de riesgo).

TABLA N°18

¿Han aumentado sus problemas económicos, laborales y familiares?

MP10 * EDAD POR GRUPOS Crosstabulation

% within EDAD POR GRUPOS

		EDAD POR GRUPOS					Total
		DE 20 A 24	DE 25 A 29	DE 30 A 34	DE 35 A 39	DE 40 A 44	
MP10	0			5,6%			1,4%
	1	100,0%	83,3%	88,9%	94,1%	100,0%	100,0%
	2		16,7%	5,6%	5,9%		5,4%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En la tabla 18, el 93.2% señala que tiene problemas a causa de la bebida y un 5.4% no tienen problemas económicos, laborales y familiares; de los cuales, la mayoría absoluta (100%) de las edades 35-39, 40-44 y 45 y más, tienen problemas. De manera absoluta, los encuestados presentan problemas en las tres esferas, por lo cual se podría decir que ya existe una sintomatología de dependencia alcohólica.

TABLA N°19

¿Han aumentado sus problemas económicos, laborales y familiares?

MP10 * AÑOS DE CONVIVENCIA O MATRIMONIO Crosstabulation

% within AÑOS DE CONVIVENCIA O MATRIMONIO

		AÑOS DE CONVIVENCIA O MATRIMONIO			Total
		MENOS DE 5	DE 6 A 10	MAS DE 10	
MP10	0			2,9%	1,4%
	1	92,9%	92,3%	94,1%	93,2%
	2	7,1%	7,7%	2,9%	5,4%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En la tabla 19, las parejas que tiene más de 10 años de convivencia matrimonial, con mínima diferencia de los demás grupos (94.1%) manifiestan que tienen problemas económicos, laborales y familiares a causa de la bebida. La bebida afecta a la mayoría de los matrimonios maduros, llevando a una crisis económica, laboral y familiar, por lo tanto ya existe dependencia.

TABLA N°20

¿El alcohol, le ha ocasionado problemas legales?

MP11* EDAD POR GRUPOS Crosstabulation

% within EDAD POR GRUPOS

		EDAD POR GRUPOS						Total
		DE 20 A 24	DE 25 A 29	DE 30 A 34	DE 35 A 39	DE 40 A 44	DE 45 Y MAS	
MP11	0			5,6%				1,4%
	1	50,0%	66,7%	66,7%	88,2%	81,3%	85,7%	75,7%
	2	50,0%	33,3%	27,8%	11,8%	18,8%	14,3%	23,0%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En la tabla 20, el 75.7% señala que tiene problemas legales a causa de la bebida y sólo un 23.0% señala que no tiene tales problemas; de los cuales, la mayoría (88.2%) de 35 a 39 años de edad, de manera relevante, manifiesta que tienen problemas. La bebida trae al hogar, como consecuencia, problemas jurídico-legales(incapacidad de controlar el consumo).

TABLA N°21

¿El alcohol, le ha ocasionado problemas legales?

MP11* AÑOS DE CONVIVENCIA O MATRIMONIO Crosstabulation

% within AÑOS DE CONVIVENCIA O MATRIMONIO

		AÑOS DE CONVIVENCIA O MATRIMONIO			Total
		MENOS DE 5	DE 6 A 10	MAS DE 10	
MP11	0			2,9%	1,4%
	1	71,4%	73,1%	79,4%	75,7%
	2	28,6%	26,9%	17,6%	23,0%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En la tabla 21, los matrimonios mayores a 10 años de convivencia matrimonial son los que más (79.4%) tienen problemas jurídico-legales a causa de la bebida. Los matrimonios maduros son los más afectados con los problemas jurídico-legales, a causa de la bebida, por la incapacidad de controlar el abuso de la sustancia.

TABLA N°22

¿Le parece que la mayoría de las personas le critican
la forma de beber?

MP12 * EDAD POR GRUPOS Crosstabulation

% within EDAD POR GRUPOS

		EDAD POR GRUPOS						Total
		DE 20 A 24	DE 25 A 29	DE 30 A 34	DE 35 A 39	DE 40 A 44	DE 45 Y MAS	
MP12	0			5,6%				1,4%
	1	25,0%	25,0%	61,1%	64,7%	56,3%	57,1%	52,7%
	2	75,0%	75,0%	33,3%	35,3%	43,8%	42,9%	45,9%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En la tabla 22, el 52.7% se siente criticado por la forma de beber, es decir, sienten rechazo de parte de la gente. Sin embargo, la mayoría (75%) de 20 a 24 años de edad no se sienten criticados. Como se podrá observar, la mayoría se siente criticado por el consumo excesivo y abusivo del alcohol; sin embargo, en el grupo de edad 20 a 24 años ocurre lo contrario, no se sienten afectados por la crítica.

TABLA N°23

¿Le parece que la mayoría de las personas le critican
la forma de beber?

MP12 * AÑOS DE CONVIVENCIA O MATRIMONIO Crosstabulation

% within AÑOS DE CONVIVENCIA O MATRIMONIO

		AÑOS DE CONVIVENCIA O MATRIMONIO			Total
		MENOS DE 5	DE 6 A 10	MAS DE 10	
MP12	0			2,9%	1,4%
	1	28,6%	53,8%	61,8%	52,7%
	2	71,4%	46,2%	35,3%	45,9%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En la tabla 23, la mayoría (71.4%) de las parejas menores a 5 años de vida matrimonial no se sienten criticados por su forma de beber. Los matrimonios maduros son los que más se sienten criticados y, por el contrario, los matrimonios jóvenes no se sienten criticados por su forma de beber. Este resultado confirma el anterior resultado que los que tienen más años de convivencia son los que consumen excesivamente alcohol, pese a la crítica social.

TABLA N°24

¿Nota que aumenta la frecuencia de sus pérdidas de memoria?

MP13 * EDAD POR GRUPOS Crosstabulation

% within EDAD POR GRUPOS

		EDAD POR GRUPOS					Total	
		DE 20 A 24	DE 25 A 29	DE 30 A 34	DE 35 A 39	DE 40 A 44		DE 45 Y MAS
MP13	0			11,1%			2,7%	
	1	50,0%	25,0%	55,6%	52,9%	56,3%	42,9%	48,6%
	2	50,0%	75,0%	33,3%	47,1%	43,8%	57,1%	48,6%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En la tabla 24, el 48.6% siente que pierde la memoria a causa de la bebida y otro tanto (48.6%) refiere que no tiene tal problema; sin embargo, la mayoría (75%) de la edad de 25 a 29 años señalan que la bebida no afecta a la memoria. Se puede apreciar que la los palimpsestos o lagunas mentales se dan en un porcentaje considerable de la población encuestada.

TABLA N°25

¿Nota que aumenta la frecuencia de sus pérdidas de memoria?

MP13 * AÑOS DE CONVIVENCIA O MATRIMONIO Crosstabulation

% within AÑOS DE CONVIVENCIA O MATRIMONIO

		AÑOS DE CONVIVENCIA O MATRIMONIO			Total
		MENOS DE 5	DE 6 A 10	MAS DE 10	
MP13	0		3,8%	2,9%	2,7%
	1	35,7%	46,2%	55,9%	48,6%
	2	64,3%	50,0%	41,2%	48,6%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En la tabla 25, la mayoría (64.3%) de las parejas de menos a 5 años de convivencia matrimonial, manifiestan que la bebida no afecta a la memoria. Según estos resultados en los matrimonios jóvenes, existe un porcentaje considerable de lagunas mentales o amnesia anterógrada.

TABLA N°26

¿En los días que bebe mucho, come poco o irregularmente?

MP14 * EDAD POR GRUPOS Crosstabulation

% within EDAD POR GRUPOS

		EDAD POR GRUPOS						Total
		DE 20 A 24	DE 25 A 29	DE 30 A 34	DE 35 A 39	DE 40 A 44	DE 45 Y MAS	
MP14	0			5,6%				1,4%
	1	50,0%	41,7%	33,3%	64,7%	62,5%	100,0%	54,8%
	2	50,0%	58,3%	61,1%	35,3%	37,5%		43,8%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En la tabla 26, el 54.5% señala que cuando bebe come poco y otra proporción (43.8%) señala que no es así; de los cuáles, el 62.5% de la edad de 40 a 44 años manifiestan que cuando beben tienen poco apetito. De manera relativa, la ingestión de bebida tiene relación con el descuido en la alimentación y como consecuencia daños a la salud ; esto va en contra de las normas dietéticas.

TABLA N°27

¿En los días que bebe mucho, come poco o irregularmente?

MP14 * AÑOS DE CONVIVENCIA O MATRIMONIO Crosstabulation

% within AÑOS DE CONVIVENCIA O MATRIMONIO

		AÑOS DE CONVIVENCIA O MATRIMONIO			Total
		MENOS DE 5	DE 6 A 10	MAS DE 10	
MP14	0			3,0%	1,4%
	1	42,9%	53,8%	60,6%	54,8%
	2	57,1%	46,2%	36,4%	43,8%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En la tabla 27, la mayoría (60.6%) con más de 10 años de convivencia matrimonial, cuando beben tienen problema de comer poco. Lo anterior confirma que, de acuerdo a los años de convivencia, la bebida inhibe el apetito y este problema es más relevante en matrimonios maduros.

TABLA N°28

¿Cuándo se despierta muy nervioso, piensa que unos tragos le ayudarán a mejorar su ánimo?

MP15 * EDAD POR GRUPOS Crosstabulation

% within EDAD POR GRUPOS

		EDAD POR GRUPOS						Total
		DE 20 A 24	DE 25 A 29	DE 30 A 34	DE 35 A 39	DE 40 A 44	DE 45 Y MAS	
MP15	0			5,6%				1,4%
	1	25,0%	25,0%	27,8%	29,4%	31,3%	42,9%	29,7%
	2	75,0%	75,0%	66,7%	70,6%	68,8%	57,1%	68,9%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En la tabla 28, el 29.7% piensa que la bebida mejora el ánimo y un 68.9% piensan que no es así; la mayoría (75%) de la edad de 20 a 24 años piensan que la bebida no mejora el ánimo. Para los matrimonios mayores la bebida mejora el ánimo, necesita del alcohol para aliviar los síntomas de abstinencia; ; sin embargo para el grupo de edad 20 a 25 años, la bebida no lo alivia.

TABLA N°29

¿Cuándo se despierta muy nervioso, piensa que unos tragos le ayudarán a mejorar su ánimo?

MP15 * AÑOS DE CONVIVENCIA O MATRIMONIO Crosstabulation

% within AÑOS DE CONVIVENCIA O MATRIMONIO

		AÑOS DE CONVIVENCIA O MATRIMONIO			Total
		MENOS DE 5	DE 6 A 10	MAS DE 10	
MP15	0			2,9%	1,4%
	1	21,4%	34,6%	29,4%	29,7%
	2	78,6%	65,4%	67,6%	68,9%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En la tabla 29, para la mayoría (78.6%) de parejas con una convivencia matrimonial menores a 5 años, la bebida no ayuda a mejora el ánimo. Para los matrimonios jóvenes, la bebida no ayuda a recobrar el estado de ánimo. El porcentaje de personas que necesitan aliviar los síntomas de abstinencia es de 29.7% considerable para constituirse en un grupo de alto riesgo.

TABLA N°30

¿Se siente a veces deprimido y piensa que no puede seguir viviendo?

MP16 * EDAD POR GRUPOS Crosstabulation

% within EDAD POR GRUPOS

		EDAD POR GRUPOS						Total
		DE 20 A 24	DE 25 A 29	DE 30 A 34	DE 35 A 39	DE 40 A 44	DE 45 Y MAS	
MP16	0			5,6%				1,4%
	1	50,0%	33,3%	38,9%	41,2%	31,3%	28,6%	36,5%
	2	50,0%	66,7%	55,6%	58,8%	68,8%	71,4%	62,2%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En la tabla 30, el 36.5% de los encuestados se sienten deprimidos y un 62.2% no se siente deprimido; de los cuales, la mayoría (66.7%) de la edad de 25-29 años no se sienten deprimidos. Según los resultados existe un porcentaje de 36.5% que manifiestan sentirse depresivos es considerable dentro del aspecto psicológico.

TABLA N°31

¿Se siente a veces deprimido y piensa que no puede seguir viviendo?

MP16 * AÑOS DE CONVIVENCIA O MATRIMONIO Crosstabulation

% within AÑOS DE CONVIVENCIA O MATRIMONIO

		AÑOS DE CONVIVENCIA O MATRIMONIO			Total
		MENOS DE 5	DE 6 A 10	MAS DE 10	
MP16	0			2,9%	1,4%
	1	42,9%	42,3%	29,4%	36,5%
	2	57,1%	57,7%	67,6%	62,2%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En la tabla 31, la mayoría (67.6%) de parejas mayores a 5 años de convivencia matrimonial no se sienten deprimidos. Existe un porcentaje considerable 36.5% de depresión. Esta cifra puede deberse a que los años de ingestión de alcohol pueden ser determinantes para la aparición de la depresión.

TABLA N°32

¿En algunas oportunidades le ha parecido ver o escuchar cosas imaginarias?

MP17 * EDAD POR GRUPOS Crosstabulation

% within EDAD POR GRUPOS

		EDAD POR GRUPOS						Total
		DE 20 A 24	DE 25 A 29	DE 30 A 34	DE 35 A 39	DE 40 A 44	DE 45 Y MAS	
MP17	0			5,6%				1,4%
	1	50,0%	33,3%	38,9%	41,2%	50,0%	57,1%	43,2%
	2	50,0%	66,7%	55,6%	58,8%	50,0%	42,9%	55,4%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En la tabla 32, el 43.2% ha tenido alucinaciones y un 55,44% no siente este problema; de los cuales, el 58.8% de la edad de 35 a 39 no sienten alucinaciones. Los encuestados refieren alucinaciones en un porcentaje considerable (alucinación alcohólica).

TABLA N°33

¿En algunas oportunidades le ha parecido ver o escuchar cosas imaginarias?

