

**RIESGO SUICIDA EN PERSONAS CON ACCIDENTE DE TRANSITO EN
ESTADO DE ALICORAMIENTO**

**CAROLINA AMAYA DIAZ
KATHERINE PUENTES RIVERA**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE PSICOLOGIA
NEIVA
2007**

**RIESGO SUICIDA EN PERSONAS CON ACCIDENTE DE TRANSITO EN
ESTADO DE ALICORAMIENTO**

**CAROLINA AMAYA DIAZ
KATHERINE PUENTES RIVERA**

Tesis de grado para optar al titulo de Psicólogas

**Director de tesis:
NICOLAS ARTURO NUÑEZ Ph, D.
Psicólogo**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE PSICOLOGIA
NEIVA
2007**

Nota de aceptación

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Neiva, noviembre de 2007.

DEDICATORIA

A MI HIJO.... ESTEBAN

Eres la razón de mí existir, la persona más importante en mí vida. Trajiste ilusiones a mí existir, y con ellas la dicha de saber el significado de la palabra mamá.

Lucharemos tú y yo por salir adelante y que nada nos falte.

A mí mamá, una mujer sencilla, buena y trabajadora, por su amor, apoyo y amistad... gracias mamá por hacerme realidad este sueño.

A mi familia por el cariño y la confianza que me brindan en todo momento pero sobre todo, por estar cada uno a su manera conmigo.

CAROLINA AMAYA DIAZ

A lo más maravilloso que me ha pasado en mi existencia y quien es mi fortaleza en este último tramo de vida universitaria...

A pesar de que las cosas se han tornado difícil, tu eres mi lucecita, eres ese motivo que necesitaba para seguir adelante.

Se lo dedico a la razón por la que despertare el resto de mi vida, A MI BEBESITO QUE VIENE EN CAMINO....

GRACIAS por llegar en el momento indicado!

Juntos lucharemos, saldremos adelante y disfrutaremos de nuestros logros.

A mi FAMILIA porque ustedes lo merecen todo y sin ustedes no sería quien soy.

KATHERINE PUENTES RIVERA

AGRADECIMIENTOS

A Dios que me dio las fuerzas necesarias para estar lejos de mí bebe.

A mi mamá por ser tan paciente tan buena, y por ser dos veces mamá para mí angelito.

A mis hermanas Yurany y Yaseira, por haber cuidado de mi hijo como si fuera el suyo.

A mi hermano Álvaro, por proteger y querer a mi hijo.

A mi mejor amiga Vanessa, por los gratos momentos que hemos compartido, su enorme apoyo y su inigualable amistad.

A Nicolás Núñez, por tenernos paciencia, ayudarnos a crecer como profesionales, y ser un GRAN amigo.

CAROLINA AMAYA DIAZ

GRACIAS....

A DIOS, por darme esta oportunidad y brindarme la fuerza para seguir luchando y conseguir este logro.

A MI MAMI María Eugenia Y MI PAPI Luis Alberto por su confianza incondicional y su apoyo constante.

A mis hermanos LUIS GABRIEL Y FABIAN por su compañía y por animarme a concluir mis estudios

A mi hermana PAOLA ANDREA, amiga incondicional y gran ejemplo a seguir

A todas aquellas personas que detuvieron un momento de su vida para conocerme y quienes me brindaron su amistad sincera y apoyo en los momentos buenos y no tan buenos de este largo camino

A Nicolás Núñez, por su dedicación, sus consejos locos, por haber sido nuestro director de tesis, de semillero, y por haber sido un amigo.

KATHERINE PUENTES RIVERA

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
1. INTRODUCCIÓN	18
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	19
3. ANTECEDENTES	22
4. JUSTIFICACION	26
5. OBJETIVOS	28
5.1 Objetivo General	28
5.2 Objetivos Específicos	28
6. MARCO TEORICO	29
6.1 SUICIDIO	29
6.1.1 Comportamiento suicida	30
6.1.2 Intento de suicidio	31
6.1.3 Parasuicidio	33
6.2 FACTORES DE RIESGO DEL SUICIDIO	33

	Pág.
6.2.1 depresion	33
6.2.3 Características o signos de la depresión (Diagnóstico descriptivo)	35
6.2.4 Clasificación de la depresión según el nivel (DSM IV)	36
6.2.5 Teorías que explican la depresión	36
6.2.5.1 La teoría conductual	36
6.2.5.2 La teoría cognitiva	37
6.2.5.3 Indefensión aprendida	37
6.2.5.4 Teoría biológica	37
6.2.6 Modelo cognitivo de la depresión de Beck	38
6.3 ANSIEDAD	39
6.3.1 Ansiedad desde el enfoque cognitivo	40
6.3.1.1 Subjetivo- Cognitiva	41
6.3.1.2 Fisiológico- Somática	41

	Pág.
6.3.1.3 Motor- Conductual	41
6.4 ACCIDENTES DE TRANSITO	41
6.4.1 Efectos del alcohol sobre la conducción	42
6.4.1.1 Efectos sobre la función psicomotora y sobre las capacidades del conductor	42
6.4.1.2 Efectos sobre la visión	43
6.4.1.3 Efectos sobre el comportamiento y la Conducta	43
6.4.2 La relación entre el alcohol y los accidentes de tráfico	43
6.5 EL ALCOHOL	46
6.5.1 Efectos del alcohol	46
6.5.1.1 Psíquica	46
6.5.1.2 Neurológicas	46
6.5.1.3 General	47
6.5.2 Clasificación de la embriaguez	47

	Pág.
6.5.3 el alcoholismo	48
6.5.4 psicopatológica del alcoholismo	48
6.5.5 modelo psicológico del alcoholismo	49
7. VARIABLES	51
8. DISEÑO Y METODOLOGIA	54
8.1 ENFOQUE	54
8.2 TIPO DE ESTUDIO	54
8.3 PROCEDIMIENTO	55
8.4 UNIVERSO	56
8.4.1 muestra poblacional	56
8.4.2 tipo de muestreo	56
8.5 CRITERIOS DE INCLUSION	57
8.5.1 grupo de trabajo	57

	Pág.
8.5.2 grupo de referencia	57
8.6. INSTRUMENTOS	57
8.6.1 escala de riesgo suicida	58
8.6.2 Test de audit (alcohol use disorders identification test)	59
8.6.3 inventario de ansiedad de beck (bai beck anxiety inventory)	62
8.6.4 inventario de depresión de beck (beck depression inventory, bdi)	64
8.7 VALIDEZ INTERNA Y EXTERNA	66
8.8 ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACION	68
8.9 ANALISIS DE DATOS ESTADISTICO	69
9. RESULTADOS	70
9.1 DESCRIPCIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LOS SUJETOS	70
9.2 EFECTOS DEL ALCOHOL EN LA CONDUCCION	72

	Pág.
9.3 TEST DE AUDIT	76
9.4 ESCALA DE RIESGO SUICIDA	80
9.5 INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK	84
9.6 INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK	89
9.7 ALCANCES DEL ESTUDIO	93
9.8 LIMITACIONES DEL ESTUDIO	93
DISCUSION DE RESULTADOS	96
CONCLUSIONES	101
RECOMENDACIONES	103
BIBLIOGRAFIA	108
ANEXOS	119

INDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Tabla de variables	52
Tabla 2. Tabla de contingencia conocimientos efectos del alcohol en el organismo	72
Tabla 3. Prueba chi- cuadrado conocimientos efectos del alcohol en el organismo	74
Tabla 4. Tabla de contingencia Test de Audit.	76
Tabla 5. Prueba chi- cuadrado Test de audit.	78
Tabla 6. Tabla de contingencia Escala de Riesgo Suicida.	80
Tabla 7. Prueba chi- cuadrado escala de Riesgo Suicida	82
Tabla 8. Tabla de contingencia Inventario de Ansiedad de Beck.	84
Tabla 9. Prueba chi- cuadrado inventario de Ansiedad de Beck	86
Tabla 10. Tabla de contingencia Inventario de Depresión de Beck.	89
Tabla 11. Prueba chi- cuadrado inventario de Depresión de Beck	91

	Pág.
Tabla 12. Hipótesis aceptadas	94
Tabla 13. Cronograma de Actividades	107

INDICE DE GRAFICAS

	Pág.
Grafica 1. Círculo vicioso del alcoholismo	49
Grafica 2. Edad	70
Grafica 3. Escolaridad	71
Grafica 4. Conocimientos efectos alcohol en conducción.	75
Grafica 5. ¿Con que frecuencia toma alguna "bebida" que contenga alcohol?	78
Grafica 6. ¿Cuántas "bebidas alcohólicas" toma en un día típico en el que ha bebido?	79
Grafica 7. ¿A veces nota que podría perder el control sobre si mismo?	82
Grafica 8. ¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado que habría sido capaz de matar a alguien?	83
Grafica 9. Miedo a que suceda lo peor	87
Grafica 10. Miedo a morir	88
Grafica 11. Pregunta 4 inventario depresión Beck	91
Grafica 12. Pregunta 5 inventario depresión Beck	92

INDICE DE ANEXOS

	Pág.
Anexo a. flujograma de actividades	120
Anexo b. consentimiento para participar en un estudio de investigación relacionado con el riesgo suicida en personas con accidente de tránsito en estado de embriaguez	121
Anexo c. consentimiento informado	123
Anexo d. formato de recolección de datos	124
Anexo e. test de audit	125
Anexo f. escala de riesgo suicida	126
Anexo g. inventario de ansiedad de beck	127
Anexo h. inventario de depresión de beck	128

RESUMEN

Existe riesgo suicida en las personas con accidente de tránsito en estado de alcoholamiento? Esta investigación se desarrolló bajo el enfoque metodológico cuantitativo; su diseño es comparativo y el objetivo general es Establecer si existe intencionalidad suicida en los conductores que se han accidentado en estado de alcoholamiento y que ingresan a la Unidad de Urgencias del Hospital Universitario “Hernando Moncaleano Perdomo” de la ciudad de Neiva, en el periodo comprendido entre Junio y Septiembre del 2007, cuya edad se encuentre entre los 18 y 40 años.

Los instrumentos que se emplearon en este estudio son: Escala de riesgo suicida de Plutchik., Test de Audit, Inventario de ansiedad de Beck y el Inventario de depresión de Beck.

Como resultados se obtuvo que el 100% de la muestra accidentada poseen problemas relacionados con el consumo de alcohol, En el grupo de sujetos que no han sufrido accidente de tránsito en estado de alcoholamiento se halló que el 54% de la muestra tiene problemas relacionados con el alcohol.

En la escala de riesgo suicida se encontró que el 38% de los sujetos que han sufrido accidente de tránsito en estado de alcoholamiento tienen riesgo suicida, frente a un 12% de las personas que no se han accidentado, con lo cual se evidencia que los sujetos accidentados tienen 3 veces más riesgo suicida, que los que no se han accidentado.

Con referencia a los datos hallados en el inventario de ansiedad de Beck, se encontró que los sujetos que han tenido accidente de tránsito en estado de alcoholamiento, en un 52% tienen trastorno de ansiedad, frente a un 37% de los sujetos que no han tenido accidente; estas cifras muestran que, aunque la ansiedad no es exclusiva de la población accidentada, si hay una mayor frecuencia de este trastorno en esta muestra.

La prueba de depresión de Beck revela que el 54% de la población accidentada en estado de alcoholamiento tiene depresión leve.

PALABRAS CLAVE: riesgo suicida, accidente, alcoholamiento, depresión, ansiedad

ABSTRACT

Does suicidal risk exist in people with accident of traffic in alicoramiento state? This investigation development under the quantitative methodological focus; their design is descriptive comparative and the general objective is to settle down if suicidal premeditation exists in the drivers that have had an accident in alicoramiento state and that they enter to the Unit of Urgencies of the University Hospital "Hernando Moncaleano Perdomo" of the city of Neiva, in the period understood among June and September of the 2007 whose age is between los18 and 40 years.

The instruments that were used in this study are: Scale of suicidal risk of Plutchik., Test of Audit, Inventory of anxiety of Beck and the Inventory of depression of Beck.

As results it was obtained that 100% of the uneven sample possesses problems related with the consumption of alcohol, In the group of fellows that have not suffered accident of traffic in alicoramiento state, finds that 54% of the sample has problems related with the alcohol.