MP17 * AÑOS DE CONVIVENCIA O MATRIMONIO Crosstabulation

% within AÑOS DE CONVIVENCIA O MATRIMONIO

		AÑOS DE CONVIVENCIA O MATRIMONIO			Total
		MENOS DE 5	DE 6 A 10	MAS DE 10	
MP17	0			2,9%	1,4%
	1	35,7%	38,5%	50,0%	43,2%
	2	64,3%	61,5%	47,1%	55,4%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En la tabla 33, el 64.3% menores a 5 años de convivencia matrimonial no sienten alucinaciones. Los encuestados con convivencia por más de 10 años en un porcentaje del 50% manifiestan alucinaciones considerables.

TABLA N°34

¿Alguna vez ha permanecido embriagado durante varios días seguidos?

MP18 * EDAD POR GRUPOS Crosstabulation

% within EDAD POR GRUPOS

		EDAD POR GRUPOS					Total
		DE 20 A 24	DE 25 A 29	DE 30 A 34	DE 35 A 39	DE 40 A 44	
MP18	0			5,6%			1,4%
	1	50,0%	41,7%	72,2%	76,5%	50,0%	60,8%
	2	50,0%	58,3%	22,2%	23,5%	50,0%	37,8%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En la tabla 34, el 60.8% del total de los encuestados ha permanecido embriagado durante varios días seguidos y un 37.8% responden que no; de los cuales, el mayor porcentaje (75.5%) que corresponde a la edad 35 a 39 años de edad. La mayoría de los encuestados bebe revela un consumo continuado de alcohol y pérdida del control sobre la ingestión de bebidas alcohólicas.

TABLA N°35

¿En algunas oportunidades le ha parecido ver o escuchar cosas imaginarias?

MP18 * AÑOS DE CONVIVENCIA O MATRIMONIO Crosstabulation

% within AÑOS DE CONVIVENCIA O MATRIMONIO

		AÑOS DE CONVIVENCIA O MATRIMONIO			Total
		MENOS DE 5	DE 6 A 10	MAS DE 10	
MP18	0			2,9%	1,4%
	1	57,1%	57,7%	64,7%	60,8%
	2	42,9%	42,3%	32,4%	37,8%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En la tabla 35, según convivencia matrimonial, los que tienen más de 10 años de convivencia son los que más (64.7%) revelan un consumo continuado de alcohol. De modo que, los matrimonios maduros, no tienen control sobre la forma de beber. Existe tolerancia y dependencia hacia el alcohol.

TABLA N°36

¿En alguna oportunidad sintió miedo por haber bebido en exceso?

MP19 * EDAD POR GRUPOS Crosstabulation

% within EDAD POR GRUPOS

		EDAD POR GRUPOS					Total	
		DE 20 A 24	DE 25 A 29	DE 30 A 34	DE 35 A 39	DE 40 A 44		DE 45 Y MAS
MP19	0			5,6%			1,4%	
	1	75,0%	50,0%	77,8%	52,9%	75,0%	57,1%	64,9%
	2	25,0%	50,0%	16,7%	47,1%	25,0%	42,9%	33,8%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En la tabla 36, el 64.9% manifiesta que ha sentido miedo por excesos de bebida y uno 33.8% no siente miedo; de los cuáles, la mayoría (77.8%) del grupo de edad 35-39 años de edad son los que más sienten miedo. La mayoría refleja la existencia de miedos irracionales por el forma beber; fenómeno psicológico que ocurre después de la negación .

TABLA N°37

¿En algunas oportunidades le ha parecido ver o escuchar cosas imaginarias?

MP19 * AÑOS DE CONVIVENCIA O MATRIMONIO Crosstabulation

% within AÑOS DE CONVIVENCIA O MATRIMONIO

		AÑOS DE CONVIVENCIA O MATRIMONIO			Total
		MENOS DE 5	DE 6 A 10	MAS DE 10	
MP19	0			2,9%	1,4%
	1	57,1%	65,4%	67,6%	64,9%
	2	42,9%	34,6%	29,4%	33,8%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En la tabla 37, la mayoría relativa (67.6%) de quienes tienen más de 10 años de convivencia matrimonial son los que creen ver o escuchar cosas imaginarias. Los matrimonios maduros parecen ser los que presentan alucinaciones alcohólicas o delirium tremens.

TABLA N°38

¿Acostumbra beber más de la cuenta cuando se encuentra deprimido o presionado por cualquier tipo de problemas?

MP20 * EDAD POR GRUPOS Crosstabulation

% within EDAD POR GRUPOS

		EDAD POR GRUPOS						Total
		DE 20 A 24	DE 25 A 29	DE 30 A 34	DE 35 A 39	DE 40 A 44	DE 45 Y MAS	
MP20	0			5,6%				1,4%
	1	75,0%	75,0%	88,9%	100,0%	81,3%	85,7%	86,5%
	2	25,0%	25,0%	5,6%		18,8%	14,3%	12,2%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En la tabla 38, el 86.5% tiende a beber por depresión y sólo un 12.2% señalan que no beben por depresión; de los cuáles, la mayoría absoluta (100%) de los de la edad 35-39 años de edad son los que beben por depresión. La mayoría de los encuestados justifica su forma de beber por estar deprimido o no poder solucionar sus problemas. En estos resultados se nota el alto porcentaje del aspecto psicológico de la depresión que como muchos autores afirman la depresión esta estrechamente ligada al alcoholismo, como manifestación del abuso del alcohol.

TABLA N°39

¿Acostumbra beber más de la cuenta cuando se encuentra deprimido o presionado por cualquier tipo de problemas?

MP20 * AÑOS DE CONVIVENCIA O MATRIMONIO Crosstabulation

% within AÑOS DE CONVIVENCIA O MATRIMONIO

		AÑOS DE CONVIVENCIA O MATRIMONIO			Total
		MENOS DE 5	DE 6 A 10	MAS DE 10	
MP20	0			2,9%	1,4%
	1	78,6%	88,5%	88,2%	86,5%
	2	21,4%	11,5%	8,8%	12,2%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En la tabla 39, los que tienen 6-10 años de convivencia matrimonial son los que en su mayoría (88.5%), tienden a beber por causa de la depresión. Este resultado confirma el anterior; esto ocurre más en matrimonios relativamente maduros.

2. Análisis estadístico descriptivo e interpretación del cuestionario "M.S.P.S." para medir la existencia de violencia doméstica a nivel físico, psicológico y sexual.

2.1 Número y porcentaje de respuestas positivas al cuestionario M.S.P.S.

	PREGUNTA	RESP.	Nº	
1	¿VIVE SITUACIONES DE VIOLENCIA FAMILIAR?	SI	57	79
2	¿HA SUFRIDO AGRESION FISICO Y/O PSICOLOGICA DURANTE LA ETAPA DE ENAMORAMIENTO?	SI	18	25
3	¿HA SUFRIDO AGRESION FISICA Y/O PSICOLOGICA DURANTE LA ETAPA DEL MATRIMONIO?	SI	58	79
4	¿LAS DISCUSIONES SON MAS FRECUENTES EN LOS ULTIMOS DOS AÑOS?	SI	60	82
5	¿HA SIDO RIDICULIZADA EN PUBLICO O ANTE SUS HIJOS?	SI	34	47
6	¿SE SIENTE USTED RESPONSABLE DE CUALQUIER PROBLEMA QUE OCURRE AL INTERIOR DE SU FAMILIA?	SI	22	30
7	¿SU ESPOSO LE DA APOYO ECONOMICO SUFICIENTE PARA CUBRIR LAS NECESIDADES BASICAS DE USTED Y SUS HIJOS?	SI	9	14
8	¿SU ESPOSO LA OBLIGA A TENER RELACIONES SEXUALES INTIMIDANDOLA?	SI	38	52
9	¿SU ESPOSO INGIERE BEBIDAS ALCOHOLICAS CON FRECUENCIA?	SI	72	99
10	¿LA GOLPEA CUANDO ESTA EN ESTADO DE EBRIEDAD?	SI	71	97
11	¿SU ESPOSO DETERMINA CON QUIEN DEBE HABLAR Y A QUIEN DEBE FRECUENTAR?	SI	51	70
12	¿SU ESPOSO SE TORNA CADA VEZ MAS CELOSO Y POSESIVO?	SI	62	85
13	¿SU ESPOSO LASTIMA DE ALGUNA FORMA SUS HIJOS?	SI	38	53
14	¿SIENTE USTED TEMOR POR SU VIDA Y LA DE SUS HIJOS?	SI	34	47
15	¿CREE USTED QUE SU PAREJA VA A CAMBIAR?	SI	48	68
16	¿CONSIDERA USTED QUE NO HENE RECURSOS PARA MANTENERSE A SI MISMA Y A SUS HIJOS?	SI	28	38
17	¿HA PENSADO EN DEJAR A SU ESPOSO A CAUSA DE LAS AGRESIONES RECIBIDAS?	SI	52	71

TOTAL PROMEDIO DE RESPUESTAS AFIRMATIVAS

60.94%

El promedio de respuestas positivas demuestra el alto índice de violencia en los hogares de las mujeres encuestadas.

El cuestionario consta de 17 preguntas cerradas, las cuales fueron procesadas en tres tablas estadísticas de acuerdo a la variable edad, este cuestionario sólo fue aplicado a las 74 mujeres investigadas. Los resultados de estas tablas nos permitieron realizar la distribución total de casos de violencia física, psicológica y sexual.

TABLA N°40

		EDAD POR GRUPOS			Total
		DE 18 A 29	DE 30 A 39	DE 40 A 49	Col %
		Col %	Col %	Col %	
MSPS1	SI	69,4%	86,2%	100,0%	80,3%
	NO	30,6%	13,8%		19,7%
MSPS2	SI	38,9%	13,3%	9,1%	24,7%
	NO	61,1%	86,7%	90,9%	75,3%
MSPS3	SI	69,4%	86,7%	100,0%	80,5%
	NO	30,6%	13,3%		19,5%
MSPS4	SI	72,2%	90,0%	100,0%	83,1%
	NO	27,8%	10,0%		16,9%
MSPS5	SI	40,0%	50,0%	54,5%	46,1%
	NO	60,0%	50,0%	45,5%	53,9%

En el ítem MSPS1, *¿Vive situaciones de violencia en su familia?*, el 80.3% señala que viven situaciones de violencia en la familia y sólo un 19.7% indica que no tiene este problema; de los cuales, el total (100%) del rango de edad 40 - 49 años viven situaciones de violencia. Esto significa que la violencia en el hogar es innegable y las edades maduras son las que más viven la violencia familiar.

En el ítem MSPS2, *¿Ha sufrido violencia física o psicológica durante la etapa de enamoramiento?*, el 75.3% señalan que no sufrieron agresiones en esa etapa familia y un 24.7% que si sufrieron agresiones; en las edades maduras (40-49 años) es más notable (90.9%) la ausencia de agresiones. Esto quiere decir que las agresiones en esa etapa fueron mínimas y se dan relativamente en edades jóvenes (18-29 años).

En el ítem MSPS3, *¿Ha sufrido violencia física o psicológica durante la etapa del matrimonio?*, el 80.5% manifiesta que ha sufrido agresiones durante el matrimonio y sólo un 19.5% no sufren agresiones; el rango de 40-49 años de edad es donde más sufren agresiones (100%). Estos datos muestran que existe mucha agresión durante la vida matrimonial y se da más en edades maduras (40-49 años).

En el ítem MSPS4, *¿Las discusiones son más frecuentes en los dos últimos años?*, el 83.1% discute frecuentemente en la familia y sólo un 16,9% no tiene este problema; la mayoría absoluta (100%) del

rango de edad 40-49 años tienen problemas frecuentes de discusión. Esto muestra que las agresiones verbales son frecuentes en la familia y afecta más en las edades maduras (40-49 años).

En el ítem MSPS5, *¿Ha sido ridiculizada en público o ante sus hijos?*, el 46.1% manifiesta que han sido ridiculizadas en público y un 53.9% no ha vivido esta situación; y, relativamente, casi en distintos rangos de edad: 18-19 años (40%), 30-39 años (50%) y 40-49 años (40%) manifiestan que han sido ridiculizadas. De acuerdo a estos datos, esta forma de agresión psicológica consiste en ridiculizarla en público para desvalorizarla, bajando sus niveles de autoestima en un porcentaje considerable.

TABLA N°41

		EDAD POR GRUPOS			Total
		DE 18 A 29	DE 30 A 39	DE 40 A 49	Col %
		Col %	Col %	Col %	
MSPS6	SI	25,0%	33,3%	36,4%	29,9%
	NO	75,0%	66,7%	63,6%	70,1%
MSPS7	SI	5,6%	13,3%	36,4%	13,0%
	NO	94,4%	86,7%	63,6%	87,0%
MSPS8	SI	58,3%	50,0%	45,5%	53,2%
	NO	41,7%	50,0%	54,5%	46,8%
MSPS9	SI	97,2%	100,0%	100,0%	98,7%
	NO	2,8%			1,3%
MSPS10	SI	94,4%	100,0%	100,0%	97,4%
	NO	5,6%			2,6%

En el ítem MSPS6, *¿Se siente usted responsable de cualquier problema que ocurre al interior de su familia?*, sólo el 29.9% se siente culpable de los problemas en la familia y la mayoría (70.1%) no se siente culpable; el rango de edad joven (18-29 años) respondieron que no se sienten culpables (60%). Esto implica que el sentimiento de culpabilidad es mínima en las mujeres estudiadas.

En el ítem MSPS7, *¿Su esposo le da apoyo económico suficiente para cubrir las necesidades básicas de usted y de sus hijos?*, sólo el 13% señala que el esposo apoya económicamente en la familia y la mayoría (87%) dice que no apoya; lo que para la mayoría del rango de edad 18--29 años, el esposo no contribuye (94.4%) económicamente. Estos datos nos permiten deducir que el esposo aporta mínimamente a la economía familiar; y, supuestamente, la esposa es quien aporta más.

En el ítem MSPS8, *¿Su esposo la obliga a tener relaciones sexuales intimidándola?*, el 53.2% considera que el esposo obliga a las relaciones sexuales y un 46.8% responden que no; con una mínima diferencia, este problema se da más en los rangos de edad joven (18-29 años). Esto nos muestra que la violencia sexual en el matrimonio se da en un porcentaje considerable.

En el ítem MSPS9, *¿Su esposo ingiere bebidas alcohólicas con frecuencia?*, el 98.7% señala que el esposo frecuenta las bebidas alcohólicas y sólo un 1.3% responde que no; entre todos los rangos de edad señalan que existe este problema: 18-29 años (97.2%), 30-39 años (100%) y 40-49 años (100%). Todas las encuestadas, con mínimas excepciones, señalan que hay el esposo tiene el problemas del alcoholismo.

En el ítem MSPS10, *¿La golpea cuando está en estado de ebriedad?*, en su absoluta mayoría (97.4%) refieren que el esposo les agrede en estado de embriaguez y sólo un 2.6% señala que no vive esa situación; entre los rangos de edad, no existen diferencias significativas en manifestar esta problemática: 18-29 años (94.4%), 30-39 y 40-49 años (100%).

TABLA N°42

		EDAD POR GRUPOS			Total
		DE 18 A 29	DE 30 A 39	DE 40 A 49	Col %
		Col %	Col %	Col %	
MSPS11	SI	66,7%	70,0%	90,9%	71,4%
	NO	33,3%	30,0%	9,1%	28,6%
MSPS12	SI	75,0%	93,3%	100,0%	85,7%
	NO	25,0%	6,7%		14,3%
MSPS13	SI	40,0%	63,3%	72,7%	53,9%
	NO	60,0%	36,7%	27,3%	46,1%
MSPS14	SI	31,4%	60,0%	72,7%	48,7%
	NO	68,6%	40,0%	27,3%	51,3%
MSPS15	0	2,9%			1,3%
	SI	74,3%	60,0%	63,6%	67,1%
	NO	22,9%	40,0%	36,4%	31,6%
MSPS16	SI	28,6%	46,7%	63,6%	40,8%
	NO	71,4%	53,3%	36,4%	59,2%
MSPS17	SI	58,3%	80,0%	100,0%	72,7%
	NO	41,7%	20,0%		27,3%

En el ítem MSPS11, *¿Su esposo determina con quien debe hablar y a quien debe frecuentar?*, el 71.4% señala que el esposo decide con quién debe hablar o dialogar la esposa y un 28.6% indica que no es así; este problema se da de manera relevante (90.9%) entre el rango de edad 40-49 años. Esto implica que el autoritarismo y el control del varón sobre la mujer es fuerte y afecta más en edades maduras de 40-49 años.

En el ítem MSPS12, *¿Su esposo se torna cada vez más celoso y posesivo?*, el 85.7% señala que el esposo es celoso y posesivo y un 14.3% que no es así; según edad, el 90.9% de la edad de 40-49 años tiene este problema. Esto nos permite deducir que el problema de las celotipias y la posesión como una forma de dominación del más fuerte o sea el dominio del hombre sobre la mujer.

En el ítem MSPS13, *¿Su esposo lastima de alguna forma a sus hijos?*, el 53.9% señala que el padre lastima de alguna manera hacia los hijos y un 45.1% señala que no; este problema es más relevante (72.7%) entre las edades maduras de 40-49 años. Este resultado nos muestra la existencia de maltrato infantil.

En el ítem MSPS14, *¿Siente usted temor por su vida y la de sus hijos?*, el 48.7% manifiesta que siente temor frente al esposo problema y un 51.3% que no siente ese temor; el problema es más relevante (72.7%) entre las edades 40-49 años. Esto implica que el esposo con actitudes de violencia puede generar temor, miedo y angustia en la esposa.

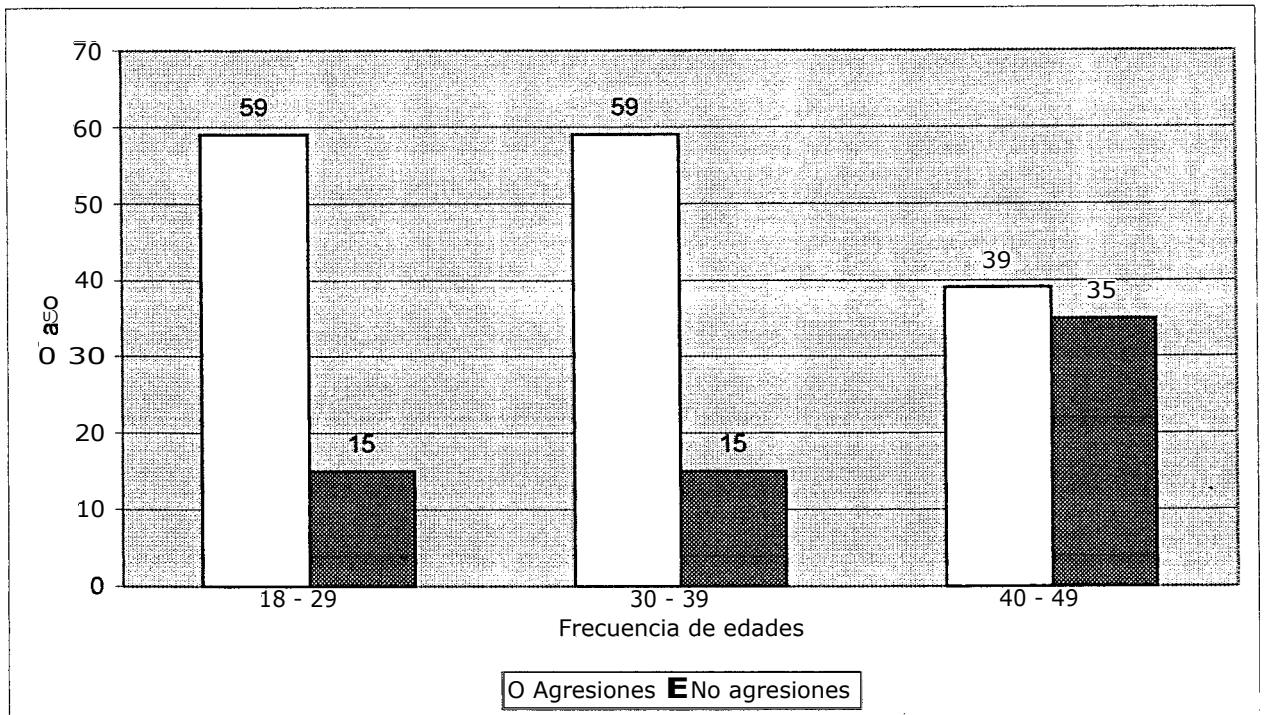
En el ítem MSPS15, *¿Cree usted que su pareja va a cambiar?*, el 67.1% piensa que su esposo puede cambiar y un 31.6% que no puede cambiar; de manera relevante, el 74.3% del rango de edad 18-29 años opinan que puede cambiar el esposo su carácter agresivo. Esto implica que existe fuerte negación y que las encuestadas están inmersas dentro del círculo de la violencia y que pese a admitir que sus parejas las maltratan prefieren seguir creyendo en que el agresor va a cambiar.

En el ítem MSPS16, *¿Considera usted que tiene recursos para mantenerse a sí misma y a sus hijos?*, el 40.8% opina que puede mantener a sus hijos y así misma; y, por otra parte, el 59.2% no tiene esta

posibilidad; las edades jóvenes (18-29 años) son las que, en su mayoría (71.4%) no tienen posibilidades de mantenerse solas.

En el ítem MSPS17, *¿Ha pensado en dejar a su esposo a causa de las agresiones recibidas?*, el 72.7% piensa dejar a su esposo por su carácter agresivo y un 27.3% no desea separarse; entre los rangos de edad 40-49 años la mayoría absoluta (100%) desea abandonar a su esposo por su carácter agresivo. Esto muestra que el carácter agresivo del esposo es una de las causas para la desestructuración familiar.

Distribución total de violencia física, psicológica y sexual, según frecuencia de edades



Estos resultados corroboran el alto índice de agresiones en el hogar.

3. Análisis estadístico descriptivo e interpretación sobre la Guía de Observación según la frecuencia de daño físico.

TABLA N° 43
Tipo y grado de daño físico

N°	Signos y Síntomas		Leve	Grave	Extremo	No Respondió
1	HEMATOMAS	Casos	2	39	15	20
		porcentajes	2,63	51,32	19,74	26,32
2	EQUIMOSIS	Casos	4	9		63
		porcentajes	5,26	11,84		82,89
3	EXCORACIONES	Casos	3	8	1	64
		porcentajes	3,95	10,53	1,32	84,21
4	FISURAS	Casos		2	2	72
		porcentajes		2,63	2,63	94,74
5	FRACTURAS	Casos		13	11	52
		porcentajes		17,11	14,47	68,42
6	QUEMADURAS	Casos		8		68
		porcentajes		10,53		89,47
7	LESIONES	Casos	1	32	3	40
		porcentajes	1,32	42,11	3,95	52,63
8	HEMORRAGIAS	Casos	1	26	3	46
		porcentajes	1,32	34,21	3,95	60,53
9	CONTUSIONES	Casos	4	17	1	54
		porcentajes	5,26	22,37	1,32	71,05
10	DESGARROS	Casos	2	4	1	69
		porcentajes	2,63	5,26	1,32	90,79
11	HERIDAS PROVOCADAS POR ARMAS	Casos		7	7	62
		porcentajes		9,21	9,21	81,58
A	CORTO PUNZANTES	Casos		2	1	73
		porcentajes		2,63	1,32	96,05
B	DE FUEGO	Casos		1	2	73
		porcentajes		1,32	2,63	96,05
C	OTROS	Casos		1	2	73
		porcentajes		1,32	2,63	96,05
12	OTROS INTENTOS	Casos		9	5	62
		porcentajes		11,84	6,58	81,58

De manera general, entre los datos más relevantes, las mujeres observadas que presentan agresión física, corresponde a un grado grave, fundamentalmente hematomas; le siguen en

importancia lesiones y hemorragias, aunque una gran parte no saben o no responden por diferentes causas.

4. Análisis estadístico descriptivo e interpretación sobre la Guía de Observación de las frecuencias según grado de daño psicológico.

TABLA N°44
Tipo y grado de daño psicológico

N°	Signos y Síntomas	Leve	Grave	Extremo	Total
1	Resentimiento	16,67	38,1	45,23	100
2	Temor	2,33	62,79	34,88	100
3	Inseguridad	35,71	64,29		100
4	Vergüenza	5,26	89,47	5,27	100
5	Confusión	37,5	56,25	6,25	100
6	Desesperación	3,57	75	21,43	100
7	Ansiedad	3,92	56,86	39,22	100
8	Depresión		62,75	37,25	100
9	Tristeza	29,41	52,94	17,65	100
10	Humillación	8,33	87,5	4,17	100
11	Desvalorización	4,35	60,87	34,78	100
12	Control	17,39	69,57	13,04	100
13	Ilusión	45,45	36,36	18,19	100
14	Recelos	14,29	71,43	14,28	100
15	Incomodidad	50	43,75	6,25	100
16	Indecisión	50	50		100
17	Recelos	10,53	47,37	42,1	100
18	Desconfianza	28,95	55,26	15,79	100
19	Llanto	33,33	62,96	3,71	100
20	Resignación	18,75	50	31,25	100
21	Resignación	12	72	16	100

De manera general, entre los datos más relevantes, las mujeres estudiadas manifiestan signos de resentimiento en grado extremo. Le siguen en importancia en grado grave el temor, inseguridad, vergüenza, confusión, desesperación, ansiedad, depresión, tristeza, humillación, desvalorización, control, celos, desconfianza, llanto y resignación.

5. Evaluación General de los datos obtenidos.

En lo que se refiere a los resultados hallados son altamente significativos; en lo referido al alcoholismo se produce la siguiente distribución de agresores según el nivel o patrones de consumo, encontramos a los bebedores sociales o de consumo moderado en un porcentaje de 28%, cifra considerada importante porque de un consumo social pueden pasar a un consumo excesivo. El grupo de los bebedores dependientes o patológicos alcanza un porcentaje de 45%, en este sector tienden a incrementarse los problemas psicológicos, de salud, familiares, sociales y legales.

Los porcentajes de las consecuencias de la dependencia alcohólica son del 88%, este resultado demuestra la interferencia en el desempeño de las funciones familiares, ocupacionales, sociales y de salud.

Por último, los bebedores alcohólicos alcanzan un porcentaje de 20%, este es un grupo considerado de alto riesgo con altas tasas de morbilidad y mortalidad, tomando en cuenta que estas cifras se van incrementando día a día.

En cuanto a la violencia doméstica el 80.5% tiene violencia en sus hogares y es en las edades maduras donde existe mayor frecuencia.

En lo que se refiere a violencia contra la mujer el 96% fue ejercido por su pareja o esposo en estado de embriaguez. La agresión psicológica se presenta en un porcentaje de 83,1% y la mayoría absoluta de las parejas con más años de convivencia son los más afectados. La violencia sexual se da en un porcentaje del 53.2% con diferencia poco significativa en todas las edades, por lo tanto la violencia sexual se produce en todas las edades.

Dentro de los niveles o grado de daño físico, psicológico y sexual los hematomas, las lesiones y las hemorragias producidas por diversas causas son los principales signos de violencia física encontrados en las escalas de grave y extremo.

Los principales signos y síntomas de daño psicológico encontrados son: resentimiento, temor, inseguridad, vergüenza, confusión, ansiedad, depresión, tristeza, humillación, desvalorización, control, celos, indecisión, desconfianza, llanto, resignación y celos.

Sin embargo, los porcentajes de la violencia doméstica, relacionados a la dependencia alcohólica son realmente altos en su absoluta mayoría (97.4%), la cifra hace referencia a que la pareja las golpea en estado de embriaguez; entre los rangos de edad no existen diferencias significativas.