In the scale of suicidal risk it was found that 38% of the fellows that have suffered accident of traffic in alicoramiento state they have suicidal risk, in front of 12% of people that have not had an accident, with that which is evidenced that the uneven fellows have 3 times but suicidal risk that those that have not had an accident.

With reference to the data found in the inventory of anxiety of Beck, it was found that the fellows that have had accident of traffic in alicoramiento state, in 52% they have dysfunction of anxiety, in front of 37% of the fellows that have not had accident; these figures show that, although the anxiety is not exclusive of the uneven population, if there is a bigger frequency of this dysfunction in this sample.

The test of depression of Beck reveals that the uneven population's 54% in alicoramiento state has light depression.

WORDS KEY: suicidal risk, accident, alicoramiento, depression, anxiety

1. INTRODUCCION

Los muertos y heridos a causa de los accidentes de tránsito son un problema de salud pública importante. En muchos países en donde el consumo de alcohol es parte integral de la vida diaria, se ha demostrado que conducir bajo los efectos del alcohol es la causa de casi la mitad de los muertos y heridos graves producidos por los accidentes de tránsito.

La intencionalidad suicida en personas con accidente de tránsito en estado de alicoramiento es un evento que no se ha estudiado en gran medida; dado que se han hecho investigaciones sobre ansiedad, depresión, alcohol y drogas relacionados entre sí con el riesgo suicida, pero no se ha tenido en cuenta la negación de las personas sobre los efectos del alcohol a la hora de conducir y la posible relación que tienen las variables anteriormente mencionadas con el riesgo suicida y los accidentes de tránsito, además teniendo en cuenta que los accidentes en estado de alicoramiento son sucesos circunstanciales que, generalmente se pueden evitar, debido a que la persona conoce las consecuencias de llevar a cabo esta conducta, el riesgo que corre su vida y aun así la realiza, por esto formulamos la siguiente pregunta de investigación: existe riesgo suicida en las personas con accidente de tránsito en estado de alicoramiento?

La investigación se desarrollo bajo el enfoque metodológico cuantitativo; el objetivo general es establecer si existe intencionalidad suicida en los conductores que se han accidentado en estado de alicoramiento y que ingresan a la Unidad de Urgencias del Hospital Universitario “Hernando Moncaleano Perdomo” de la ciudad de Neiva, en el periodo comprendido entre Junio y Septiembre del 2007, cuya edad se encuentre entre los 18 y 40 años.

Partiendo de la pregunta y el objetivo, en este estudio, se buscó hallar la relación entre estos eventos, por medio de la aplicación de pruebas psicológicas a sujetos accidentados en estado de alicoramiento, acerca de riesgo suicida, y pruebas que evalúan los principales factores de riesgo del suicidio tales como: alcohol, ansiedad y depresión. Y finalmente, se aplicó las mismas pruebas a sujetos que no han tenido accidentes de tránsito en estado de alicoramiento, para así, proseguir con la comparación de las dos muestras, y establecer si el hecho de conducir en estado de alicoramiento se puede considerar como una conducta suicida o no.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El riesgo suicida en personas con accidente de tránsito en estado de alcoholamiento es un evento que no se ha estudiado en gran medida, los accidentes son eventos circunstanciales que, generalmente se pueden evitar, dado que la persona conoce las posibles consecuencias al llevar a cabo esta conducta, el riesgo que corre su vida y aun así la realiza, como ocurre con el suicida; es probable que al llevar a cabo este comportamiento se este presentando una conducta suicida encubierta, la cual se puede configurar en una conducta parasuicida, con el fin de contextualizar mas a fondo esta problemática se presenta la siguiente caracterización:

En el año 2006 a nivel nacional se presentaron 5.486 fallecimientos por accidentes de tránsito y 40.114 personas lesionadas relacionadas con un evento de tránsito según información presentada por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF), la muerte por accidentalidad en tránsito continúa ocupando el segundo lugar (cerca del 19%) de muertes violentas en el país, después de los homicidios, el grupo de edad de 25 a 34 años presenta el mayor número de muertes, casi una quinta parte del total.¹

En Neiva para el año de 2006 con respecto al 2005 se incrementaron en 24 casos de muerte por lesiones de tránsito; según el grupo de edad, los mas afectados son las personas entre 20 y 24 años seguido del grupo entre 25 y 29, según el día de ocurrencia de las muertes por accidentes de tránsito en la ciudad de Neiva se registra que son los sábados y domingos los de mayor frecuencia, con 32 y 30 casos respectivamente, con un porcentaje de 23% , se presentaron en las horas nocturnas entre las 9p.m. y 3 a.m.²

Según estos datos se deduce que el contexto en el cual se presenta la mayor parte de los accidentes de tránsito ocurre en horas y días en que las personas consumen mayor cantidad de alcohol, por lo cual se ven directamente relacionados los dos eventos.

¹ Instituto nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses

² Observatorio del delito, Medicina legal. Fiscalía, Sijin, CTI, Secretaria de Salud y Tránsito y Transporte

La ocurrencia de los accidentes tiene mayor porcentaje en los meses del año en los cuales se realizan las festividades mas relevantes de la cultura colombiana en los diferentes departamentos del país, ya que según el INMLCF los meses de mayor incidencia de accidentes de transito son julio, diciembre y enero en los cuales ocurren más muertes, de igual manera, los días de mayor ocurrencia de estos eventos muestra como los fines de semana empezando desde el viernes, se incrementa el número de casos, siendo el sábado el de mayor frecuencia, posiblemente relacionados con el consumo del alcohol y de sustancias psicoactivas por parte de los conductores, situación poco estudiada que requiere de estudios e investigaciones que permitan esclarecer esta relación.³

Dado que el objetivo principal es hallar la relación de la problemática de los accidentes de transito con el intento suicida, es necesario contextualizar el evento suicida, la OMS define al intento de suicidio como “un acto no habitual, con resultado no letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, para causarse auto-lesión o determinarla sin la intervención de otros, o también ocasionarla por ingesta de medicamentos en dosis superior a la reconocida como terapéutica”⁴; Esta definición plantea en si misma la importancia de realizar todo tipo de investigaciones con respecto al intento suicida comprendiéndolo como un evento multicausal, y de igual manera intervenir de manera multidisciplinar los factores de riesgo que conllevan a este evento.

Cifras como las que ofrece la OMS ponen en alerta acerca de la obligación de prodigar una ayuda oportuna a quienes intentan suicidarse, teniendo como base los factores de riesgo atribuidos hasta ahora al intento de suicidio, pero, indagando otros aspectos relacionados con este, teniendo presente que el sujeto que intenta suicidarse evidencia una problemática interior grave, la cual trasciende a otros ámbitos, por lo cual es posible atribuir a los accidentes de transito una probable conducta suicida encubierta, ya que entendiendo accidente como todo evento que puede ser prevenido, al conducir en estado de alicoramiento se esta elicitando un comportamiento que atenta contra la vida misma del sujeto.

Esta caracterización evidencia el latente riesgo que tienen las personas de acabar con su vida por conducir en estado de alicoramiento, con pleno conocimiento de los efectos del alcohol y de las consecuencias que puede traer el conducir en este estado; comprobando con esto la necesidad de realizar un estudio con individuos que hayan tenido un accidente de transito en estado de alicoramiento, y que sean

³ Instituto nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses

⁴ Pagina electrónica Organización Mundial de la salud. www.oms.gov.co

atendidos en el hospital Universitario de Neiva; al mismo tiempo estos resultados nos permitirán acercarnos de una manera mas objetiva hacia la problemática real de cada una de las personas involucradas en estos hechos lo cual es un elemento base para el desarrollo de programas de intervención tanto en suicidas manifiestos como en los encubiertos.

Por lo tanto, con este estudio se pretende elaborar una investigación enfocada a identificar y establecer el grado de intencionalidad suicida en las personas que se han accidentado en estado de alicoramamiento en la ciudad de Neiva.

A raíz de lo expuesto se plantea la siguiente pregunta de investigación, la cual encaminará el curso y desarrollo de este estudio:

¿Es posible atribuir riesgo suicida a las personas que han tenido un accidente de transito en estado de alicoramamiento?

3. ANTECEDENTES

Los accidentes de tránsito son eventos de gran relevancia, sobre los cuales se está investigando en gran medida, con el único objetivo de disminuir su incidencia actual, los estudios sobre accidentalidad en estado de alicoramiento desde el área de la psicología son escasos, ya que este evento se ha relacionado con causas que conciernen a otras áreas, la complejidad de las causas de esta problemática en particular, requiere necesariamente un enfoque multidisciplinario de los estudios a realizar, que tenga en cuenta el factor humano, el cual tiene gran variedad de elementos en sí mismo, es también relevante establecer que los factores culturales desempeñan una función destacada en el comportamiento.

Las investigaciones y estudios donde el tema central son los accidentes de tránsito, son bastantes, tanto mundial como nacionalmente, en la búsqueda bibliográfica por medio de distintos medios no se halló investigaciones donde se establezca una relación entre los accidentes de tránsito en estado de alicoramiento y la conducta suicida; por lo anterior se expondrán los antecedentes que guardan relación cercana con las variables que se manejarán en la presente investigación; en este orden de ideas podemos citar algunos de estos:

A nivel internacional, en España se realizó una investigación llamada "Consumo de fármacos, alcohol y drogas en los conductores españoles"⁵ realizado por el Grupo de Alcohol y Drogas de la Universidad de Valladolid. Los objetivos propuestos fueron: analizar las pautas del consumo de sustancias que potencialmente puedan interferir con la capacidad de conducción (alcohol, drogas ilegales y fármacos) y estimar la presencia de procesos patológicos en los conductores de vehículos de España. Se utilizó un cuestionario con preguntas sobre datos sociodemográficos, patrones de conducción y consumo de alcohol, medicamentos y drogas. Los resultados más significativos son los siguientes: el 63% de los encuestados eran bebedores habituales de alcohol (al menos una vez a la semana) y un 17% bebedores ocasionales. Los varones eran significativamente ($p < 0,0001$) más bebedores habituales que las mujeres. Resalta el hecho de que los conductores habituales (quienes conducen diariamente) resultaron ser quienes bebían con mayor frecuencia. El 26,8% de los bebedores estaban situados en niveles de consumo de alcohol "peligroso" (más de 80 gramos de alcohol al día), En el último año, reconocen haber conducido tras haber bebido en alguna ocasión el 51% de los encuestados, en tanto que el 7,3%

⁵ www.dgt.es/educacionvial/recursos/dgt/EduVial/indiceg_menu.htm

de quienes respondieron aseguran que conducen "siempre aunque hayan bebido". Con los resultados de esta investigación se evidencia que a pesar de que esta enfocada en investigar el consumo de sustancias psicoactivas y alcohol las conclusiones citadas permiten afirmar que es de gran pertinencia, ya que establece la continua conducta de las personas de conducir un vehículo automotor después de haber ingerido alcohol, por lo cual se identifica una conducta de riesgo voluntaria de llegar a sufrir una lesión de tránsito dadas las circunstancias en las que se conduce.

Otro estudio relacionado con la presente investigación es "Estudio de casos-control sobre alcohol y accidentes de tráfico"⁶, Se diseñó una encuesta para medir variables epidemiológicas que contenía: variables de tiempo, lugar, personales. Este último se determinó en el estudio de los casos, mediante análisis de una muestra de sangre (ingresados en el hospital). El estudio se realizó en todos los conductores mayores o iguales a 16 años de edad heridos en accidente de tráfico dentro de los límites de las áreas geográficas señaladas (casos). En los casos control se les realizó una prueba con alcoholímetro de precisión (en la carretera) en una muestra aleatoria representativa de los conductores de las áreas y tiempos mencionados anteriormente. El tamaño de la muestra fue de 274 casos y 1.256 controles; los resultados fueron: de los conductores heridos, el 32% presentaba una alcoholemia superior o igual a 0,8 g/l y el 37 superior a 0,5 g/l. En los casos control un 0,5% y un 0,9% respectivamente. Las conclusiones fueron: Los conductores con niveles elevados de alcoholemia tienen un riesgo de sufrir accidentes de circulación 6 veces superior al que corren los conductores con alcoholemia inferior a 0,5 g/l. Cuando la alcoholemia es mayor o igual a 0,6 g/l el riesgo es 7 veces mayor que el de los que conducen con alcoholemia inferior. Cuando la alcoholemia es mayor o igual a 0,7 g/l el riesgo de accidentarse es 16 veces mayor que en los que conducen con alcoholemia inferior. Cuando la alcoholemia es igual o mayor a 0,8 g/l el riesgo de sufrir un accidente se hace 100 veces mayor que los que conducen con alcoholemias inferiores; los menores de 25 años muestran un riesgo 3 veces superior que los de edad igual o superior; en fiestas locales existía un mayor riesgo de accidentarse (significativo estadísticamente) respecto a los que circulaban en días laborables. La alcoholemia actuaba como factor de confusión.