Lo anterior lleva a afirmar que la violencia doméstica está relacionada con la forma de beber del esposo o concubino. En cuanto al nivel o grado de consumo, el mayor porcentaje corresponde a los bebedores dependiente patológicos y es en esa etapa donde existe mayor porcentaje de violencia. Además la violencia psicológica ocupa el primer lugar con porcentaje de 83.5%, le sigue en importancia la violencia física con un porcentaje de 83.1% y la violencia sexual con 53.2%.

En lo que se refiere a rasgos de personalidad encontrados en ambos están: la depresión, inseguridad, bajos niveles de afrontamiento, baja autoestima. Sin embargo, los síntomas más relevantes encontrados en ambos son las celotipias y la negación de sus problemas. Respecto a la familia, se presenta un sistema desadaptativo y una historia familiar de violencia en casi todos los casos.

CAPÍTULO VI
CONCLUSIONES
Y
RECOMENDACIONES

CAPITULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. Conclusiones.

Las siguientes conclusiones no son definitivas, porque con un solo estudio para una población determinada carecen de valor si no se hacen más mediciones al respecto, en fechas y años diferentes; con este hecho no se puede decir si las cifras del alcoholismo o la violencia son más altas dado que esto no es un estudio epidemiológico.

Las cifras estadísticas nos sirvieron de referencia para conocer e identificar los grupos de riesgo y establecer los patrones de consumo de alcohol en el grupo de varones investigados y el grado de afectación en las mujeres para así determinar la relación existente entre ambas variables. Por la naturaleza del objeto de la investigación existe un alto grado de probabilidad que las personas encuestadas mientan sobre el tema. Estos datos valiosos obtenidos en la presente investigación pueden servir de base para hacer un estudio comparativo con otras instituciones que tratan esta problemática.

1.1 Del objetivo general.

Por los resultados obtenidos, el objetivo ha sido ampliamente confirmado porque de acuerdo a las cifras estadísticas, la interpretación teórica, el análisis de las respuestas y los relatos de experiencias personales, se ha podido comprobar que el alcoholismo está presente en casi todos los casos de violencia investigados. Además se ha establecido que los patrones o nivel de consumo son importantes en la relación alcoholismo - violencia, porque los bebedores dependientes son los que tienen las cifras más altas de agresión en todos sus niveles en contra de su compañera con las consecuencias consiguientes.

1.2 De los objetivos específicos.

Analizando la variable dependiente y la variable independiente podemos destacar algunos aspectos que nos parecen relevantes, tal es el caso de identificación y determinación de los niveles de consumo del alcoholismo y su relación con los grados o niveles de daño físico,

psicológico y sexual, y la incidencia de estos resultados sobre la pareja y sus respectivas consecuencias.

En cuanto a los patrones o nivel de consumo los bebedores que hacen mal uso de la bebida, tienen el más alto porcentaje y se constituyen en el grupo de individuos varones que tienen el más alto índice de agresiones, lo cual significa que están ubicados en la fase o grado de abuso o dependencia, y que es en esta fase que la relación con sus esposas o concubinas es de violencia, en sus tres niveles: físico, psicológico y sexual.

Los grados de agresión tienen variaciones importantes, en primer lugar están las agresiones físicas, en segundo lugar con escasa diferencia las agresiones psicológicas y por último están las agresiones sexuales, que por la existencia de tabúes o vergüenza no se atreven a denunciar este hecho.

La edad y los años de convivencia son indicadores importantes a considerar en esta investigación, los varones mayores cuyas edades están entre los 35 y 50 años son los que consumen más alcohol; tomando en cuenta que empezaron como bebedores sociales u ocasionales como producto de las exigencias sociales, su consumo pasó al abuso desarrollando síntomas como la tolerancia y dependencia patológica, debido a factores psicológicos, sociales o biogénéticos que lo predisponen al alcoholismo.

Los resultados de los grados de violencia física, psicológica y sexual son precisos al remarcar que las dos primeras son las que obtienen el más alto porcentaje en cuanto a daño inferido en contra de la mujer; los hematomas, las lesiones y las hemorragias producto de los golpes, palizas con o sin objetos, las amenazas, el control, las devaluaciones provocan sentimientos de resentimiento, temor, inseguridad, vergüenza, confusión, desesperación, ansiedad, depresión, tristeza, humillación, celos, desconfianza y resignación son los síntomas más graves encontrados en las mujeres investigadas. Cabe recalcar que todas las agresiones en los tres niveles se efectuaron durante mucho tiempo y en forma sistemática en algunos casos por más de diez años; algo similar ocurre con el consumo excesivo de sus parejas, su forma de beber fue empeorando con

los años. Con lo que podemos concluir que tanto para el alcoholismo, como para la violencia los años son un factor importante para su patologización.

Otro aspecto importante encontrado son las edades y los años de convivencia; los parejas con más edad y mayores años de matrimonio o convivencia son los que presentan alcoholismo y violencia dentro sus hogares. La distribución es como sigue:

Los bebedores moderados u ocasionales tienen menor tendencia a agredir por los resultados estadísticos de la distribución de agresores según el nivel o grado de alcoholismo.

De acuerdo a los resultados del cruce de variables edad - años de convivencia, las personas con mayor edad tienen el más alto índice de consumo de bebidas alcohólicas, y también son las parejas de personas con mayores años de convivencia las que tienen los más altos índices de violencia en sus hogares.

Dentro de los casos de agresión investigados, los problemas familiares, laborales, personales se ven agudizados por el elevado consumo de alcohol.

La esposa o concubina se constituye en el grupo de riesgo más susceptible de sufrir violencia por estar más cerca del enfermo alcohólico y por ser definido culturalmente como el sexo débil y con menos poder.

Las cifras estadísticas son elocuentes en sentido de señalar que el sujeto varón casado o concubino es quien ejerce todo tipo de violencia física en contra de su pareja, existiendo mayor incidencia de daño físico en edades de 40 a 49 años. Según resultados del grado de daño físico los hematomas ocupan el primer lugar del total de casos investigados y en segundo lugar están las lesiones, le siguen las hemorragias.

Se establece que existen tres tipos de violencia física, psicológica y sexual en sus grados según el nivel de daño inferido hacia la pareja en base al certificado médico forense y a los días de impedimento se determino en leve, grave y extremo.

A nivel de daño sexual la vergüenza influyó en los resultados del total de mujeres investigadas. Dicha agresión sexual, existiendo mayor incidencia de agresiones en las edades de 40 a 49 años, por lo cual concluimos que son las parejas mayores las que incurren en la violencia sexual.

Según la frecuencia por el grado o nivel de afectación, el daño psicológico los porcentajes son bastante altos y es en las edades de 40 a 49 años que estas cifras tienden a subir a su máxima expresión, por lo tanto existe mayor grado de afectación psicológica.

Dentro del daño psicológico el resentimiento ocupa el grado extremo y es el origen los problemas familiares con la consiguiente desintegración familiar, en grado extremo, le sigue en importancia en grados grave, la vergüenza, la inseguridad, el temor, la depresión, la desvalorización, los celos, la humillación, la ansiedad, la desesperación, el llanto y la resignación. Por lo cual concluimos que el daño psicológico es el más grave de los problemas.

Dentro de los efectos o consecuencias del alcoholismo se concluye que la totalidad de los casos estudiados tienen problemas en las esferas familiar, social, laboral y personal; también se encuentran los problemas legales y de salud.

En lo personal el mayor daño encontrado en los varones investigados es el deterioro a nivel físico y psicológico, y la pérdida de valores. En las mujeres investigadas que viven relación de abuso o violencia se encontró que existe una baja autoestima, autovaloración y bajo autoconcepto a nivel emocional celos, temor, incapacidad de afrontar problemas, conductas desasertivas y como datos relevantes la racionalización, minimización y negación de su problema, síntomas encontrados en ambos.

1.3 De la hipótesis.

Apoyándonos en los anteriores resultados, se puede concluir que:

El alcoholismo como una enfermedad reconocida por la O.M.S., va repercutir e influir negativamente en la personalidad y conducta de los sujetos observados y va ser uno de los factores desencadenantes de la violencia al interior de la familia, y para que esta conducta se vuelva violenta existe un cierto desequilibrio de poder permanente o momentáneo lo cual va desembocar en una relación de abuso y secuencia de hechos encadenados entre sí: alcoholismo, violencia, abuso de poder y finalmente desintegración familiar.

Dentro de los casos estudiados del consumo excesivo o abusivo desarrollaron tolerancia y dependencia alcohólica, y es en esta fase que el alcohol pasa a ser prioridad para el sujeto e interfiere cada vez más en su relación de pareja, durante esta etapa de negación aparecen también episodios cortos de amnesia; en donde éste no recuerda los incidentes ocurridos en el ámbito familiar, social y laboral.

Debido a que en la fase de dependencia alcohólica hay una pérdida de control y una tolerancia reducida porque la intoxicación se alcanza con cantidades menores de alcohol. En esta etapa ocurren frecuentes cambios de estado de ánimo desde irritabilidad e ira hasta delirios paranoides y celotipias.

Las parejas observadas en el ámbito de sus relaciones interpersonales, viven una relación de abuso enmarcada en un contexto de desequilibrio de poder y está dada por el género y desigualdad de oportunidades, modelos familiares, educación, situación que se agudiza cuando el esposo o concubino es bebedor dependiente o alcohólico según los resultados obtenidos.

Los resultados de las entrevistas, cuestionarios, guías de observación establecen la existencia de correlación entre la violencia física, psicológica y sexual a la mujer y la dependencia alcohólica, pero más allá de las frías cifras estadísticas es la interacción, la observación y el contacto con estas personas necesitadas de ayuda lo que ha enriquecido la investigación.

La mayoría de los especialistas en violencia familiar afirman que el uso del alcohol no es causa de que los maridos golpeen a sus parejas, pero los resultados obtenidos en esta investigación nos muestran que muchos hombres recurren al alcohol como una excusa o justificativo para ejercer la violencia en sus hogares.

El consumo elevado de alcohol provoca dependencia e inmadurez, por tanto el esposo o conviviente alcohólico es una persona inmadura e insegura, cuanto más temprano haya sido el inicio del consumo abusivo hay más probabilidad de que la enfermedad se patologicice y desarrolle las tendencias agresivas y conductas violentas en contra de su familia.

1, a repetición del abuso físico, sexual o psicológico por parte del dependiente alcohólico aumenta la posibilidad de que los efectos sean graves porque es probable que la mujer víctima de cualquier tipo de agresión se sienta culpable de dicha agresión, este sentimiento determina la baja autoestima de la mujer agredida.

El uso y abuso del alcohol comienza según la mayoría de los sujetos varones investigados en acontecimientos sociales y culturales en un contexto donde el alcohol es considerado un lubricante social, la ingestión excesiva en los "viernes de soltero", costumbre muy arraigada y aceptada culturalmente en nuestro contexto, o bien su uso indiscriminado como un justificativo para resolver conflictos personales ya sea de orden social, económico, emocional o sentimental sean estos reales o inexistentes va a determinar que el individuo pase de ser un bebedor ocasional o moderado a ser un bebedor dependiente o alcohólico.

2. Recomendaciones.

La psicología clínica ha realizado aportes en el tratamiento de violencia conyugal con el desarrollo de terapias familiar, grupal, o individual para promover cambios; sin embargo, no es suficiente si no tornamos conciencia de la necesidad de cambio globalizado; es importante tomar en cuenta los factores biológicos y genéticos y los aportes científicos disponibles actualmente para confirmar el abuso y dependencia de los sujetos alcohólicos y así poder identificar a la población en riesgo que son los hijos biológicos y los familiares, particularmente la esposa o

pareja que será ampliamente beneficiada al conocer los factores genético-biológicos de la enfermedad de su esposo para buscar una ayuda terapéutica adecuada y evitar consecuencias como la violencia entendiendo al alcoholismo como un factor desencadenante de dicha violencia, sin descuidar a los factores socio-culturales y psicológicos.

Es necesario dirigir las actividades de prevención, tratamiento y rehabilitación del alcoholismo y violencia a la población en riesgo e identificada en este estudio.

Modificar los patrones socio - culturales de conductas de hombres y mujeres para buscar la eliminación de prejuicios y cualquier idea de inferioridad o superioridad de ambos.

Se recomienda a los maestros en las escuelas la eliminación de todo concepto estereotipado de los papeles masculino y femenino en todos los niveles y formas de enseñanza mediante el estímulo de la educación mixta y la eliminación paulatina de libros y programas escolares que contengan estos conceptos.

El golpeador dependiente patológico o adicto al alcohol deberá recibir tratamiento para ambos problemas; en cambio el golpeador que no tiene problemas con el alcohol solo deberá ser tratado en su problema específico.

A nivel familiar la comunicación entre sus miembros es importante para detectar cualquier tipo de patologías o trastornos antes de acudir a las instancias policiales. Es mejor tratar temprano el problema, en matrimonios jóvenes y no cuando el mal esté avanzado.

Las parejas jóvenes deben estar informadas sobre las consecuencias del consumo excesivo de bebidas alcohólicas y las leyes que protegen contra la violencia doméstica.

El psicólogo al tratar los diferentes trastornos como ser ansiedad, depresión, celopatías, obsesiones, agresividad, paranoia, etc., deberá tomar en cuenta los indicadores del alcoholismo. También deberá tomar en cuenta la existencia de una historia anterior de alcoholismo.

Se sugiere que para complementar la presente investigación se prosigan estudios sobre: las secuelas del alcoholismo, violencia en los hijos, depresión y alcoholismo y sus repercusiones en la familia, técnicas para reducir la violencia intrafamiliar.

Implementar en las instituciones encargadas de esta problemática programas para reducir la violencia, mediante un repertorio de conductas asertivas.

La dirección del tratamiento de estas dos problemáticas debe estar concebida a partir de las necesidades del sujeto, esto supone determinar los objetivos, instrumentos y estrategias metodológicas de un modo individual, para facilitar la rehabilitación y el éxito de la terapia.

3. Terapias sugeridas.

Terapia para el alcoholismo: El primer objetivo de la terapia es que el sujeto reconozca y tenga conciencia de su enfermedad y quiera recibir ayuda, de no ser así no hay tratamiento alguno por más bueno que sea, que tenga éxito.