Los resultados de esta investigación evidencian el alto riesgo que se corre al conducir un vehículo después de haber ingerido alcohol, por lo tanto se puede afirmar que al conducir en estado de alicoramiento es una realidad que está

⁶www.dgt.es/educaciónvial/recursos/dgt/EduVial/indiceg_menu.htm

umentando de manera significativa la probabilidad de sufrir accidentes de circulación con resultados letales.

A nivel local, se realizó un estudio titulado “Una cultura de la accidentalidad en el tránsito”⁷ 2002, realizado por Jhon Freddy Bustos y Ricardo Duran en la Universidad Surcolombiana, programa de psicología; esta investigación se realizó bajo enfoque cualitativo, el diseño utilizado fue el relato de vida, y su unidad de trabajo fue establecida con tres personas que habían sufrido en algún momento de su vida accidente de tránsito, las conclusiones de este estudio fueron : a pesar de que los accidentes de tránsito son experiencias traumáticas las personas continúan realizando conductas de riesgo respecto al tránsito, además los individuos constantemente encuentran razones y justificaciones para asumir conductas de riesgo; conductas que en muchos casos terminan con resultados catastróficos: además se concluyó que para estas personas los accidentes de tránsito son experiencias dolorosas física y emocionalmente en especial por las implicaciones que estos sucesos tienen a nivel económico y físico.

Esta investigación hace parte de la tendencia investigativa relacionada con los accidentes de tránsito en el municipio de Neiva, además dentro de los resultados hallados en esta investigación se establecen y se ponen de manifiesto la vivencia y la percepción de las personas que sufren un accidente de tránsito, de igual manera se evidencia que a pesar de la comprensión de las posibles consecuencias en un accidente, las personas siguen asumiendo conductas de riesgo como la que se pretende investigar en el actual estudio.

Respecto al evento suicida, Gómez, Rodríguez, Bohórquez, Díaz, Ospina, y Fernández⁸ (2002), en un estudio describieron y analizaron “el perfil epidemiológico y los factores asociados al intento de suicidio en una muestra de la población colombiana”. Para tal fin incorporaron un diseño de análisis secundario de la base de datos de la Primera Encuesta Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas, en esta encuesta participaron 25.135 personas. Los cuestionarios que se aplicaron fueron: SRQ, ZUNG para ansiedad, ZUNG para depresión y el CAGE cuestionario de alcoholismo. Se seleccionó como variable dependiente intentos de suicidio discriminada como intento de suicidio reportado

⁷ BUSTOS, John Freddy; DURAN, Ricardo. Una cultura de la accidentalidad en el tránsito. Universidad Surcolombiana. 2002

⁸ GÓMEZ, C., RODRÍGUEZ, N., BOHÓRQUEZ, A., DIAZGRANADOS, N., OSPINA, M., FERNÁNDEZ, M. (2002). Factores asociados al intento de suicidio en la población colombiana: Revista Colombiana de Psiquiatría, 31, (4), 283 – 298.

por la persona en el último año o durante toda la vida. Como variables independientes seleccionaron, consumo de alcohol, síndrome depresivo, síndrome de ansiedad, percepción de salud y físico a mujeres y niños, sentimientos de depresión, ansiedad, irritabilidad y temor. En los resultados se encontró que el 5% de las mujeres y el 3,9% de los hombres habían intentado suicidarse durante el transcurso de la vida y 1,4% de mujeres y el 1,0% de hombres lo habían intentado en el último año. La relación entre el síndrome depresivo y el intento suicida fue de 15,1% y entre ansiedad y el intento suicida fue de 17,8%. Este estudio es de gran importancia para la presente investigación, pues, partiendo de sus resultados, se puede evidenciar la alta incidencia del intento de suicidio, lo que nos brinda un soporte investigativo y teórico para ratificar nuestra intención de trabajar con este evento tan significativo actualmente.

Los anteriores trabajos investigativos proporcionan información importante acerca de la relación de los accidentes de tránsito y alcohol, además de establecer la actual incidencia del intento de suicidio; estos estudios aportan datos relevantes y significativos para el desarrollo del presente estudio aportan características, factores predisponentes, comportamiento epidemiológico en parasuicidas. asimismo, proporcionan información pertinente para el tema en específico, también, los análisis presentados tienen una estrecha relación en lo concerniente a los objetivos de investigación, hecho que es favorable, ya que con los resultados obtenidos se puede corroborar, rectificar, o ampliar los conceptos ya formulados a partir de estas indagaciones.

4. JUSTIFICACION

La presente investigación se ha enfocado en personas con accidente de tránsito en estado de alicoramiento, esta problemática se basa en que estas personas consumen licor, entonces, conocen los efectos que produce el alcohol en sus organismos, razón que los debería hacer responsables de las posibles consecuencias de sus actos, y aun así procedieron a conducir un automotor en este estado, situación que los afecta tanto física como emocionalmente, el interrogante radica en el posible propósito que tuvo el sujeto accidentado al conducir en estado de alicoramiento, ya que un accidente se entiende como todo suceso que no se puede prevenir y que es involuntario, por lo tanto cuando se habla de accidente de tránsito donde está involucrado el alcohol tendríamos una situación totalmente prevenible, por esto se identificaría como un comportamiento premeditado, pues la persona es quien de manera voluntaria decide llevar a cabo esta conducta.

La psicología como ciencia actualmente está dirigida a realizar estudios e investigaciones que basados en hechos y procedimientos objetivos den como resultados soluciones a los problemas del diario vivir de las personas, los cuales otorguen confianza en el quehacer del profesional de la psicología, el contexto y las condiciones en las que se desenvuelven las personas a lo largo de su existencia y la identidad que desarrollan a lo largo de su historia tienen alcances sociales y emocionales importantes en su desarrollo, evaluado desde tres enfoques: el emocional, el físico y el comportamental; elementos que conforman una unidad en la vida de todos los hombres, se interrelacionan y se desarrollan a la par con esta, por lo que una alteración en alguno de estos tres componentes conlleva al malestar general de la persona.

Los retos de la psicología no solo deben basarse en las teorías ya preestablecidas, es importante con estas tratar de establecer nuevas teorías o reevaluarlas, para lo cual es elemental dirigirse hacia otros contextos poco estudiados o paradigmas poco significativos en las diferentes áreas fundamentales; para el caso concreto de esta investigación se pretende establecer si el accidente de tránsito tiene cierto componente suicida el cual se podría catalogar como parasuicidio, entendiendo este como actos suicidas deliberados que no tienen un final fatal pero que provocan daños en el propio sujeto que las

ejecuta, con lo que se resignificaría el concepto de suicidio y accidente de tránsito estableciendo una relación directa entre estos dos.

El estudio investigativo se justifica en que contribuirá a enriquecer el conocimiento psicológico sobre el intento de suicidio, ya que se enfatiza en la obtención de datos sobre una posible conducta encubierta, indagando sobre los grados de intencionalidad e ideación suicida que puede tener un sujeto al conducir en estado de alcohóricamiento, tema propio de la psicología al estudiar las motivaciones intrapsíquicas que conducen al ser humano a realizar ciertas actividades.

La relevancia actual de esta propuesta se fundamenta en que tanto el intento de suicidio como los accidentes de tránsito en estado de alcohóricamiento son situaciones que han venido ocupando un papel muy importante en la ciudad de Neiva, situación preocupante si tenemos en cuenta las repercusiones psicológicas y sociales que estos hechos tienen en los individuos de esta región, especialmente en el medio que rodea a estos sujetos, además hay que tener presente que son situaciones evitables, teniendo claras sus causas, con las cuales se puede vigilar, prevenir, modificar y controlar los factores precipitantes al intento de suicidio y accidentalidad.

La elevada incidencia del intento de suicidio al igual que los altos índices de accidentes de tránsito en estado de alcohóricamiento implican un alto costo en la calidad de vida de la población, por esta razón se hace necesario y es la propuesta, realizar un estudio encaminado a identificar si existe o no intencionalidad suicida en los sujetos que conducen en estado de alcohóricamiento en la ciudad de Neiva.

Esta investigación permitirá realizar trabajos de prevención y promoción a las diferentes entidades encargadas de evaluar y disminuir la incidencia de esta problemática tales como, secretaria de tránsito, los diferentes sistemas de salud, además de enriquecer el conocimiento de la psicología, al lograr comprender el por qué los sujetos asumen estas conductas de riesgo.

5. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Establecer si existe riesgo suicida en los conductores que se han accidentado en estado de alicoramamiento y que ingresen a la Unidad de Urgencias del Hospital Universitario "Hernando Moncaleano" de la ciudad de Neiva, en el periodo comprendido entre Junio y Septiembre del 2007, cuya edad se encuentre entre los 18 y 40 años.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Ψ Evaluar el grado de riesgo suicida en los sujetos con accidente de tránsito en estado de alicoramamiento.

- Ψ Evaluar el grado de depresión en los sujetos con accidente de tránsito en estado de alicoramamiento

- Ψ Evaluar el grado de ansiedad en los sujetos con accidente de tránsito en estado de alicoramamiento

- Ψ Evaluar problemas relacionados con el consumo de alcohol por medio del test de audit. en los sujetos con accidente de tránsito en estado de alicoramamiento

- Ψ Validar el riesgo suicida por medio de la comparación con un grupo control.

6. MARCO TEÓRICO

Para hablar acerca de la relación existente entre los accidentes de tránsito en estado de alcoholamiento y el riesgo suicida, es necesario conceptualizar los diferentes términos que se manejarán a lo largo de la investigación para, de esta forma dar al estudio, un sentido coherente y coordinado de ideas y proposiciones que permitan abordar el problema e integrarlo dentro de un ámbito donde éste cobre sentido de tal forma que se incorporen los conocimientos previos relativos al problema a investigar.⁹

Como base para el desarrollo de la investigación, se ha considerado pertinente aclarar los conceptos generales relacionados con el suicidio, intento de suicidio, parasuicidio, factores de riesgo del suicidio (depresión y ansiedad), accidentes de tránsito y alcohol. Esto con el fin de prevenir errores, orientar el estudio, y en general tener un marco de referencia para interpretar los resultados del estudio. Para conocer el intento de suicidio, es necesario conceptualizar los posibles objetivos que dirigen este acto así como todas las diversas manifestaciones que lo envuelven, por lo que a continuación se describirá el suicidio.

6.1 SUICIDIO

En primera instancia se hablará del suicidio como tal, para esto se citará a Emile Durkheim (1897) quien define el suicidio como *“todo caso de muerte que resulta directa e indirectamente, de un acto positivo o negativo realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir este resultado”*.¹⁰

El autor establece cuatro tipos de suicidio:

El suicidio egoísta: resulta de la alineación del individuo respecto a su medio social, donde el sujeto se individualiza y se deniega totalmente de la sociedad.

⁹ SABINO Carlos. El proceso de investigación, Editorial ENFASA. Bogotá, Pág. 72. 2000

¹⁰ DURKHEIM, Emile. El suicidio. Madrid: Akal, 1995.p. 125

El suicidio altruista: se encuentra en sociedades rígidamente estructuradas que ponen por encima del individuo un código de deberes de sentido grupal y hacen del sacrificio por el grupo una exigencia moral.

El suicidio anómico: se da cuando un fallo o dislocación de los valores sociales lleva a una desorientación individual y a un sentimiento de falta de significación de la vida.

El suicidio fatalista: es aquel que esta en oposición al anómico y que resulta de un exceso de reglamentación, el que cometen los sujetos cuyo porvenir esta implacablemente limitado, caracterizado por estados de desesperación, llevándolos a descargar la ira contra ellos mismos o contra otras personas.