La abstinencia total y absoluta del alcohol no debe limitarse sólo al acto de beber, sino a todos los eventos colaterales de la conducta.

La psicoterapia de grupo asociada a las entrevistas individuales y sobre todo la afiliación a grupos de Alcohólicos Anónimos, es de enorme éxito porque permite enfrentar al sujeto dependiente alcohólico con sus problemas, despertar deseos de cambios reales, recuperación de valores, adquisición de responsabilidades para con su familia y la sociedad. En esta parte queremos enfatizar que este sujeto al dejar beber cambia su forma de pensar y hay muchas probabilidades de que deje de agredir a su pareja.

Terapia para la mujer maltratada: El primer objetivo del tratamiento es informar a la mujer agredida sobre sus derechos y obligaciones, orientarla sobre el conocimiento y comprensión de la ley N° 1674 Contra la Violencia Doméstica y el acceso a los servicios legales y policiales.

La psicoterapia de pareja asociada a las entrevistas individuales y la urgente necesidad de asistir a grupos de autoayuda que le permite en un principio compartir, sus problemas, descubrir sus debilidades y apoyarse mutuamente para enfrentar la violencia que viven en el ámbito doméstico.

4. Aporte de la investigación.

El abordaje investigativo se hace a partir de una lógica multidisciplinaria por considerar la temática compleja, multicausal, y multifactorial en la que es necesario el aporte no sólo de la psicología, sino también de otras disciplinas como las ciencias sociales, medicina, psiquiatría y otras. Pero también tomar en cuenta los últimos aportes científicos en las áreas de la genética, psicofisiología, bioquímica, neurobiología y psicofarmacología, y sus hallazgos sobre los marcadores biológicos del alcoholismo y que gradualmente se incorporan en la práctica y la teoría para confirmar el abuso y dependencia para así focalizar la atención integral de la adicción a sustancias psicoactivas. Para tal fin, cualquier método para identificar el alcoholismo es valioso.

Los criterios diagnósticos del D.S.M.IV básicamente nos permiten reconocer el fenómeno para luego cuestionarlo y relacionarlo, arrojándonos datos importantes para tomar conciencia de la complejidad de esta problemática, identificarla y buscar soluciones verdaderas que no sólo sean paliativos de momento.

En términos generales podemos afirmar que los porcentajes elevados de sujetos dependientes alcohólicos agresores, los factores causales, y los efectos que ocasiona en la mujer agredida nos facilitan la comprensión del fenómeno y son el punto de partida para encontrar políticas que erradiquen definitivamente la violencia, mediante programas de prevención y rehabilitación, financiados por el Estado, para evitar el uso temprano de bebidas alcohólicas.

Finalmente la investigación ha permitido obtener valiosa información referente a la relación alcoholismo - violencia y es a partir de esos logros que se debe focalizar el tratamiento y

rehabilitación y prevención en las familias inmersas en estas problemáticas tan dolorosas y que causan estragos en la sociedad y sus repercusiones.

Las implicaciones de este trabajo son enormes en tanto que cuestiona criterios de especialistas en violencia intrafamiliar que insisten en afirmar que no es recomendable asociar la conducta de un hombre golpeador a categorías psicopatológicas o alcoholismo, porque cualquier encuadre de este tipo le quita responsabilidad de su conducta podría servir de atenuante en relación con la imputabilidad de un delito.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

- ALCARAZ, F.; SOLIZ, R.M. El consumo urbano de alcohol, tabaco y otras drogas en Bolivia. Centro Latinoamericano de Investigación Científica CELIN Bolivia 1998
- BANDURA, Albert; WALTERS, Richard. Aprendizaje Social y Desarrollo de la Personalidad. Madrid, Ed. Alianza. 1977
- BARÓ, Marín Ignacio. Acción e Ideología-Psicología Social desde Centroamérica. San Salvador. Ed. UCA 1988
- BEATTIE, M. Codependent no more. New York. Ed. Harper & Row. 1987
- BELLOCH, Amparo; SANDIN, Bonifacio; RAMOS, Francisco. Manual de Psicopatología. Ed. Mc Graw — Hill. España. 1997
- BUSINESS WEEK. In the belly of a beast called adiction. # 5 (pp. 18 - 30) San José, California. Time Life Publishers. 1994
- CASTAÑÓN, Gómez Ricardo. Comportamiento Humano y Alcoholismo. Ed. Industrias Gráficas Poligral. Bolivia. 1983
- CEDRO Drogas, violencia y ecología; Memoria VI Seminario Internacional. Ed. José Anicama. Perú. 1994
- CHAFETZ, Morris. Alcoholismo y psicosis alcohólicas. Tomo II Tratado de Psiquiatría. Ed. Salvat. 1985
- CORSI, J. Violencia Intrafamiliar. Buenos Aires, 1995
- CORSI, J. Violencia Masculina en la Pareja. Buenos Aires, 1995
- Diariovasco.com
- DIRECCIÓN NACIONAL DE CONTROL DE SUBSTANCIAS PELIGROSAS. Manual sobre farmacodependencia y prevención contra el U.I.D. 2da. ed. Bolivia 1986
- FEUERLEIN, W. Alcoholismo, abuso y dependencia. Ed. Salvat S.A. España 1982
- FREUD, Sigmund. El problema económico del masoquismo. En "Obras Completas" Tomo II. España. Ed. Biblioteca Nueva 1974
- FROMM, Erich. Anatomía de la destructividad humana. México. Ed. Siglo XXI 1991
- <File://A:\Violencia y Alcoholismo.htm>
- <File://A:Well Connected alcoholismo.htm>
- <File://A:\el origen de la violencia archivos\opcion11.html>

File://A:\ALCOHOLISMO DESDE EL VIENTRE MATERNO.htm
GÉNERO, SALUD Y VIOLENCIA INTRAFAMILIAR. 1998 }
GOLDMAN, H. Howard. **Psiquiatría General**. Ed. El Manual Moderno S.A. ed. 4ta.
México. 1996
<http://www.az.com/-blainn/dv>
http://www.unhchr.ch/spanish/html/menu3/b/elcedaw_sp.htm
<http://habitat.aq.upm.es/boletin/n7/adhay.html>
HELLER, Agnes. **Instinto, Agresividad y Carácter**. Barcelona. Ed. Península. 1980
HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto; FERNÁNDEZ COLLADO, Carlos; BAPTISTA
LUCIO, Pilar. **Metodología de la Investigación**. 1era. ed. reimp. Colombia, Ed.
McGraw - Hill Interamericana de México S.A. 1994
KAGAN, Mussen **Desarrollo de la Personalidad en el niño**. México. Ed. Trillas. 1975
LAURIE, P. **Las drogas**. Ed. Alianza S.A. Madrid 1974
LORENTE ACOSTA, Miguel. **Agresión a la mujer: maltrato, violación y acoso**. Ed.
Comares, Granada. 1999 }
MARK, H. BREES, M.D. **El Manual MERCK**. Ed. Hardcourt. España. 1999
MATURANA, Humberto; VERDEN-ZÖLLER, Gerda. **Amor y juego. Fundamentos
olvidados de lo Humano. Desde el Patriarcado a la Democracia**. Chile. Ed.
Instituto de Terapia Cognitiva. 1993
MERANI, A. Diccionario de Psicología y Psiquiatría. Ed. Grijalbo. Madrid 1983
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL. **Programa mujer, salud y
desarrollo Violencia Intrafamiliar hacia la mujer en Guatemala**. Guatemala.
Unicef-Unifem OPS/OMS-FNUAP 1988
MINISTERIO DE SALUD. **Consumo de alcohol, tabaco, cocaína y otras drogas en
Bolivia**. 1998
MINISTERIO DE SALUD. **Campaña nacional contra el abuso de alcohol y el
alcoholismo**. 1995
MINISTERIO DE DESARROLLO HUMANO. **Manual de capacitación: Para prevenir y
erradicar la Violencia contra la Mujer**. Ed. Subsecretaría de Asuntos de Género.
Bolivia, 1997

- MINISTERIO DE DESARROLLO HUMANO. **Percepciones sobre el acoso sexual en Bolivia.** Ed. Subsecretaría de Asuntos de Género. Bolivia. 1997
- PEREZ Hugo; PABÓN, Juan. **Usted, ¿Tiene problemas con el alcohol?** Ed. Cáritas Boliviana. La Paz, Bolivia. 1997
- PERSONEL JOURNAL. **Trapped in co-dependency # 4** (pp. 15 - 29) New York. Rosicrucian Publishers. 1988
- PEROTTO, Pier Carlo. **Algo más acerca del alcohol y las drogas...** CESE Bolivia, 1991
- PICHOT, P.; LOPEZ-IBOR, J.; VALDEZ, M. **DSM-IV Breviario criterios diagnósticos.** Ed. Masson S.A., Barcelona 1995
- SEAMOS. **Alcohol, alcoholismo y sociedad.** La Paz. Ed. SEAMOS. 1995
- SELIGMAN. TEASDALE y ABRAMZON. **Indefensión aprendida en Humanos: crítica y reformulación.** En Avia (Comp.) 1989
- STEINGLASS, P.; BENNETT, E; WOLIN, J.; REISS, D. **The alcoholic family.** New York. Basic Books. 1987
- SUBSECRETARÍA DE ASUNTOS DE GÉNERO (SAG) **Las cifras de la Violencia: Violencia Doméstica registrada en La Paz.** Bolivia. SAG.
- UNITED NATIONS DIVISIÓN FOR THE ADVANCEMENT OF WOMAN. **Violencia contra la mujer; Tratado de Beijing, China.** 1995
- VELASCO, F. **Alcoholismo. Visión Integral.** México. Ed. Trillas. 1988
- VICEMINISTERIO DE ASUNTOS DE GÉNERO, GENERACIONALES Y FAMILIA. **Brigada de Protección a la Familia.** 1999
- VIDAL, G. ALARCÓN, R. **Psiquiatría.** Ed. Médica Panamericana S.A. Buenos Aires, 1986
- Webmaster@paho.org
- www.diariomédico.com

GLOSARIO DE TÉRMINOS

SUSTANCIA PSICOTRÓPICA PSICOACTIVA O DROGA: Toda sustancia farmacológicamente activa sobre el sistema nervioso central, que introducida en un organismo vivo, es capaz de producir alteraciones de la conducta.

DEPENDENCIA: Conjunto de fenómenos del comportamiento, cognitivos y fisiológicos que se desarrollan luego del uso repetido de la sustancia cuyas características son: un poderoso deseo de tomar la droga, deterioro en la capacidad de autocontrolar el consumo de la misma, la persistencia de su uso a pesar de consecuencias dañinas, una asignación de mayor prioridad a la utilización de la droga que a otras actividades, incremento de la tolerancia y a veces un estado de abstinencia por dependencia física.

ABUSO: Patrón de consumo de una sustancia psicotrópica que causa daño a la salud.

TOLERANCIA: Necesidad de consumir en mayor cantidad o frecuencia la sustancia para experimentar los efectos que antes se obtenían con dosis menores.

SÍNDROME DE ABSTINENCIA: Grupo de síntomas de gravedad y grado de integración variables, que aparecen durante la abstinencia absoluta o relativa de una sustancia psicotrópica, luego de una fase de utilización permanente de la misma.

DELIRIUM TREMENS: Forma extrema del síndrome de abstinencia alcohólica, con manifestaciones psicóticas y compromiso grave del estado general del paciente.

CONSUMO MODERADO: Forma de consumo no patológico, motivado la curiosidad generalmente con amigos.

EMBRIAGUEZ PATOLÓGICA: Trastorno caracterizado por inquietud o agitación psicomotora, agresividad, estado confusional o alucinatorio posterior a la ingesta de pequeñas cantidades de alcohol.

GRUPOS DE AUTOAYUDA: Organizaciones comunitarias integradas por individuos afectados por el consumo de sustancias, sus familiares y allegados, así como grupos religiosos, culturales o sociales no dependientes de instancias gubernamentales, cuya misión es apoyar las labores de prevención, tratamiento y rehabilitación de la población afectada.

BAJA AUTOESTIMA: Representan sentimientos de desvalorización personal que es reforzada por situaciones de violencia.

CO-MORBILIDAD: Síntomas o síndromes asociados originados directa o indirectamente por la patología primaria inicial.

ENFOQUE DE GÉNERO: Instrumento que permite identificar características socialmente constituidas que definen y relacionan los ámbitos del ser y el quehacer femenino y masculinos dentro de contextos específicos. Género es la red de símbolos culturales, conceptos normativos, patrones institucionales y elementos de identidad y que a través de un proceso de construcción social diferencia los sexos y los articula dentro de relaciones de poder. Este enfoque va más allá del análisis su propósito es el cambio de las desigualdades sociales determinadas por la pertenencia a uno u otro sexo.

MIEDO: Comportamiento emotivo caracterizado por un tono afectivo desagradable y que se halla acompañado de reacciones motoras diversas especialmente temblor.

HEMATOMA: Masa localizada de sangre, por lo general coagulada en un órgano espacio o tejido debido a rotura de pared de un vaso sanguíneo.

HERIDA: Lesión traumática causada en el organismo por medios físicos y caracterizada por la interrupción de la continuidad normal de las estructuras blandas del cuerpo. Las heridas pueden ser: abierta, aséptica, contusa incisa y lacerada.

ASTENIA: Falta de capacidad para ejecutar actividades cotidianas

FRACTURA: Ruptura, especialmente de un hueso producido bruscamente puede ser:

-Abierta: expuesta

-Por arma de fuego: fractura en mariposa

-Por avulsión: Por arrancamiento

-Capilar: fractura que se observa en los traumatismos de cráneo manifestándose por una fina línea capilar distinguible de las impresiones normales del cráneo por la zona en que se ubica.

-Cerrada: la que no se acompaña de una herida en la piel.

-Completa: la que interesa a todo el espesor del hueso.

-Complicada: la que se acompaña de lesiones adyacentes subcutáneas o vísceras.

-Perforante: aquella que presenta rotura de la piel y en la cual el agente etiológico pasa a través de los tejidos subcutáneos y vísceras creando un orificio de salida.

-Punzante: producida por un instrumento agudo (punzón, puñal)

-En sedal: herida cuya entrada y salida se encuentran del mismo lado.

-Séptica: aquella que se encuentra infectada por microorganismos patógenos.

-Fisurada: fractura en forma de grieta que penetra en el espesor del hueso sin atravesarlo.

-Indirecta: la producida en un lugar alejado del traumatismo.

-Transversal: la que forma un ángulo recto con el eje del hueso.

CONTUSIÓN: Daño o lesión que recibe alguna parte del cuerpo que no produce herida exterior; puede formar una induración con manchas equimóticas cuando es reciente.

DESFLORACIÓN: Rompimiento del himen

DESGARRO: Rotura con bordes irregulares de un tejido producido por el estiramiento excesivo, especialmente en el perineo.

EQUIMOSIS: Pequeña mancha hemorrágica en la piel o la mucosa, más grande que una petequia, que forma una placa elevada redondeada o irregular de color azul o púrpuro, que sufre variaciones de color su producción hasta su reabsorción

EROSIONES: Raspaduras o rascado sobre piel, desgaste o destrucción superficial.

EXCORIACIÓN: Traumatismo superficial de la capa germinativa de la epidermis ej.: la ungueal producida por la presión de las uñas.

QUEMADURA: Lesión producida por contacto con calor o fuego. Las quemaduras de 1er grado muestran enrojecimiento, las de 2do. formación de ampollas y las de 3er grado necrosis de todo el espesor de la piel.

SUGILACION: Equimosis producida por succión (chupones, ventosas).

SENTIMIENTOS DE CULPA: Impresión de haber cometido situaciones de falta y asumir responsabilidades.

ANEXOS

ANEXO N° 1

BRIGADA DE PROTECCIÓN A LA FAMILIA
ATIENDE CASOS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA

VIOLENCIA

**BRIGADA DE PROTECCIÓN A LA FAMILIA
RECIBE 50 DENUNCIAS AL DÍA**



LA UNIDAD POLICIAL
RECIBE LAS DENUNCIAS,
REALIZA SU LABOR DE
ASESORAMIENTO A LAS
MUJERES GOLPEADAS.
TIENE LA MISIÓN DE
EVITAR EL MALTRATO
INTRAFAMILIAR

PÁGINA 4

VIOLENCIA DOMÉSTICA OCASIONADA POR EL CONSUMO EXCESIVO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS

Bebé golpeado con una botella, hombre apuñalado y una mujer desangrada

Violencia intrafamiliar por borracheras

COCHABAMBA (EXTRA)
Una madre provocó una herida cortante en la nariz de su bebé, otra- apuñaló a es y un sujeto le ocasionó una brecha en la vagina a su concubina todo eso ocurrió cuando los protagonistas estaban ebrios, lo que pone en evidencia que el consumo alcohol es una de las primeras causas de la violencia familiar.

La comandante de la Brigada de Protección a la Familia, coronel Noemí Valdivia, al informar estos hechos, atribuyó el aumento de casos de violencia doméstica a excesivo consumo de alcohol.

• Una joven madre, de aproximadamente 19 años, completamente borracha, estuvo a to de matar á su bebé de meses, pues agarro una botella y con ella golpeo al pequeño niño, provocándole una profunda herida

en la nariz. El hecho fue reportado Por la administración del hospital Materno Infantil Germanetti, donde fue internado el bebé por la gravedad de la herida.

APUÑALO A SU CONCUBINO.
Llevada por los celos borracha, una señora asesto un golpe con un cuchillo en mano, causándole heridas de gravedad en

la región de los riñones y en el brazo de

El incidente ocurrió el pasado martes en la zona de Sumunpaya. El agredido recibe atención en el hospital Viedma, mientras la agresora está tras las rejas y dice que

hacia que se había despedido por haberse enterado de que su pareja le engañaba con otra.

PUNTAPIÉ
EL LA VAGINA
Un apanil nocte anterior hab egad a su casa borra o hasta los no, pretendió forzar a su concubina a la relación sexual y, diso a mujer opuso resistencia, este la golpeó sin

contemplaciones.

La señora, burlando a su agresor, se fue a dormir a la vivienda de una de sus vecinas.

la madrugada, al despertar el ebrio, fue en búsqueda de su pareja y como no quería ir a su hogar, volvió a propinarle una aliza hasta dejarle smayada tirada en el ch rco d san. La her rrag e e ebi a un pun ié é le ocasióno una

u ren a jin l'or av ad de la agre o será remi tido a la PTJ, to se constato en odio aus ce concubinato, s agresiones brutas se habían convertido en una constante.



ANEXO N° 3

TOTAL DE CASOS ATENDIDOS EN LA BRIGADA DE PROTECCIÓN A LA FAMILIA CORRESPONDIENTE AL PRIMER TRIMESTRE DE 2000

POLICIA NACIONAL
BRIGADA DE PROTECCIÓN A LA FAMILIA
La Paz - Bolivia

TIPOS DE DENUNCIA	REMITIDOS A DIFERENTES INSTITUCIONES					
	FISCALIA	P.T.J.	B.P.F.	PENDIENTES ABANDONO DE CASO	DEFENSORIA	TOTAL
AGRESIÓN FÍSICA	50	2	72	244	0	368
AGRSIÓN PSICOLÓGICA	39	7	68	408	1	523
AGRESIÓN SEXUAL	3	0	8	42	0	53
AGRESIÓN FISICA PSICOLÓGICA SEXUAL	18	0	33	114	0	165
MALTRATO ANCIANO	5	0	2	15	0	22
MATRATO AL MENOR	5	0	2	31	3	41
ABANDONO DE MUJER EMBARAZADA	0	0	1	4	0	5
ABANDONO DE FAMILIA	8	0	9	110	1	128
PROBLEMAS FAMILIARES	11	0	15	196	0	222
EXPULSIÓN DE HOGAR	0	0	0	0	0	0
IRRESPONSABILIDAD MATERNA	0	0	0	0	0	0
IRRESPONSABILIDAD PATERNA	0	0	0	0	0	0
TENENCIA INDEBIDA DE MENOR	0	0	0	0	0	0
OTROS	2	0	18	0	0	20
SUB TOTALES	48	7	63	432	3	553
REINCIDENTES	229	7	377	540	31	1184
TOTAL	418	23	668	2136	39	3284

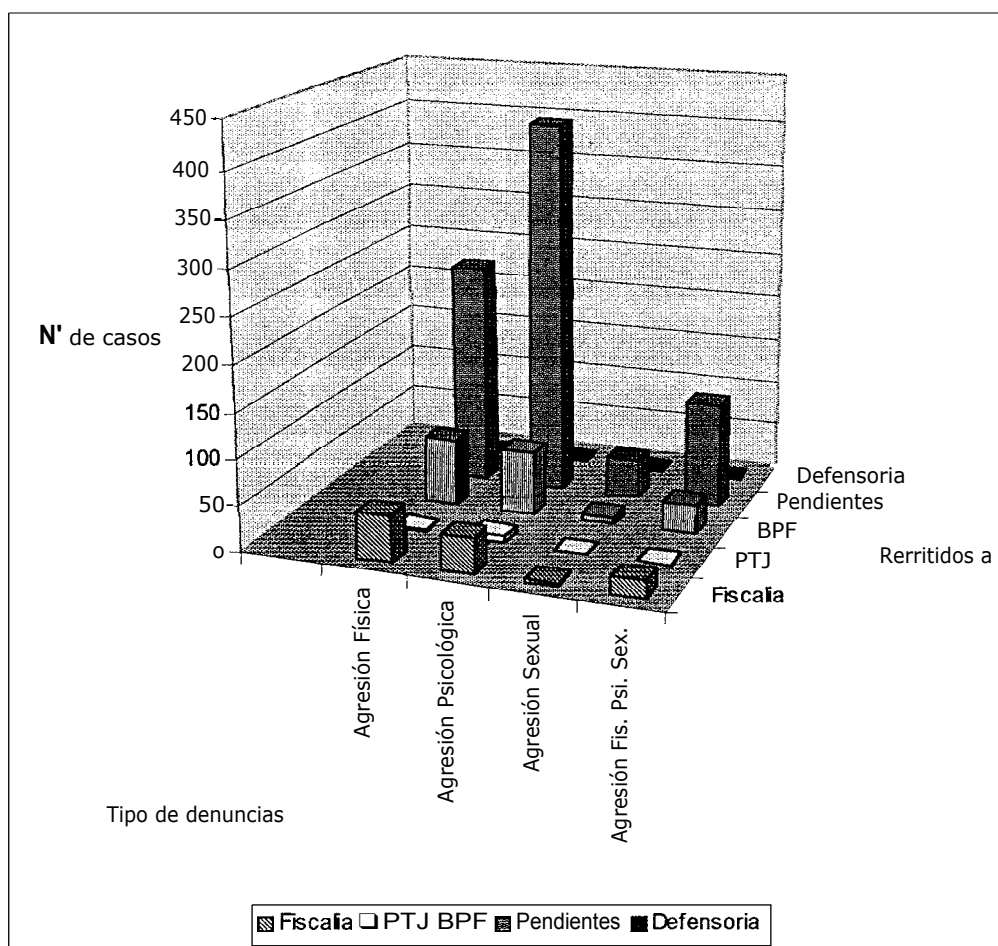
Fuente : Archivo Brigada de Protección a la Familia

La Paz, 3 de abril de 2000

ANEXO N° 4

TOTAL DE CASOS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA ATENDIDOS EN LA BRIGADA DE PROTECCIÓN A LA FAMILIA CORRESPONDIENTE AL PRIMER TRIMESTRE DE 2000

Tipo de Denuncia	Fiscalia	PTJ	BPF	Pendientes	Defensoria	Total
Agresión Física	50	2	72	244	0	368
Agresión Psicológica	39	7	68	408	1	523
Agresión Sexual	3	0	8	42	0	53
Agresión Fis. Psi. Sex.	18	0	33	114	0	165
Total	110	9	181	808	1	1109



Fuente: Archivo de la Brigada de Protección a la Familia

ANEXO N° 5

CUESTIONARIO M.P. PARA LA DETECCIÓN Y MEDICIÓN DEL ALCOHOLISMO

DATOS GENERALES:		
Nombre:	Grado de instrucción:	
Edad:	Ocupación:	
Estado civil:	Lugar de trabajo:	
Años de matrimonio o convivencia:	Ingreso mensual:	
Domicilio:		
Por favor, responda SÍ o NO a las siguientes preguntas:		SÍ NO
1. ¿Asiste regularmente a fiestas o compromisos sociales?		
2. ¿Bebe en exceso después de un contratiempo?		
3. ¿Cuando por alguna circunstancia no puede beber, se siente incómodo?		
4. ¿Alguna vez se levantó a la mañana siguiente de haber bebido sin poder recordar los incidentes de la noche anterior?		
5. ¿Cuando se dispone a beber, siente que tiene más urgencia que antes por beber el primer trago?		
6. ¿Aún después de que sus familiares y amigos ya no desean beber, insiste usted en seguir bebiendo?		
7. ¿Busca a veces algún justificativo para seguir bebiendo?		
8. ¿Cuando está sobrio lamenta las cosas que hizo mientras estaba embriagado?		
9. ¿Siente que puede tomar más alcohol que antes sin que aparentemente le haga daño?		
10. ¿Han aumentado sus problemas económicos, laborales y familiares?		
11. ¿El alcohol le ha ocasionado problemas legales?		
12. ¿Le parece que la mayoría de las personas le critican la forma de beber?		
13. ¿Nota que aumenta la frecuencia de sus pérdidas de memoria?		
14. ¿En los días que bebe mucho, come poco o irregularmente?		
15. ¿Cuando se despierta muy nervioso, piensa que unos tragos le ayudaran a mejorar su ánimo?		
16. ¿Se siente a veces deprimido y piensa que no puede seguir viviendo?		
17. ¿En algunas oportunidades le ha parecido ver o escuchar cosas imaginarias?		
18. ¿Alguna vez ha permanecido embriagado durante varios días seguidos?		
19. ¿En alguna oportunidad, sintió miedo por haber bebido en exceso?		
20. ¿Acostumbra beber más de la cuenta cuando se encuentra deprimido o presionado por cualquier tipo de problemas?		
TOTAL :		

Fuente : Dr. Mario Pereyra, Psicólogo clínico. Universidad Adventista del Plata

ANEXO N° 6

CUESTIONARIO M.S.P.S. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE VIOLENCIA FÍSICA, PSICOLÓGICA Y SEXUAL

DATOS GENERALES:			
Nombre:	Sexo:		
Edad:	Grado de instrucción:		
Estado civil:	Ocupación:		
Años de matrimonio o convivencia:	Lugar de nacimiento:		
Domicilio:	Ingreso mensual:		
Por favor, responda SÍ o NO a las siguientes preguntas:		SÍ	NO
1. Vive situaciones de violencia en su familia?			
2. Ha sufrido agresión física y/o psicológica durante la etapa de enamoramiento?			
3. Ha sufrido agresión física y/o psicológica durante la etapa del matrimonio?			
4. Las discusiones son más frecuentes en los últimos dos años?			
5. Ha sido ridiculizada en público o ante sus hijos?			
6. Se siente usted responsable de cualquier problema que ocurre al interior de su familia?			
7. Su esposo le da apoyo económico suficiente para cubrir las necesidades básicas de usted y sus hijos?			
8. Su esposo la obliga a tener relaciones sexuales intimidándola?			
9. Su esposo ingiere bebidas alcohólicas con frecuencia?			
10. La golpea cuando está en estado de ebriedad?			
11. Su esposo determina con quien debe hablar y a quien debe frecuentar?			
12. Su esposo se torna cada vez más celoso y posesivo?			
13. Su esposo lastima de alguna forma a sus hijos?			
14. Siente usted temor por su vida y la de sus hijos?			
15. Cree usted que su pareja va a cambiar?			
16. Considera usted que no tiene recursos para mantenerse a sí misma y a sus hijos?			
17. ha pensado en dejar a su esposo a causa de las agresiones recibidas?			
TOTAL :			

Fuente: Elaboración propia; basada en el Manual de Normas y procedimientos para la Atención de la Violencia Intrafamiliar M.S.P.S.