6.1.1 Comportamiento suicida:

La conducta suicida abarca las siguientes manifestaciones¹¹:

- Ψ *El deseo de morir.* Representa la inconformidad e insatisfacción del sujeto con su modo de vivir en el momento presente, se manifiesta en frases como: "la vida no merece la pena vivirla", "lo que quisiera es morirme".

- Ψ *La representación suicida.* Constituida por imágenes mentales del suicidio del propio individuo

- Ψ *Las ideas suicidas.* Consisten en pensamientos de terminar con la propia existencia.

- Ψ *Idea suicida con un método específico no planificado.* en la cual el sujeto desea suicidarse y ha elegido un método determinado para llevarlo a cabo, pero aún no ha ideado cuándo lo va a ejecutar, en qué preciso lugar, ni las debidas precauciones que ha de tomar para no ser descubierto.

- Ψ *El plan suicida o idea suicida planificada,* en la que el individuo ha proyectado el evento suicida, el método, el lugar, y el momento.

¹¹ AUTINO, Malena; BERETTA, María Noel. La tragedia escondida.

- Ψ *La amenaza suicida.* Consiste en la insinuación o afirmación verbal de las intenciones suicidas, expresada por lo general ante personas estrechamente vinculadas al sujeto y que harán lo posible por impedirlo. Debe considerarse como una petición de ayuda al que deberíamos atender.

- Ψ *El gesto suicida.* Es el ademán de realizar un acto suicida. El cual incluye el acto, que por lo general no conlleva lesiones de relevancia para el sujeto

- Ψ *El intento suicida,* también denominado parasuicidio, tentativa de suicidio, intento de autoeliminación (IAE) o autolesión intencionada. Es aquel acto sin resultado de muerte en el cual un individuo deliberadamente, se hace daño a sí mismo.

- Ψ *El suicidio accidental.* El realizado con un método del cual se desconocía su verdadero efecto o con un método conocido, pero que no se tenía como objetivo la muerte, no deseada por el sujeto al llevar a cabo el acto; pero las complicaciones derivadas del acto acaban con su vida.
- Ψ *Suicidio intencional.* Es cualquier lesión auto infligida deliberadamente realizada por el sujeto con el propósito de morir y cuyo resultado es la muerte.

De todos los componentes del comportamiento suicida, los más frecuentes son las ideas suicidas, los intentos de suicidio y el suicidio consumado, sea accidental o intencional. De esta manera, y para fines prácticos del presente estudio empezaremos a hablar acerca del intento de suicidio.

6.1.2 Intento de suicidio

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el intento de suicidio como “un acto no habitual, con resultado no letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, para causarse auto-lesión o determinarla sin la intervención de otros, o también ocasionarla por ingesta de medicamentos en dosis superior a la reconocida como terapéutica”¹².

¹² Pagina electrónica Organización Mundial de la salud. www.oms.gov.co

La relación entre el intento suicida y el suicidio fluctúa entre 6:1 a 25:1, con un promedio de 18:1 en el mundo. Del total de las personas que intentan suicidarse terminan en suicidio posteriormente entre 10% y 15%¹³; una limitación que se ha hallado con respecto a la identificación y caracterización del intento de suicidio es que generalmente la información epidemiológica sobre el intento suicida es poco confiable debido al subregistro, los malos registros de la causa de muerte, la deficiente comunicación, etc.

Al momento de hablar de intento de suicidio es necesario determinar las variables sociodemográficas en este¹⁴, entre las que encontramos:

- Ψ Edad, se debe brindar especial atención a los pacientes mayores de 60 años, pues presentan alta letalidad. En los adolescentes se debe indagar exhaustivamente por los antecedentes de intentos de suicidio en el grupo de pares, pues a esta edad existe cierto “contagio” imitativo.
- Ψ Género, la proporción entre intentos y consumación del suicidio en el sexo masculino es más alta.
- Ψ Estado civil, se ha observado mayor frecuencia de consumación en pacientes solteros o separados.
- Ψ Alcohol y sustancias, su presencia incrementa muy significativamente el riesgo de intento de suicidio.
- Ψ Antecedentes de suicidio, la repetición de la conducta autolesiva, independientemente del tiempo entre los dos episodios, empeora la posibilidad letal. La presencia de antecedentes familiares de suicidio es un indicativo de alerta y ante su presencia se debe actuar muy conservadoramente en lo referente al cuidado posterior a la solución de la urgencia médica que se dé al paciente.
- Ψ Los trastornos del estado de ánimo (Trastorno Depresivo Mayor, especialmente si forma parte de un trastorno bipolar –psicosis maniaco-depresiva) causan la mayor parte de los suicidios.

¹³ Mosciki E. Epidemiology of suicide. En: Jacobs D (editor) Harvard Medical School Guide to Assessment and Intervention in Suicide. San Francisco: Jossey-Bass; 1998. p. 40-51.

¹⁴ Intento de suicidio. Javier León Silva, MD. Sección de Psiquiatría. Fundación Santa Fe de Bogotá.

6.1.3 Parasuicidio Las caracterizaciones anteriormente elaboradas se refieren a dos eventos altamente estudiados y conceptualizados en diferentes áreas, los términos suicidio y suicida se emplean para referirse a conductas “elegidas” que tienen como meta provocar la muerte propia a corto plazo. Sin embargo muchas veces estos comportamientos no han sido provocados con la finalidad de morir, sino como una expresión de cólera rabia, frustración; como lo es el parasuicidio, el cual se pretende contrastar con el evento de los accidentes de tránsito en estado de alcohóramiento; a continuación se establecerán dos definiciones necesarias en torno a de este evento¹⁵:

- a) **Ideaciones Suicidas:** se estudian distintos procesos cognitivos y afectivos que varían desde sentimientos sobre la falta de sentido del oficio de vivir, la elaboración de planes para quitarse la vida, hasta la existencia de preocupaciones sistemáticas y delirantes referidas a la autodestrucción.
- b) **Parasuicidas:** comprende conductas variadas que incluyen desde gestos e intentos manipuladores hasta intentos fallidos de terminar con la propia vida. Se hace referencia a actos deliberados que no tienen un final fatal pero que provocan daños en el propio sujeto que las ejecuta, dichos actos deben ser poco habituales.

Para efectos del presente estudio se han tenido en cuenta los principales factores de riesgo del suicidio, los cuales se conceptualizaran a continuación:

6.2 FACTORES DE RIESGO DEL SUICIDIO

6.2 .1 Depresión

Existe gran evidencia para apoyar una fuerte relación entre depresión y conducta suicida¹⁶, sin embargo, la interpretación de esta relación no es simple. Los trastornos depresivos de comienzo temprano frecuentemente se asocian con síntomas de trastorno de conducta, aun más, estudios de conducta suicida en adolescentes han demostrado una asociación significativa con trastornos no depresivos, como son conductas antisociales y uso de alcohol y drogas. Es importante saber cuanto del riesgo de la conducta suicida asociada con depresión

¹⁵ Saldaña,C. (2001) Detección y prevención en el aula de los problemas del Adolescente. Ediciones Pirámide. Madrid-España

¹⁶ HARRINGTON R, BREDEKAMP D, GROOTHUES C, RUTTER M, FUDGE H, PICKLES A. Adult outcomes of child and adolescent depression III. Links with suicidal behaviors. J Child Psychol Psychiatry 1994; 35: 1309-1319.

es función de otros factores, que frecuentemente se asocian con depresión en gente joven. Del mismo modo, las relaciones intrafamiliares pueden o no tener una contribución independiente al riesgo de conducta suicida, mas allá de los efectos de la depresión y los síntomas conductuales.

La OMS¹⁷ en sus informes sobre salud mental afirma que alrededor de 140 millones de personas sufren de depresión, es así como se hace casi imposible no reconocer este problema, por ende en el mundo muchos centros académicos se han dedicado a estudiar la depresión, como se produce, causas, entre otros.

Beck manifiesta en sus últimos informes científicos "el dividir la psicopatología en campos opuestos, es decir biológicos vs. psicológicos; o psicofarmacología vs. Psicoterapia, puede ser conveniente en algunos casos y servir para ciertos propósitos prácticos, en rangos estrechos. No obstante, debe ser reconocido que este enfoque es limitado y, finalmente, contraproducente. Los trastornos mentales, como la depresión, no pueden ser considerados ni psicogénicos o bioquímicos, ni reactivos o endógenos".

De esta forma como lo indica Beck, la manera más sofisticada de considerar la depresión es reconociendo que los fenómenos psicológicos (como la depresión) y bioquímicos son características particulares de un mismo fenómeno.

No obstante, es necesario considerar que siempre que hay un proceso psicológico, al mismo tiempo hay un proceso bioquímico que lo acompaña. Entonces, de acuerdo con Beck, si hay un proceso psicológico anormal como la depresión, se puede afirmar que el proceso bioquímico también es anormal. Por tanto, sería facilista decir que la bioquímica sola, causa el trastorno psicológico y viceversa. Muy seguramente en este trastorno los dos procesos intervengan y tengan que ver con la presentación de este, por tanto más que buscar las causas monopolizadas de la depresión es importante tener en cuenta los aportes de todas las ramas científicas que investigan sobre este fenómeno.

El nuevo sistema de clasificación de los trastornos mentales es puramente descriptivo: define la depresión por la sintomatología presente, tanto somática,

¹⁷ Tomado Pagina electrónica organización mundial de la salud www.who.gov.co por García Pérez M., Peón Rodríguez M., Mirabal

afectiva y cognoscitiva. Con estos criterios bien definidos es más fácil definir y diagnosticar la depresión al menos en teoría.

6.2.2 Características o signos de la depresión (diagnóstico descriptivo)¹⁸

Los síntomas o signos de la depresión se focalizan en cuatro áreas básicas: conductual, afectiva, cognitiva y neurovegetativa.

- a. La persona depresiva pierde el interés en casi todas las actividades usuales, y en las que antes le ocasionaban placer.
- b. Prefiere estar triste, desesperanzada, desanimada. A menudo recurre a expresiones como: "me siento dentro de un hoyo", "creo que toqué fondo".
- c. Hay trastornos del apetito, generalmente por disminución del mismo, junto con una pérdida significativa del peso. Otras personas muestran un aumento del apetito o de la ingestión de alimentos -aunque no haya apetito- y también del peso.
- d. Son comunes los trastornos del sueño: dificultades para quedarse dormido, sueño interrumpido, demasiado sueño (hipersomnía).
- e. El aspecto psicomotor sufre alteraciones: la persona puede sufrir episodios de agitación, incapacidad para permanecer tranquila, estallidos de queja o de gritos. En el otro extremo, hay lentificación psicomotora, que se traduce en un hablar muy pausado y en movimientos corporales lentos.
- f. Casi invariablemente decae la energía. La persona experimenta una fatiga constante, hasta la tarea más pequeña puede parecer una tarea difícil o imposible de lograr.
- g. A esto se agrega un sentimiento de minusvalía. El individuo cree que todo lo ha hecho mal; y recuerda sus errores, magnificándolos. Se reprocha, incluso, detalles mínimos, y busca en el ambiente cualquier signo que refuerce la idea de que él no vale nada.
- h. Hay sentimientos de culpa, igualmente exagerados, sobre situaciones presentes o pasadas.
- i. Es frecuente que la persona tenga dificultades para concentrarse, y que le cueste tomar decisiones o recordar las cosas pasadas.
- j. Se presentan pensamientos constantes acerca de la muerte, que incluso llevan a elaborar ideas suicidas. Aunque puede sentir miedo de morir; no

¹⁸ RUIZ, Alfredo . Nuevos enfoques en el tratamiento de la depresión.2007

obstante estar convencido de que él y los demás estarían mejor si falleciera.

- k. También se presentan síntomas como: llanto frecuente, sentimientos de angustia, irritabilidad, mal genio, preocupación excesiva por la propia salud física, ataques de pánico y fobias.

6.2.3 Clasificación de la depresión según el nivel (DSM IV)¹⁹

Según el nivel depresivo existen diferentes clasificaciones, entre las cuales se encuentran:

- Ψ **Distimia.** Cuando una persona sufre depresión leve ya sea recurrente o duradera, generalmente un sujeto es distímico cuando siempre está infeliz.
- Ψ **Depresión Circunstancial.** Un episodio prolongado de tristeza desencadenado a través de una pérdida o desilusión.
- Ψ **Depresión Bipolar.** Se caracteriza por un modelo de sube y baja emocional extrema que ocurre sin relación a las circunstancias o a los sucesos, asimismo la persona tiene la probabilidad de perder interés en todas las actividades y volverse retraída.
- Ψ **Depresión Mayor.** Es un episodio de depresión que dura más de dos semanas y es tan severo que requiere tratamiento.

6.2.4 Teorías que explican la depresión²⁰

Existen varias teorías que intentan dar razones de la depresión:

6.2.4.1 La teoría conductual: como falta de refuerzo.

La depresión se debe a una falta de refuerzos que hace que el que la padece no actúe. Debido a la inactividad el deprimido no encuentra refuerzos en la sociedad y en consecuencia la depresión se perpetúa.

¹⁹ DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.

²⁰ GARCIA H; José Antonio. La depresión: Tratamiento cognitivo conductual. Centro de Psicología Clínica. Madrid (España). 1996

Según esta teoría el tratamiento consiste en una programación de actividades que comienzan a dar al sujeto los refuerzos que necesita. Una vez que comienza se establece una realimentación positiva. Uno de los problemas con los que plantea el depresivo es que dice que no tiene fuerzas para hacer nada, que cuando se le cure la depresión y se siente bien es cuando saldrá y hará las cosas que le apetecen. Se trata de plantearle lo contrario, cuando te mueves te refuerzan y te sentirás bien y con más ganas de seguir.

6.2.4.2 La teoría cognitiva: la depresión como resultado de pensamientos inadecuados.

El tratamiento consiste en detectar los pensamientos automáticos negativos de los sujetos y analizarlos y cambiarlos racionalmente. La aportación que se puede dar desde el punto de vista corporal es que las sensaciones que sentimos son debidas a pensamientos automáticos. Cuando pensamos mucho sobre un tema vamos reduciendo el pensamiento de forma que generalizamos y dejamos indicado el contenido y lo único que sentimos es la preparación para actuar que nos deja, es decir, la emoción y la sensación asociada. Se puede analizar de esta forma el pensamiento automático de tal manera que el deprimido ve claramente la relación entre la sensación y el pensamiento, de hecho basta con preguntarle respecto a la sensación para que sepa a que se debe y que es lo que en realidad la sensación le dice. Una vez que se descubre el pensamiento automático a veces se puede desmontar de forma racional, pero otras es preciso hacer algún experimento para comprobar que no responde a la realidad o realizar cambios conductuales para que el paciente pueda apreciar la realidad. Uno de los problemas que ocurre con este tipo de pensamientos automáticos es que se confirman a sí mismos. El paciente se siente incapaz de actuar y esto le produce una sensación que le deja tan caído que en efecto no puede actuar.

6.2.4.3 La indefensión aprendida: la incapacidad para poder resolver algún problema. Asociada con esta está la teoría de la desesperanza. El problema es la pérdida de la esperanza de conseguir los refuerzos que queremos.

6.2.4.4 Teoría biológica. La depresión, según esta teoría está originada por un desequilibrio de los neurotransmisores. Está demostrado que cuando estamos deprimidos tenemos ese desequilibrio y que cuando tomamos la medicación

adecuada, los neurotransmisores se equilibran y nuestro estado de ánimo cambia. Ahora bien, no podemos quedarnos solamente en esta teoría, puesto que si la depresión tiene es reactiva a una situación, hasta que la situación no se solucione se siguen dando las condiciones para que se perpetúe aunque se tomen antidepresivos.

6.2.5 Modelo cognitivo de la depresión de Beck Básicamente el modelo formulado por Beck (1979)²¹ parte de la hipótesis de que el sujeto depresivo tiene unos esquemas cognitivos tácitos o inconscientes que contienen una organización de significados personales que le hacen vulnerable a determinados acontecimientos. Los significados personales suelen ser formulaciones inflexibles referentes a determinadas metas vitales y a su relación con ellas (autovaloración). Esos significados se activan en determinadas circunstancias haciendo que el sujeto depresivo procese erróneamente la información (distorsiones cognitivas) e irrumpa en su conciencia una serie de pensamientos negativos e involuntarios (pensamientos automáticos) que son creídos por el paciente y que le hacen adoptar una visión negativa de si mismo, sus circunstancias y el desarrollo de los acontecimientos futuros. Los pensamientos automáticos negativos a su vez, interactúan con el estado afectivo resultante (depresivo) y las conductas relacionadas siendo el resultado de esta interacción el "cuadro depresivo"

Su modelo se basa en estos 3 postulados básicos:

- Ψ **A cerca del si mismo:** Así el sujeto depresivo se percibe y considera así mismo como desgraciado, torpe, carente de valor, inútil "bueno para nada", fracasado, (sobre generalización) tiende a rechazarse y cree que los demás lo rechazan a él.
- Ψ **Sus propias experiencias:** Todo lo que le pasa se valora como negativo, aparece la queja, incomprensión del entorno según el sujeto.
- Ψ **Su futuro:** No es promisorio, apenas se interesa por otra cosa que no sea el como se siente, tiene desesperanza, y no espera nada bueno de él.

²¹ BECK, A.T; RUSH, A.J; SHAW, B.F; EMERY, G: Cognitive therapy of depression. Guilford Press, New York, 1979. (Traducción D.D.B, 1983)

6.3 ANSIEDAD

La ansiedad puede ser considerada como una reacción natural que se produce ante ciertos tipos de situaciones en los que el individuo podría necesitar más recursos. Las situaciones en las que se desencadena la reacción de ansiedad tienen en común, por lo general, la previsión de posibles consecuencias negativas o amenazantes para el individuo. Esta reacción supone una puesta en marcha de diferentes recursos cognitivos (atención, percepción, memoria, pensamiento, lenguaje, etc.), fisiológicos (activación autonómica, motora, glandular, etc.) y conductuales (alerta, evitación, etc.) Tales recursos tendrían como objetivo el afrontamiento de las posibles consecuencias negativas, pudiendo paliar, reducir, o eliminar tales consecuencias²².

Pero aun siendo la ansiedad una emoción natural, de carácter esencialmente adaptativo, que nos previene de situaciones que requieren que estemos alerta, en las que podemos necesitar más recursos cognitivos, conductuales, o fisiológicos, sin embargo, puede estar en la base de muchos procesos que pueden llevar a la enfermedad. Cuando un ser humano mantiene altos niveles de ansiedad, durante tiempos prolongados, su bienestar psicológico se ve seriamente perturbado; sus sistemas fisiológicos pueden verse alterados por un exceso de actividad; su sistema inmune puede verse incapaz de defenderle; sus procesos cognitivos se alteran, hay una disminución del rendimiento; la evitación de situaciones que provocan reacciones intensas de activación y temor puede afectar a la vida personal, familiar, laboral, o social del individuo.

Para el Conductismo la ansiedad clasifica simplemente como conducta que "solamente puede manifestarse cuando un estímulo precede de manera característica a un estímulo aversivo con un intervalo de tiempo suficientemente grande para permitir observar cambios en la conducta"²³.

También explican que "un estímulo que previamente no sea capaz de evocar respuestas de ansiedad puede adquirir el poder de hacerlo, si resulta que esta actuando sobre el organismo cuando la ansiedad está siendo evocada por otro estímulo. Entonces se convierte en un estímulo condicionado a la ansiedad, y la

²² Asociación Psiquiátrica Americana (1995). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona. Masson

²³ Skinner, B. Ciencia y Conducta Humana. Editorial Fontanella, S.A. Barcelona, España. 1974

ansiedad por él evocada puede, en ocasiones posteriores condicionarse a otros estímulos"²⁴

Los teóricos conductistas no diferencian entre miedo y ansiedad ya que ambos se manifiestan fisiológicamente de la misma forma y se muestran de acuerdo al afirmar que la ansiedad perturba el funcionamiento y no parece servir a ningún fin práctico.

6.3.1 Ansiedad desde el enfoque cognitivo.

La ansiedad desde el enfoque Cognitivo visto a través de Beck²⁵, uno de sus representantes distingue a la ansiedad del miedo afirmando que la primera es un proceso emocional y el miedo es un proceso cognitivo. El miedo involucra una apreciación intelectual de un estímulo amenazante; y la ansiedad involucra una respuesta emocional a esa apreciación

Beck²⁶ afirma que "El elemento crucial en los estados de ansiedad, es un proceso que puede tomar la forma de un pensamiento automático o imagen que aparece rápidamente, como un reflejo, después de un estímulo inicial (por ejemplo: respiración entrecortada), aparentemente creíble y seguida por una ola de ansiedad".

Los individuos que experimentan ansiedad tienden a sobreestimar el grado de peligro futuro y la probabilidad de daño. "Desde luego, un pensamiento o imagen específica no es siempre identificable. En tal caso es posible sin embargo, inferir que un esquema cognitivo con un significado relevante al peligro ha sido activado"²⁷

La ansiedad no es un fenómeno único, se manifiesta de manera similar a otras emociones, conjugando tres sistemas de respuesta o dimensiones.

²⁴ Wolpe, J. (1981). Psicoterapia por Inhibición Recíproca. Editorial Española Desclée de Browwer. Bilbao, España. pp. 51,52

²⁵ Beck, A.T., y Emery, G. (1985). DESORDEN ANSIOSO Y FOBIAS; UNA PERSPECTIVA COGNITIVA. Nueva York: Basic books

²⁶ Íbid

²⁷ Íbid.

6.3.1.1 Subjetivo-cognitiva: es el componente que tiene que ver con la propia experiencia interna, e incluye una serie de variables relacionadas con la percepción y evaluación subjetiva de los estímulos y estados asociados con la ansiedad. A esta dimensión pertenecen las experiencias de miedo, pánico, alarma, inquietud, aprensión, obsesiones, y pensamientos intrusivos de tipo catastrófico²⁸. Esta dimensión tiene como propósito percibir y evaluar los estímulos y/o las manifestaciones ansiosas para su evaluación y consecuente búsqueda de respuesta. De tal forma que la apreciación subjetiva de las otras dimensiones es lo que permite que determinada persona pueda saber que hay una alteración ansiosa.

6.3.1.2 Fisiológico-somática: la ansiedad se acompaña invariablemente de cambios y activación fisiológica **de tipo externo** (sudoración, dilatación pupilar, temblor, tensión muscular, palidez facial, entre otros), **a nivel interno** (aceleración del ritmo cardíaco y respiratorio, descenso de la salivación, entre otros), **e involuntarios o parcialmente voluntarios** (palpitaciones, temblor, vómitos, desmayos, entre otros). Estas alteraciones se perciben subjetivamente de forma desagradable y ayudan a conformar el estado subjetivo de ansiedad²⁹

6.3.1.3 Motor-conductual: son los cambios observables de conducta que incluyen la expresión facial, movimientos y posturas corporales, aunque generalmente se refiere a las respuestas de evitación y escape de la situación generadora de ansiedad.³⁰

6.4 ACCIDENTE DE TRANSITO

"Es el que sufre una persona por el hecho de un tercero, cuando aquella transita por vías o parajes públicos, generalmente a causa de la intensidad, la complejidad y la velocidad del tráfico de vehículos. Su manifestación habitual y frecuentísima es el choque de automotores y el atropello por ellos de los peatones. En el concepto clásico de la responsabilidad, para exigirla al autor del daño, tenía la víctima que probar la culpa de aquel, (negligencia, imprudencia, infracción de reglamento). Pero, al abrirse paso en las legislaciones la teoría de la responsabilidad objetiva o por el riesgo creado, se invirtieron los términos,

²⁸ Belloch, A. Sandín, B. Ramos, F. (1995). Manual de Psicopatología. Primera Edición. Editorial McGraw Hill/ Interamericana de España, S.A. Madrid.

²⁹ Ibid.

³⁰ Ibid.

estableciéndose la presunción de culpa del causante del daño, quien solo podrá eximirse de responsabilidad demostrando unas veces que de su parte no hubo culpa, y otras, que la culpa fue de la víctima o de un tercero. Y como cualquier vehículo constituye un elemento que ofrece riesgo resulta evidente que se ha implantado en algunas legislaciones la responsabilidad por el hecho de las cosas, con la consiguiente inversión de la prueba"³¹.

Según informes de la organización mundial de la salud³², los accidentes de tráfico se han convertido en uno de los problemas de salud pública más graves. Factores de naturaleza física, técnica, meteorológica, deficiencia de la calidad de la red viaria, aspectos comportamentales, cognitivos y de formación cívica/vial son algunas de las posibles causas de accidentes que se registran en la actualidad.