ANEXO N° 7

GUÍA DE OBSERVACIÓN PARA LA MEDICIÓN DE GRADOS DE VIOLENCIA

Nombre:

Edad:

Años de matrimonio o convivencia:

Estado civil:

TIPO Y GRADO DE DAÑO FÍSICO	LEVE	GRAVE	EXTREMO
1. Hematomas			
2. Equimosis			
3. Excoriaciones			
4. Fisuras			
5. Fracturas			
6. Quemaduras			
7. Lesiones			
8. Hemorragias			
9. Contusiones			
10. Desgarros			
11. Heridas provocadas por armas:			
a) Corto punzantes			
b) De fuego			
12. Otros			

CONDUCTAS OBSERVADAS	LEVE	GRAVE	EXTREMO
1. Resentida			
2. Temerosa			
3. Insegura			
4. Avergonzada			
5. Confundida			
6. Desesperada			
7. Ansiosa			
8. Deprimida			
9. Humillada			
10. Desvalorizada			
11. Controlada			
12. Evasiva			
13. Incómoda			
14. Indecisa			
15. Celosa			
16. Desconfiada			
17. Llorosa			
18. Sumisa			
19. Resignada			

Fuente : Elaboración propia, Basada en el Manual de Normas y Procedimientos para la Atención de la Violencia Intrafamiliar M.S.P.S.

ANEXO N° 8

RESULTADOS TOTALES DEL CUESTIONARIO M.P. PARA ALCOHOLISMO

	PREGUNTA	RESP.	N°	
1	¿ASISTE REGULARMENTE A FIESTAS O COMPROMISOS SOCIALES?	SI	38	54
2	¿BEBE EN EXCESO DESPUES DE UN CONTRATIEMPO?	SI	40	61
3	¿CUANDO POR ALGUNA CIRCUNSTANCIA NO PUEDE BEBER, SE SIENTE INCOMODO?	SI	15	22
4	¿ALGUNA VEZ SE LEVANTO A LA MAÑANA SIGUIENTE DE HABER BEBIDO SIN PODER RECORDAR LOS INCIDENTES DE LA NOCHE ANTERIOR?	SI	51	73
5	¿CUANDO SE DISPONE A BEBER, SIENTE QUE TIENE MAS URGENCIA QUE ANTES POR BEBER EL PRIMER TRAGO?	SI	19	27
6	¿AUN DESPUES DE QUE SUS FAMILIARES Y AMIGOS YA NO DESEAN BEBER, INSISTE USTED EN SEGUIR BEBIENDO?	SI	49	70
7	¿BUSCA A VECES ALGUN JUSTIFICATIVO PARA SEGUIR BEBIENDO?	SI	23	33
8	¿CUANDO ESTA SOBRIO LAMENTA LAS COSAS QUE HIZO MEINTRAS ESTABA EMBRIAGADO?	SI	59	84
9	¿SIENTE QUE PUEDE TOMAR MAS ALCOHOL QUE ANTES SIN QUE APARENTEMENTE LE HAGA DAÑO?	SI	37	53
10	¿HAN AUMENTADO SUS PROBLEMAS ECONOMICOS, LABORALES Y FAMILIARES?	SI	65	93
11	¿EL ALCOHOL LÑE HA OCSIONADO PROBLEMAS LEGALES?	SI	56	80
12	¿LE PARECE QUE LA MAYORIA DE LAS PERSONAS LE CRITICAN LA FORMA DE BEBER?	SI	36	51
13	¿NOTA QUE AUMENTA LA FRECUENCIA DE SUS PERDIDAS DE MENORIA?	SI	35	51
14	¿EN LOS DIAS QUE BEBE MUCHO, COME POCO O IRREGULARMENTE?	SI	36	52
15	¿CUANDO SE DESPIERTA MUY NERVIOSO, PIENSA QUE UNOS TRAGOS LE AYUDARAN A MEJORAR SU ANIMO?	SI	20	29
16	¿SE SIENTE A VECES DEPRIMIDO Y PIENSA QUE NO PUEDE SEGUIR VIVIENDO?	SI	25	36
17	¿EN ALGUNAS OPORTUNIDADES LE HA PARECIDO VER O ESCUCHAR COSAS IMAGINARIAS?	SI	31	44
18	¿ALGUNA VEZ HA PERMANECIDO EMBRIAGADO DURANTE VARIOS DIAS?	SI	44	63
19	¿EN ALGUNA OPORTUNIDAD, SENTIO MIEDO POR HABER BEBIDO EN EXCESO?	SI	45	64
20	¿ACOSTUMBRA BEBER MAS DE LA CUENTA CUANDO SE ENCUENTRA DEPRIMIDO O PE}RESIONADO POR CUALQUIE TIPO DE PROBLEMAS?	SI	61	87

TOTAL PROMEDIO DE RESPUESTAS POSITIVAS

56.35%

Este resultado refiere el alto porcentaje de bebedores excesivos.

ANEXO N° 9

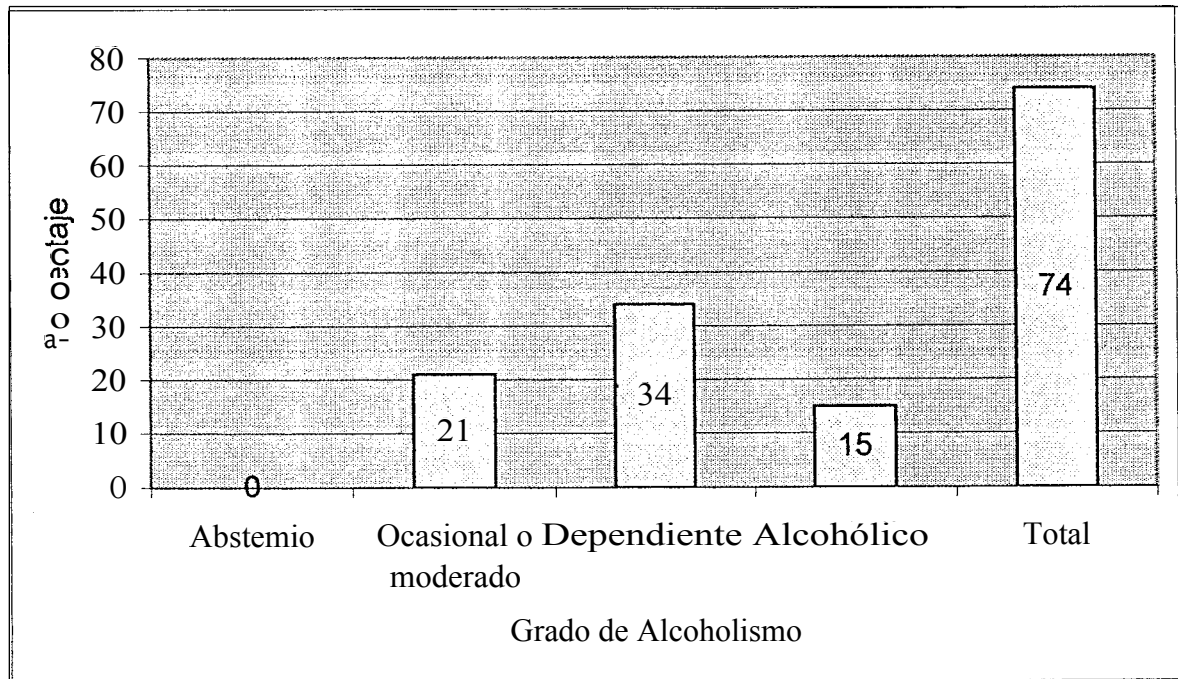
RESULTADOS TOTALES DEL CUESTIONARIO M.S.P.S. PARA VIOLENCIA

	PREGUNTA	RESP.	N°	%
1	¿VIVE SITUACIONES DE VIOLENCIA FAMILIAR?	SI	57	79
2	¿HA SUFRIDO AGRESION FISICO Y/O PSICOLOGICA DURANTE LA ETAPA DE ENAMORAMIENTO?	SI	18	25
3	¿HA SUFRIDO AGRESION FISICA Y/O PSICOLOGICA DURANTE LA ETAPA DEL MATRIMONIO?	SI	58	79
4	¿LAS DISCUSIONES SON MAS FRECUENTMES EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS?	SI	60	82
5	¿HA SIDO RIDICULIZADA EN PUBLICO O ANTE SUS HIJOS?	SI	34	47
6	¿SE SIENTE USTED RESPONSABLE DE CUALQUIER PROBLEMA QUE OCURRE AL INTERIOR DE SU FAMILIA?	SI	22	30
7	¿SU ESPOSO LE DA APOYO ECONOMICO SUFICIENTE PARA CUBRIR LAS NECESIDADES BASICAS DE USTED Y SUS HIJOS?	SI	9	14
8	¿SU ESPOSO LA OBLIGA A TENER RELACIONES SEXUALES INTIMIDANDOLA?	SI	38	52
9	¿SU ESPOSO INGIERE BEBIDAS ALCOHOLICAS CON FRECUENCIA?	SI	72	99
10	¿LA GOLPEA CUANDO ESTA EN ESTADO DE EBRIEDAD?	SI	71	97
11	¿SU ESPOSO DETERMINA CON QUIEN DEBE HABLAR Y A QUIEN DEBE FRECUENTAR?	SI	51	70
12	¿SU ESPOSO SE TORNA CADA VEZ MAS CELOSO Y POSESIVO?	SI	62	85
13	¿SU ESPOSO LASTIMA DE ALGUNA FORMA SUS HIJOS?	SI	38	53
14	¿SIENTE USTED TEMOR POR SU VIDA Y LA DE SUS HIJOS?	SI	34	47
15	¿CREE USTED QUE SU PAREJA VA A CAMBIAR?	SI	48	68
16	¿CONSIDERA USTED QUE NO TIENE RECURSOS PARA MANTENERSE A SI MISMA Y A SUS HIJOS?	SI	28	38
17	¿HA PENSADO EN DEJAR A SU ESPOSO A CAUSA DE LAS AGRECIONES RECIBIDAS?	SI	52	71
TOTAL PROMEDIO DE RESPUESTAS POSITIVAS			60.94%	

Estos resultados demuestran el alto índice de violencia en los hogares de las mujeres encuestadas.

ANEXO N° 10

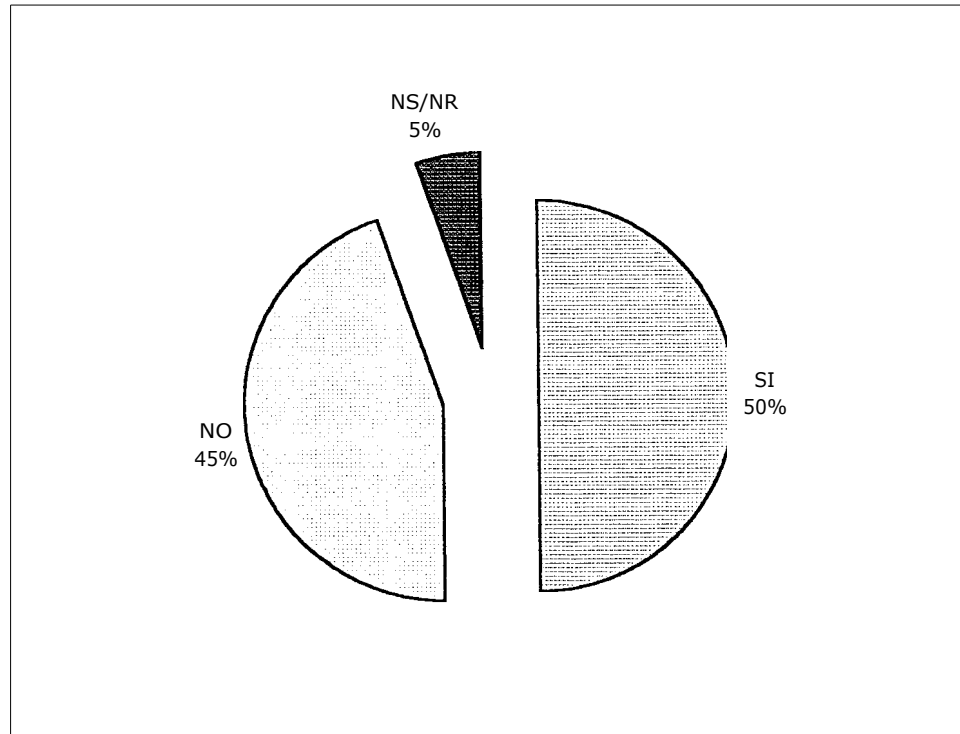
RESULTADOS DE CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS DE ALCOHOLISMO SEGÚN NIVELES O PATRONES DE CONSUMO



Abstemio	0
Ocasional o moderado	21
Dependiente	34
Alcohólico	15
Total	74

ANEXO N° 11

SÍNTOMAS PARA LA DETECCIÓN E IDENTIFICACIÓN DEL ALCOHOLISMO: TOLERANCIA



¿SIENTE QUE PUEDE TOMAR MÁS ALCOHOL
QUE ANTES **SIN** QUE APARENTEMENTE LE HAGA DAÑO?