6.4.1 Efectos del alcohol sobre la capacidad de conducción³³ Los efectos del alcohol sobre el organismo humano se conocen bien. El alcohol produce una depresión no selectiva del sistema nervioso central, deteriorando la función psicomotora, la percepción sensorial (vista y oído), modifica el comportamiento de la persona, etc. En general, los efectos del alcohol son directamente proporcionales a su concentración en sangre: a mayor concentración mayor deterioro.

En relación con el alcohol y la conducción de vehículos, los efectos del alcohol pueden agruparse en tres grandes grupos:

6.4.1.1 Efectos sobre la función psicomotora y sobre las capacidades del conductor. Está perfectamente demostrado que el alcohol deteriora marcadamente la función psicomotora y la capacidad para conducir con seguridad. Quizás uno de los efectos más importantes, es que el alcohol aumenta el tiempo de reacción, es decir, aumenta el tiempo que tarda la persona, después de percibir plenamente las sensaciones y/o recibir información, en decidir qué debe hacer y cuándo actuar. Asimismo, el alcohol produce importantes efectos sobre la coordinación bimanual, deteriorándola, y sobre la atención y la resistencia a la

³¹ OLANO VALDERRAMA, Carlos Alberto. Tratado Técnico Jurídico sobre Accidentes de Circulación y Materias Afines. 7a Ed. Santafé de Bogotá: Editorial Librería del Profesional. 2003.

³² www.oms.gov.co

³³ DEL RÍO GRACIA, Carmen. Departamento de Farmacología y Terapéutica, Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid. Valladolid. Agosto 2000

monotonía. En relación con este último aspecto, la atención es un factor decisivo, ya se trate de atención concentrada (referida a un solo objeto), o difusa (que se distribuye simultáneamente en rapidísima sucesión entre numerosos objetos). Además, se altera la capacidad para juzgar la velocidad, la distancia y la situación relativa del vehículo, así como la capacidad para seguir una trayectoria o hacer frente a una situación inesperada. Los efectos del alcohol, al aumentar el tiempo de reacción, deteriorar la coordinación motora, el procesamiento de la información, disminuir la atención y resistencia a la monotonía, etc., disminuye marcadamente la capacidad para conducir con seguridad e incrementa el riesgo de accidente.

6.4.1.2 Efectos sobre la visión El alcohol produce importantes efectos sobre la visión. La acomodación y la capacidad para seguir objetos con la vista se deterioran, incluso con niveles bajos de alcohol en sangre. Bajo los efectos del alcohol el campo visual se reduce, se altera la visión periférica y se retrasa la recuperación de la vista después de la exposición al deslumbramiento.

6.4.1.3 Efectos sobre el comportamiento y la conducta El alcohol produce un efecto de sobrevaloración de la persona dando lugar a una mayor seguridad en sí mismo. Esto unido al deterioro de las funciones cognitivas, de lo que a veces el conductor no es consciente, ocasiona un mayor riesgo de accidente. Por otra parte, el alcohol puede alterar la conducta-comportamiento, y bajo sus efectos no son infrecuentes las reacciones de euforia, agresividad, conductas temerarias, etc.

6.4.2 La relación entre el alcohol y los accidentes de tráfico Los efectos del alcohol sobre las distintas funciones relacionadas con el rendimiento psicomotor y la capacidad para conducir, así como el riesgo de sufrir un accidente de tráfico, varían principalmente según la edad, forma de consumo de alcohol (habitual, esporádico), la experiencia en la conducción de vehículos e incluso según el tipo de colisión (sólo un vehículo o colisión múltiple). A medida que aumenta la alcoholemia aumenta el riesgo de verse implicado en un accidente de tráfico. En los conductores inexpertos y en los que beben con poca frecuencia, el aumento del riesgo de accidente comienza con unos niveles mucho más bajos de alcohol en sangre, mientras que para los conductores más experimentados, y aquellos que beben de manera habitual, son necesarios niveles más elevados. Los jóvenes, por distintas circunstancias (conductores inexpertos, consumos elevados los fines de semana, conducta desinhibida, etc.) son particularmente vulnerables. Se estima que el riesgo relativo de sufrir un accidente mortal en los conductores con niveles de alcohol en sangre de 80 mg/100 ml es máximo entre los jóvenes de 16-17 años (165 veces) y entre los de 18-19 años (70 veces).

Por otra parte, es bien conocido que el alcohol contribuye en la gravedad de las lesiones, es decir, tras un accidente de tráfico, el ocupante de un vehículo que se encuentre bajo los efectos del alcohol tiene tres veces más posibilidades de padecer lesiones mortales que quién esté libre de alcohol, a igual severidad y circunstancias del accidente.

En cuanto al dictamen forense de alicoramamiento, en Colombia existen tres pruebas para determinarla³⁴:

- Ψ Prueba de Campo: Se toma por medio del bafómetro, el cual consiste en determinar si el individuo ha ingerido o no bebidas alcohólicas.
- Ψ Prueba Química. Se toma por medio de la alcoholemia o examen de sangre, el cual se realiza dentro de las tres horas siguientes al último trago y determina la cantidad de alcohol en la sangre. Y el parcial de orina, donde se determina si ha ingerido sustancias estupefacientes.
- Ψ Prueba Clínica: " en la ingestión aguda de alcohol, la sintomatología corre pareja con la concentración de alcohol en sangre, y por ende con la impregnación de la misma sustancia en el sistema nervioso central".

Cantidades mínimas de alcohol normalmente son detectables, aún sin antecedentes de ingestión, como resultado de los procesos metabólicos del organismo.

Con cifras en sangre hasta de 20 mgs. por ciento, no existe ninguna alteración; entre 20 y 50 mgs por ciento puede haber alguna locuacidad y merma de reflejos; entre 50 y 85 mgs por ciento, hay disminución de reflejos y alteración en la percepción; entre 85 y 100 mgs por ciento en una tercera parte de las personas ya puede haber síntomas de alicoramamiento, y las inhibiciones sociales están disminuidas; las respuestas se tornan lentas y ya existe incoordinación: a niveles

³⁴ GIRALDO G. Cesar Augusto. "Medicina Forense " 8 ed. Medellín: Señal Editora, 1996 Pag. 404 y 405

de 100 a 150 mgs, la mitad de las personas con estas cifras ya están ebrias, y hay definida merma de los reflejos y de la coordinación motora.

Con cifras de 150 a 200 mgs por ciento, el 80 por ciento está francamente ebrio y existe percepción defectuosa en sentidos tan importantes como la visión, disminución de dolor y la voz es arrastrada; de 200 mgs por ciento, en adelante, hacen que el individuo esté en estupor y variará de superficial a profundo; cifras por encima de 400 mgs por ciento llevan a coma, hipotermia, e hiporeflexia, anestesia y colapso... "

Por lo demás, para el homicidio culposo la alicoramiento se considera como circunstancia de agravación punitiva, Artículo 109 y 110, Código Penal³⁵.

De la misma manera, el Código Nacional de Tránsito, Ley 769 de 2002, en su artículo 26 Numeral 3 dispone suspender la licencia cuando, quien conduce, lo haga en flagrante estado de alicoramiento o bajo el efecto de drogas alucinógenas determinado por autoridad competente.³⁶

Así mismo, en el Numeral 4 del Inciso 2 del mismo artículo, se ordena la cancelación de la licencia cuando el conductor de un vehículo reincida en la alicoramiento al momento de conducir.

³⁵ CÓDIGO PENAL. Santafé de Bogotá: Legis, 2000

³⁶ CÓDIGO NACIONAL DE TRÁNSITO TERRESTRE. Ley 769 de 2002. Artículo 26 numeral 3º.

6.5 EL ALCOHOL

6.5.1 Efectos del alcohol³⁷: Los efectos del alcohol en el organismo se detectan en tres áreas principales: psíquica, neurológica y general:

6.5.1.1 Psíquica: Las primeras manifestaciones de la intoxicación alcohólica se detectan en el área psicológica: el alcohol es una sustancia depresora del sistema nervioso central y por este motivo, cuando hay sobredosis puede conducir al coma y a la muerte por paro respiratorio. Con dosis bajas de alcohol se produce efectos como reducción de la tensión, euforia breve y descarga de las inhibiciones. Con los primeros ascensos en los niveles de alcohol, aparece la sensación de confort, gozo y vivacidad, pero a medida que aumenta la impregnación, surgen las manifestaciones amorosas y/o impulsivas para después dar paso a la depresión que se manifiesta por la somnolencia y en ocasiones, por sentimientos de tristeza y lentificación de la actividad motora. Disminuye también, la capacidad de reflexión, atención y observación. El humor por lo general, es poco controlado y se puede presentar sentimientos de desamparo e incluso de agresividad. Por otra parte, las respuestas motoras como las sensoriales y sensitivas, se ven afectadas de acuerdo con la concentración de alcohol en la sangre.

6.5.1.2 Neurológicas: Las alteraciones neurológicas son aquellas que incapacitan más seriamente a un individuo para realizar labores de responsabilidad y cuidado, como es conducir un vehículo. Los signos de alteración neurológica empiezan a manifestarse al ingerir una unidad alcohólica así:

Inicialmente se presenta *Incoordinación Motora*, por lo cual se altera la capacidad para coordinar movimientos, en especial, aquellos que exigen precisión para su realización. Con cantidades superiores a una unidad alcohólica, el bebedor empieza a perder el equilibrio, presenta dificultad al pronunciar palabras, disminuye su agudeza visual y auditiva y lentifica los movimientos, con cantidades mayores de alcohol en el organismo puede causar desde somnolencia hasta un estado de coma.

³⁷ www.fonprevial.org.co/htm/htm_moto2/oh_001.htm

6.5.1.3 General: El individuo embriagado presenta ciertos signos generales en su aspecto: pupilas dilatadas, ojos rojos y aliento alcohólico que sirven como elementos de apoyo para emitir un diagnóstico de alicoramamiento.

Cuando se presentan heridos en un accidente, los agentes de tránsito están obligados a llevarlos a Medicina Legal para que les practiquen la prueba de *alcoholemia*. Métodos indirectos para determinar alcoholemia: Los más conocidos son los *alcohosensores* que establecen de manera cualitativa, si existe o no alcohol en el vaho (aire expirado), del examinado, teniendo en cuenta, el alcohol excretado por la respiración. Estos alcohosensores están homologados por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, como elementos idóneos y concluyentes para determinar el grado de intoxicación por alcohol en una persona.

6.5.2 Clasificación de la embriaguez³⁸: La clasificación de la alicoramamiento se ha determinado dependiendo de las cantidades de alcohol ingeridas, se ha establecido cuatro grados de alicoramamiento:

- Alicoramamiento leve o de primer grado: Resultados entre 40 y 99 mg de etanol/100 ml de sangre total que corresponde a consumir de 2 a 3 unidades alcohólicas.
- Alicoramamiento moderada o de segundo grado: Resultados entre 100 y 149 mg de etanol/100 ml de sangre que corresponde a consumir de 4 a 5 unidades alcohólicas.
- Alicoramamiento severa o de tercer grado: Resultados mayores o iguales a 150 mg de etanol/100 ml de sangre que corresponde a consumir 6 ó más unidades alcohólicas.
- Alicoramamiento grave o de cuarto grado: En general, se acepta que niveles de alcoholemia de una unidad alcohólica (un trago de whisky, una botella de cerveza o una copa de vino de mesa), permiten sospechar la presencia de alicoramamiento. Más de una unidad alcohólica es conclusiva de alicoramamiento.

³⁸ tomado de la pagina www.fonprevial.org.co/htm/htm_moto2/oh_001.htm

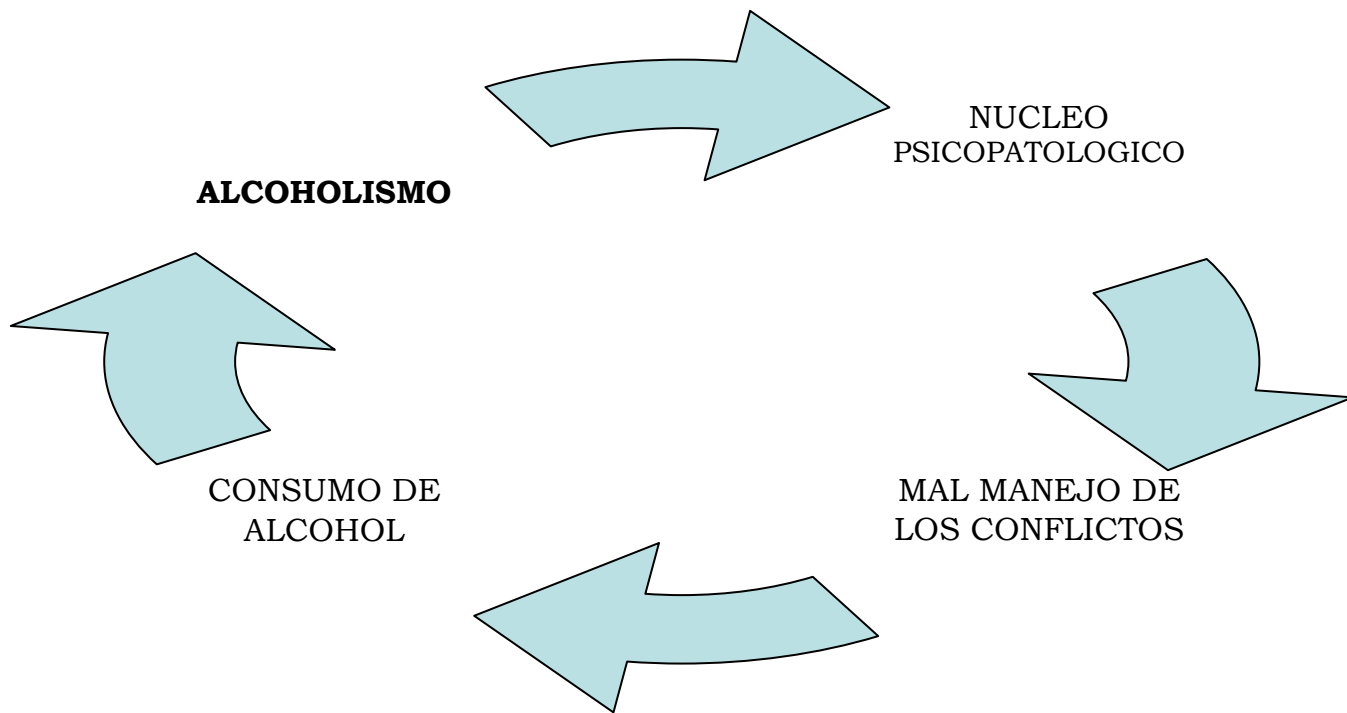
6.5.3 El alcoholismo³⁹ El alcoholismo, también conocido como el síndrome de dependencia del alcohol según la OMS, es un proceso que queda definido por el conjunto de lesiones orgánicas y trastornos psíquicos que genera la incapacidad en la ingestión de alcohol una vez iniciada y la imposibilidad de abstenerse. Según la OMS, el alcohol es considerado una droga, la cual posee etanol o alcohol etílico que es la sustancia adictiva en las bebidas alcohólicas que puede crear tanto dependencia física como psíquicas que comprometen al hígado. En el embarazo puede generar bebés con síndrome de alcoholismo fetal, lo cual genera grandes disturbios al bebé nacido, y lesiones orgánicas, especialmente al hígado o cirrosis hepática que serán detallados más ampliamente a continuación.

6.5.4 Psicopatología del alcoholismo⁴⁰ En la actualidad se acepta el concepto de que toda persona farmacodependiente posee alguna psicopatología asociada. Por supuesto, el alcoholismo no es una excepción.

De acuerdo con los estudios clínicos y las investigaciones psicológicas que se han realizado al respecto, esta psicopatología no es ni la causa ni el efecto de la farmacodependencia, sino que uno y otro fenómeno se retroalimenta mutuamente y dan lugar a un círculo vicioso muy difícil de romper, este proceso se ilustra a continuación:

³⁹ CARMEN, Romina del . Drogas Legales: El alcohol y el tabaco. Organización Panamericana de la Salud

⁴⁰ VELASCO F, Rafael. Alcoholismo vision integral. Universidad nacional Autonoma de Mexico. Ed. Trillas. 1988



Grafica Nº 1 círculo vicioso del alcoholismo

La mayoría de los alcohólicos empiezan a beber porque no manejan adecuadamente los conflictos desencadenados por diversos cuadros psicopatológicos; los más frecuentes son los trastornos de personalidad, depresión, ansiedad, y con menor frecuencia algunos síndromes orgánicos cerebrales.

6.5.5 Modelo psicológico del alcoholismo Este modelo plantea que el alcoholismo no es una enfermedad, sino simplemente un síntoma que denota la presencia de conflictos psicológicos no resueltos, un retraso o estancamiento en el desarrollo de la personalidad, un trastorno de la personalidad o el resultado de una conducta aprendida mediante reforzamientos condicionados, por los efectos gratificantes del alcohol⁴¹.

El modelo psicológico define al alcoholismo como un problema estrictamente individual, aunque no minimiza ni excluye la influencia de los factores sociales.

⁴¹ Rosovsky, H. *Alcoholismo y problemas relacionados con el consumo del alcohol en México*. Tesis de licenciatura. UNAM. Mexico, 1992.

Se han establecido categorías específicas para los tipos de bebedores, las cuales se determinan obedeciendo a la frecuencia con la cual se ingiera alcohol, estas son:

- Ψ **Moderado:** su ingestión es habitual, inferior a los tres cuartos litros por día

- Ψ **Habitual:** Su vida social se centra en el alcohol. No consume por gusto, sino porque su efecto le puede hacer sentir una persona con valor, seguridad o placer. Al comienzo el consumo es circunstancial y puede dejar de beber con mas facilidad, pero con el tiempo la bebida se convierte en un hábito.

- Ψ **Excesivo:** Bebe mas de un litro de vino o su equivalente por día. Generalmente se embriaga más de una vez por mes, y a pesar de eso todavía puede controlar su consumo.

- Ψ **Alcohólico:** Posee una dependencia del alcohol física y psíquica. La falta de bebida le provoca lo que se llama síndrome de abstinencia, que se manifiesta por temblores, espasmos y, en los peores casos, hasta puede sobrevenir la muerte. Alcohólico es aquella persona que siendo bebedor excesivo sufre de algún tipo de variación biológica cualitativa como respuesta del sistema nervioso frente al alcohol y esto ocasiona que tenga la necesidad de beber y el hecho de no hacerlo le produce malestar. Existen diferentes tendencias a volverse adicto, uno es la herencia. Es decir que una persona que tiene padres alcohólicos tiene más posibilidades de seguir los mismos pasos, comparado con una persona que no tenga padres alcohólicos, pero por una cuestión genética. Otra tendencia es el ambiente, que no solo seria el núcleo familiar sino, también el de amigos, la publicidad y la sociedad en si misma.

7. VARIABLES

Ψ SOCIODEMOGRAFICAS

Ψ CONOCIMIENTO EFECTOS DEL ALCOHOL EN EL ORGANISMO.

Ψ RIESGO SUICIDA

Ψ ALCOHOLISMO

Ψ ANSIEDAD

Ψ DEPRESIÓN

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

TABLA 1. Tabla de variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION
CONOCIMIENTOS DE LOS EFECTOS DEL ALCOHOL EN EL ORGANISMO	Es el saber teórico y práctico que tiene un sujeto acerca de los efectos del alcohol en el organismo y en el proceso de conducción de un vehículo.	Obtener un puntaje igual o superior a 3	MULTITOMICA
RIESGO SUICIDA	Es la posibilidad de que un paciente atente contra su vida. Dicho riesgo se incrementa si existe la idea de minusvalía de la vida, deseo de muerte por considerarla un descanso, amenazas y tentativas suicidas previas.	Persona sin riesgo suicida: quien obtiene un puntaje igual o menor a 6 Con riesgo suicida quien obtenga puntaje mayor a 6	DICOTOMICA
ALCOHOLISMO	Es un proceso que queda definido por el conjunto de lesiones orgánicas y trastornos	Con problemas de alcohol: quien obtenga 10 o mas puntos	DICOTOMICA

	psíquicos que genera la incapacidad en la ingestión de alcohol una vez iniciada y la imposibilidad de abstenerse	Sin problemas de alcohol el que obtenga 9 o menos puntos	
ANSIEDAD	Reacción natural que se produce ante ciertos tipos de situaciones en los que el individuo podría necesitar más recursos.	Con ansiedad: quien obtenga un puntaje mayor a 13. Sin ansiedad: quien obtenga puntaje menor o igual a 13.	DICOTOMICA
DEPRESIÓN	La depresión es un trastorno en la afectividad o el estado de ánimo, compuesto por un cuadro de síntomas que abarcan desde el abatimiento y la inhibición hasta la llamada “depresión endógena” con una total apatía	sin depresión: quien obtenga de 0 a 9 puntos Depresión leve: quien obtenga entre 10 y 18 puntos Depresión moderada: Puntaje se encuentra entre 19 y 29 puntos. Depresión grave: puntaje igual o superior a 30.	MULTITOMICA

8. DISEÑO Y METODOLOGIA

8.1 ENFOQUE

La presente investigación se desarrolló bajo el enfoque metodológico cuantitativo, porque utiliza la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis establecidas previamente y confía en la medición numérica, el conteo y frecuentemente en el uso de la estadística para establecer con exactitud patrones de comportamiento en una población⁴²; busca además, explicar problemas, descubriendo las relaciones causales y tendencias legaliformes de su comportamiento. Hace mediciones controladas de variables e indicadores utiliza información cuantitativa y técnicas estadísticas para tratarla y analizarla.

8.2 TIPO DE ESTUDIO

En el diseño comparativo se estudian ejemplares que pertenecen al mismo grupo pero que difieren en algunos aspectos. Estas diferencias llegan a ser el foco de la examinación. Se pretende descubrir la estructura subyacente general que permite y genera tal variación.

El objetivo final de la investigación es generalmente revelar la estructura sistemática, la invariación, que es verdad no solamente para los casos que fueron estudiados, pero para el grupo entero (población) de donde los casos vinieron, o quizás verdad aún para todos los casos comparables en el universo. En otras palabras, la meta deberá *generalizar* los hallazgos.

Este tipo de estudio sirve para comparar los resultados de las pruebas aplicadas a las dos muestras estudiadas en el presente estudio.

⁴² HERNÁNDEZ SAMPIERI Roberto, FERNÁNDEZ COLLADO Carlos, BAPTISTA LUCIO Pilar. Metodología de la investigación. Tercera edición. McGraw Hill.2003. Pág. 4

8.3 PROCEDIMIENTO

El presente estudio fue desarrollado a través de varias etapas a saber:

✓ **Etapas 1:** Identificación y consecución de instrumentos.
Revisión de teorías y pruebas psicológicas relacionadas con los temas afines con los intereses científicos de las investigadoras.

✓ **Etapas 2:** Contacto población objeto de estudio.
Para contactar la población se recurrió a las directivas del Hospital Universitario, los cuales luego de evaluar el anteproyecto, dieron su punto de vista positivo y autorizaron nuestro acceso a la Unidad de Urgencias para recolectarlos, brindándonos diariamente el censo, el cual era evaluado con base en los criterios de inclusión anteriormente establecidos.

Se selecciono dos muestras:

El **grupo de trabajo**, a quienes se aplicaron los respectivos instrumentos y cuyo criterio diferencial era haber tenido un accidente en estado de alicoramiento.

El **grupo de referencia**, se obtuvo teniendo en cuenta los criterios de selección, se aplicaron los mismos instrumentos, pero su objetivo es contrastar los datos obtenidos con los resultados del grupo de trabajo y así tener una base para determinar si existe o no la intencionalidad suicida en los accidentados bajo efectos del alcohol.

✓ **Etapas 3:** Aplicación de instrumentos.
Para la recolección de la información, se recurrió diariamente durante los meses de Julio, Agosto y Septiembre a la Unidad de Urgencias del hospital Universitario, las pruebas fueron aplicadas por las investigadoras, no fueron autoaplicados, por lo que las investigadoras tenían oportunidad de dar claridad a las dudas o interrogantes que surgían a los investigados, evitando malas interpretaciones de los ítems.