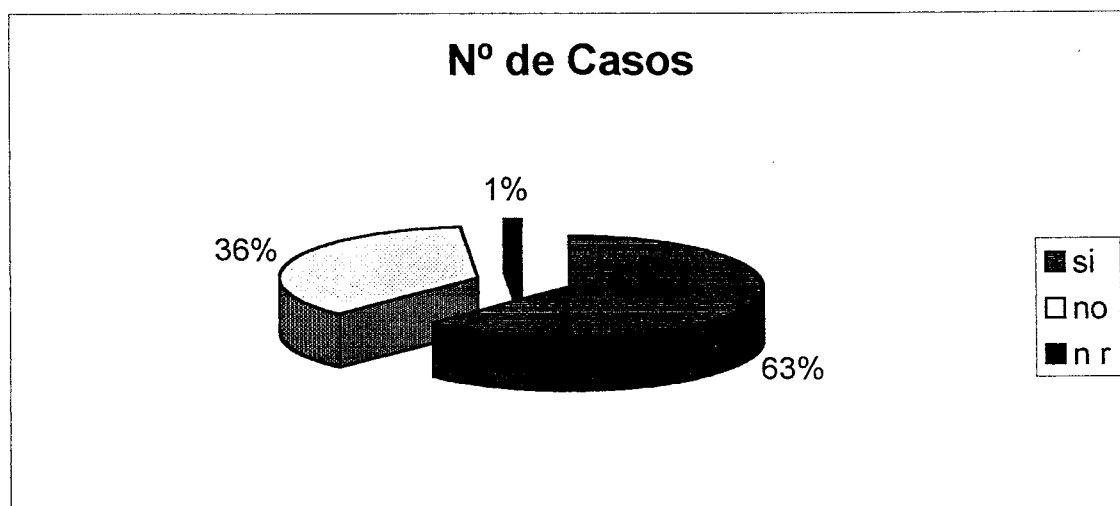
RESPUESTAS	N° DE CASOS	% DE CASOS
SI	37	50%
NO	33	45%
NS/NR	4	5%
TOTAL	74	100%

Este resultado demuestra la adaptación biológica del organismo al alcohol por el consumo repetido en el que las mismas dosis causan cada vez menos efecto, lo que ocasiona que aumente la dosis cada vez más para lograr los efectos de embriaguez esperados.

ANEXO N° 12

SÍNTOMAS PARA LA DETECCIÓN E IDENTIFICACIÓN DEL ALCOHOLISMO: DEPENDENCIA

Respuesta	N°	%
si	46	62,16
no	27	36,49
n r	1	1,35
Total	74	100,00



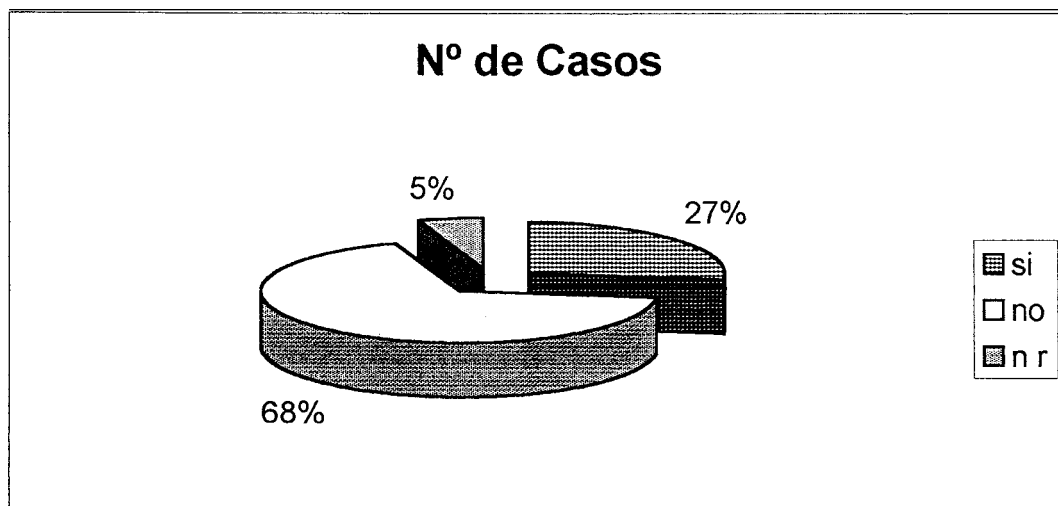
Estos resultados demuestran la pérdida de control sobre el consumo de bebidas alcohólicas luego de un consumo continuado, lo que le origina una dependencia física y psicológica.

ANEXO N° 13

SÍNTOMAS PARA LA DETECCIÓN E IDENTIFICACIÓN DEL ALCOHOLISMO: SÍNDROME DE ABSTINENCIA

¿CUANDO SE DESPIERTA MUY NERVIOSO,
PIENSA QUE UNOS TRAGOS LE AYUDARAN
A MEJORAR SU ANIMO?

RESPUESTAS	N° DE CASOS	% DE CASOS
SI	20	27%
NO	50	68%
NS/NR	4	5%
TOTAL	74	100%



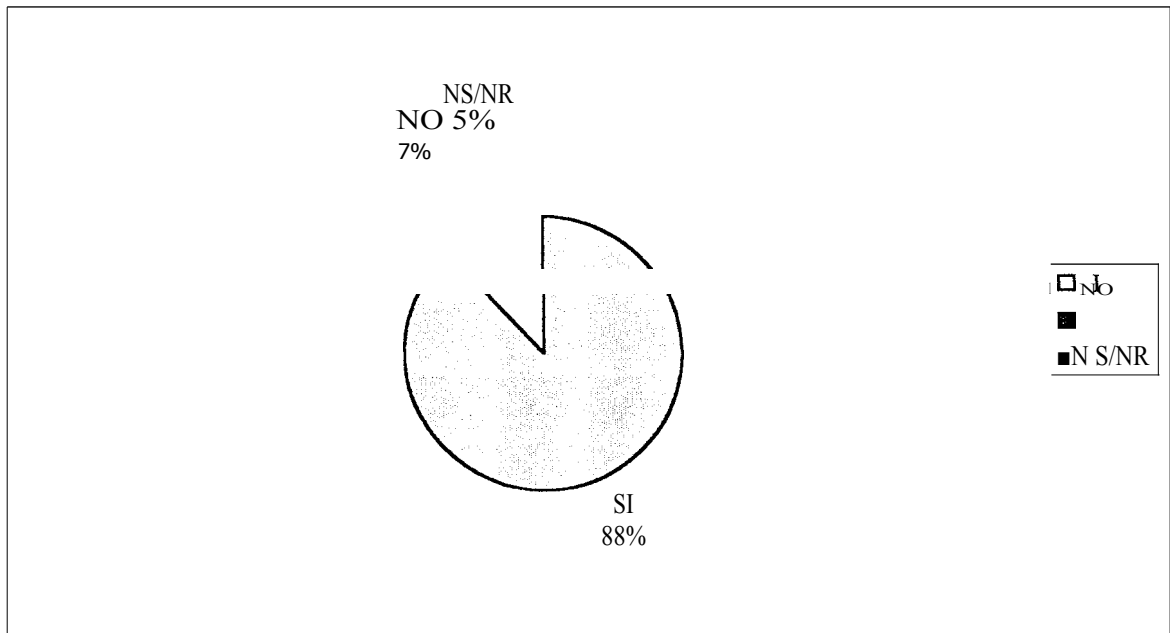
Según estos resultados los varones encuestados beben para aliviar los síntomas físicos como ser temblores, nerviosismo, vómitos, etc. después de una súbita suspensión del alcohol; estos síntomas suelen agudizarse y llegar al síndrome.

ANEXO N° 14

CONSECUENCIAS DEL CONSUMO EXCESIVO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS

2.10 ¿HAN AUMENTADO SUS PROBLEMAS ECONÓMICOS, LABORALES Y FAMILIARES?

RESPUESTAS	N° DE CASOS	% DE CASOS
SI	65	88%
NO	5	7%
NS/NR	4	5%
TOTAL	74	100%

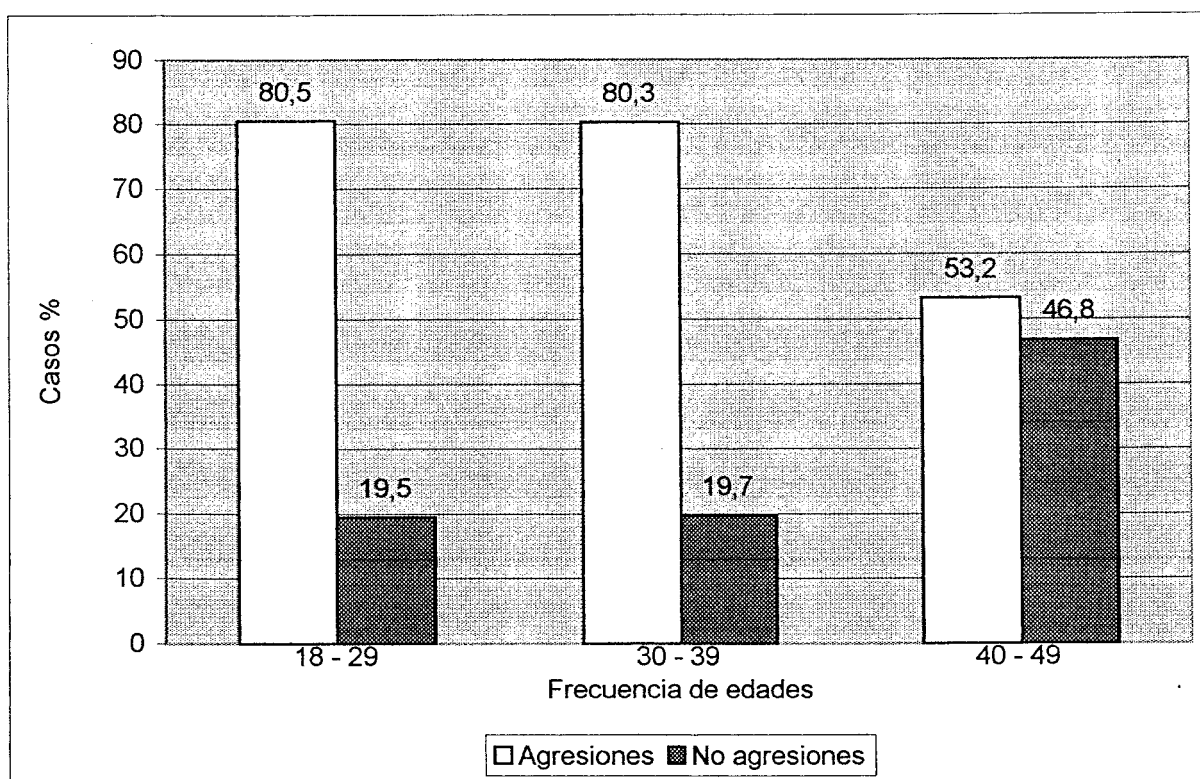


Según este resultado existe una notable interferencia en la funcionalidad ocupacional, social y familiar.

ANEXO N° 15

DISTRIBUCIÓN TOTAL DE CASOS DE VIOLENCIA FÍSICA, PSICOLÓGICA Y SEXUAL

	Agresiones	No agresiones
Agresión Física	80,5	19,5
Agresión Psicológica	80,3	19,7
Agresión Sexual	53,2	46,8



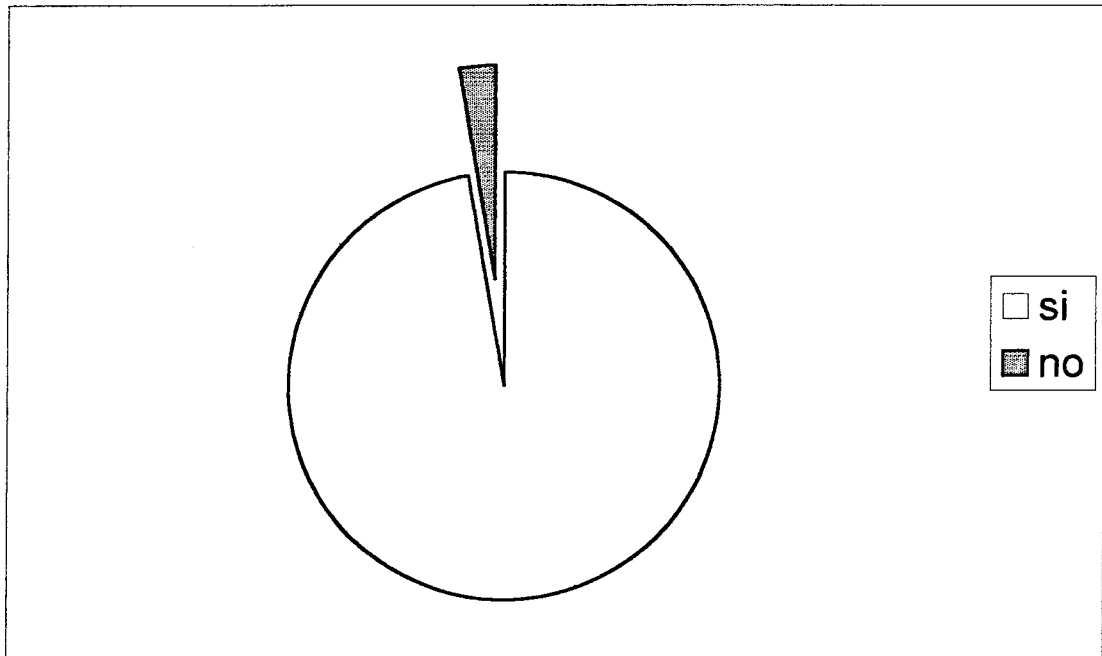
Los resultados totales reflejan la incidencia de violencia física y psicológica con un margen poco significativo entre ambos. Los resultados de la violencia sexual, creemos que no reflejan la realidad debido a diversos factores como son la vergüenza, intimidación y tabúes existentes al respecto.

ANEXO N° 16

RESULTADOS DEL CONSUMO EXCESIVO RELACIONADOS CON LA VIOLENCIA DOMÉSTICA

P3.10 ¿La golpea cuando está en estado de ebriedad?

Respuesta	N°	%
si	72	97,30
no	2	2,70
Total	74	100,00



Los resultados nos muestran el alto número de varones agresores en contra de la mujer cuando se encuentran en estado de ebriedad, corroboran los resultados anteriores mostrándonos al alcohol como un factor desencadenante de la violencia al interior de los hogares.