Grupo de trabajo: se realizó la lectura de las historias clínicas para establecer si los pacientes cumplen con los criterios de inclusión; a continuación se realizó el acercamiento a los sujetos que probablemente se podían incluir dentro del estudio, se tuvo en cuenta si los sujetos estaban concientes y alertas, se les explicó los fines de la investigación, su papel dentro de esta y se les proporcionó el consentimiento informado, el cual fue leído por ellos, y finalmente dieron su aprobación o no para aplicar las pruebas psicológicas.

Grupo de referencia: para la consecución de esta muestra, se tuvo en cuenta cinco características específicas: edad, género, escolaridad, no conducir en estado de alicoramiento, no haber tenido un accidente de tránsito en estado de alicoramiento. Con las cuales se realizó una búsqueda exhaustiva en el municipio de Neiva. De igual manera se les explicó los fines de la investigación, su papel dentro de esta y se realizó la presentación del consentimiento informado, para finalmente aplicar las pruebas psicológicas.

✓ **Etapa 4:** Análisis de la información.

✓ **Etapa 5:** Discusión de resultados.

8.4 UNIVERSO

Sujetos conductores con accidente de tránsito en estado de alicoramiento que ingresan a la unidad de urgencias del hospital universitario “Hernando Moncaleano Perdomo” durante los meses de Julio, Agosto y Septiembre del año 2007 cuya edad se encuentre entre los 18 y 40 años.

8.4.1 Muestra poblacional Toda persona que ingrese con diagnóstico de accidente de tránsito en estado de alicoramiento a la unidad de urgencias del Hospital Universitario “Hernando Moncaleano Perdomo” de la ciudad de Neiva, en el periodo comprendido entre Junio y Septiembre del 2007, cuya edad se encuentre entre los 18 y 40 años.

8.4.2 Tipo de muestreo Se utilizará un tipo de muestreo no probabilístico, en el cual no todos los sujetos tienen la misma probabilidad de ser elegidos debido a

que implica el empleo de una muestra integrada por las personas o los objetos cuya disponibilidad como sujetos de estudio sea más conveniente.

8.5 CRITERIOS DE INCLUSION

8.5.1 Grupo de trabajo:

- Rango de edad: 18 a 40 años, establecido teniendo en cuenta: las cifras presentadas a nivel nacional acerca de los picos mas altos con referencia a suicidio, intento de suicidio y accidentes de transito en el año inmediatamente anterior*.
- Conocimiento y Aceptación de Previo consentimiento informado.
- Accidente de transito en estado de alicoramiento
- Los sujetos deben tener conocimiento de los efectos del alcohol en el organismo.

8.5.2 Grupo de referencia

- Conocimiento y Aceptación de Previo consentimiento informado.
- Los sujetos deben tener conocimiento de los efectos del alcohol en el organismo.
- No haber tenido un accidente de transito en estado de alicoramiento

Con el grupo de trabajo se inicio la recolección de información, con el fin de obtener primero sus datos, y así, establecer los respectivos equivalentes en el grupo de referencia, se tuvo en cuenta 3 características:

- Rango de edad equivalente al grupo de trabajo.
- Escolaridad equivalente a la hallada en el grupo de trabajo.
- Genero equivalente al grupo de trabajo.

8.6 INSTRUMENTOS

Los instrumentos que se emplearan en este estudio serán:

-
- Se estableció el inicio de edad en 18 años, para evitar complicaciones de tipo ético, porque los menores de 18 años no deben consumir licor y para fines prácticos de la investigación.

- Ψ Escala de riesgo suicida de Plutchik.
- Ψ Test de audit.
- Ψ Inventario de ansiedad de Beck.
- Ψ Inventario de depresión de Beck.
- Ψ Cuestionario conocimientos efectos del alcohol en el organismo

8.6.1 escala de riesgo suicida

Ψ Descripción

La Escala de Riesgo Suicida fue diseñada por Plutchik⁴³ con objeto de discriminar a los pacientes suicidas de aquellos que no lo son. Esta formada por una serie de variables que otros autores han relacionado con el suicidio. Es capaz de discriminar entre individuos normales y pacientes psiquiátricos con ideación autolítica. En España ha sido validada por Rubio y cols⁴⁴.

Se trata de un cuestionario autoadministrado de 15 preguntas, con respuesta SI - NO. Procede de una versión de 26 ítems. Cada respuesta afirmativa puntúa 1. El total es la suma de las puntuaciones de todos los ítems.

Las cuestiones están relacionadas con intentos autolíticos previos, la intensidad de la ideación autolítica actual, sentimientos de depresión y desesperanza y otros aspectos relacionados con las tentativas.

Ψ Interpretación

Admitiendo las dificultades que implica la detección de pacientes con riesgo suicida de una manera fiable, la escala resulta útil para distinguir a pacientes con tentativas de suicidio o con antecedentes de ellas.

Algunos autores⁴⁵ consideran que la escala no es efectiva para discriminar la severidad del riesgo suicida y describen la escala como una medida del riesgo más que como un predictor de acciones futuras. En este estudio se

⁴³ Plutchik R, van Praag HM, Conte HR, Picard S. Correlates of Suicide and Violence Risk: The Suicide Risk Measure. *Comprehensive Psychiatry* 1989; 30(4): 296-302.

⁴⁴ Rubio G, Montero I, Jáuregui J, Villanueva R, Casado MA, Marín JJ, Santo-Domingo J. Validación de la escala de riesgo suicida de Plutchik en población española. *Arch Neurobiol* 1998; 61(2): 143-52.

⁴⁵ Koslowsky M, Bleich A, Greenpoon A, Wagner B, Apter A, Solomon Z. Assessing the validity of the Plutchik suicide scale. *J Psychiatr Res* 1991; 25(4):155-8.

utilizó una muestra con unas características muy concretas (soldados israelíes que consultaban por ideas autolíticas).

Los autores de la escala original proponen un punto de corte de 8 puntos (cuando utilizan la versión de 26 ítems), con una sensibilidad y especificidad del 68%.

En la validación española el punto de corte propuesto son 6 puntos. Sensibilidad de 74% y especificidad de 95% para distinguir entre controles y pacientes (tentativas de suicidio y trastornos de la personalidad). Con el mismo punto de corte la sensibilidad y especificidad son del 88% para discriminar entre sujetos con antecedentes de tentativa de suicidio frente a los que nunca habían realizado ninguna.

Ψ Propiedades psicométricas

Fiabilidad:

La consistencia interna de la escala original era de 0,84 (alfa de Cronbach).

En la validación española, era incluso superior 0,90. La fiabilidad test-retest tras 72 horas era de 0,89.

Validez:

En la escala original para un punto de corte de 8 (26 ítems) la sensibilidad y especificidad era del 68%.

En la validación española para un punto de corte de 6 la sensibilidad y especificidad era de 88% para discriminar entre sujetos con antecedentes de tentativas suicidas y aquellos que nunca las habían tenido.

El análisis factorial de la escala demuestra la existencia de 4 factores subyacentes principales.

8.6.2 test de audit (alcohol use disorders identification test)

El AUDIT está basado en un proyecto de la OMS de colaboración entre seis países (Australia, Bulgaria, Kenya, Mexico, Noruega y USA)⁴⁶ que fue

⁴⁶ World Health Organization. AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in Primary Health Care. Geneva: WHO, 1992.

posteriormente estandarizado por Saunders y cols. Este mismo autor desarrollo en 1987 el núcleo de este cuestionario; en la autoría del cuestionario también tuvo un papel muy importante Babor⁴⁷.

Su objetivo era disponer de un instrumento capaz de detectar problemas no graves relacionados con el consumo de alcohol. Ha sido validado en España por Rubio.

Se trata de un cuestionario autoadministrado que consta de 10 preguntas. Las 3 primeras hacen referencia a la cuantificación del consumo alcohólico (cantidad, frecuencia), de la 4 a la 6 comportamiento o actitud ante la bebida, de la 7 a la 8 reacciones adversas y las dos últimas problemas relacionados con el consumo de alcohol. El cuestionario investiga los hechos durante el último año.

Las ocho primeras cuestiones tienen 5 posibles respuestas, que se puntúan de 0 a 4 y las dos últimas 3 posibles respuestas que puntúan 0-2-4. El rango es de 0 a 40.

Ψ Interpretación

Este es un buen instrumento para detectar problemas leves y moderados relacionados con el alcohol, centrándose en el consumo perjudicial o abuso de alcohol. Resulta especialmente adecuado cuando se siguen los criterios de la CIE-10 sobre problemas relacionados con el consumo alcohólico.

En el trabajo de Saunders⁴⁸ se proponen dos puntos de corte con los siguientes valores de sensibilidad y especificidad:

Punto de corte	Sensibilidad	Especificidad
8	92%	94%
10	80%	98%

⁴⁷ Babor TF, de la Fuente JR, Saunders J. AUDIT, The Alcohol Use Disorders identification Test: guidelines for use in primary health care (WHO Publ No PSA/92.4). Geneva, World Health Organization, 1992.

⁴⁸ Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, De La Fuente J, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction* 1993; 88: 791-804.

En la validación española de Rubio⁴⁹ los puntos de corte más eficaces para distintos tipos de población se indican a continuación:

Población	Punto de corte	Sensibilidad	Especificidad
Población TOTAL	8	80%	90%
Varones	9	82%	90%
Mujeres	6	80%	87%
Mayores 60 años	5	83%	87%

Estas amplias diferencias podrían deberse a problemas metodológicos (proporción de varones, edad media) o culturales (en países con gran permisibilidad sobre el consumo se obtendrían puntuaciones más altas por el peso de las preguntas sobre consumo. El caso contrario podría producirse al contestar los ítems relacionados con las consecuencias del consumo, tendiendo a minimizar las mismas, pudiendo aparecer más falsos negativos y disminuir la sensibilidad del test).

Una alta puntuación en los ítems 1 a 3 sugiere consumo peligroso de alcohol, si está se da en los ítems 4 a 6, posible dependencia alcohólica y si se da en las cuestiones 7 a 10 consumo perjudicial⁵⁰.

Se ha sugerido la influencia transcultural (con tasas muy variables de consumo alcohólico y diferentes actitudes sociales ante la misma) como un factor que puede alterar los resultados del cuestionario. Deberían realizarse estudios en otros ambientes como residencias o medio rural para ampliar la validez.

Ψ Propiedades psicométricas

Fiabilidad:

La alfa de Cronbach es de 0,8.

Validez:

Posee buen índice de correlación con el MAST ($r = 0,88$) y con determinaciones analíticas, como la GGT ($r = 0,31$ en varones y $0,46$ en mujeres).

⁴⁹ Rubio G. Validación de la prueba para la identificación de trastornos por el uso de alcohol (AUDIT) en atención primaria. Rev Clin Esp 1998; 198: 11-4.

⁵⁰ American Psychiatric Association. Handbook of Psychiatric Measures. Washington, 2000.

Siguiendo los criterios de la OMS sobre problemas relacionados con el consumo de alcohol, si se establece un punto de corte 11 la sensibilidad es de 0,84 y la especificidad de 0,71. Si el punto de corte se sitúa en 13 la sensibilidad es de 0,7 y la especificidad de 0,78.

8.6.3 inventario de ansiedad de beck (bai beck anxiety inventory)

El BAI (*Beck Anxiety Inventory*) fue desarrollado por Beck en 1.988, con objeto de poseer un instrumento capaz de discriminar de manera fiable entre ansiedad y depresión. Fue concebido específicamente para valorar la severidad de los síntomas de ansiedad. Es un inventario autoaplicado, compuesto por 21 ítems, que describen diversos síntomas de ansiedad. Se centra en los aspectos físicos relacionados con la ansiedad, estando sobre representado este componente⁵¹. Los elementos que lo forman están claramente relacionados con los criterios diagnósticos del DSM-IV⁵².

Cada ítem se puntúa de 0 a 3, correspondiendo la puntuación 0 a “*en absoluto*” 1 a “*levemente, no me molesta mucho*”, 2 a “*moderadamente, fue muy desagradable pero podía soportarlo*” y la puntuación 3 a “*severamente, casi no podía soportarlo*”. La puntuación total es la suma de las de todos los ítems (si en alguna ocasión se eligen 2 respuestas se considerará sólo la de mayor puntuación. Los síntomas hacen referencia a la última semana y al momento actual.

Ψ Interpretación

Se trata de una herramienta útil para valorar los síntomas somáticos de ansiedad, tanto en desórdenes de ansiedad como en cuadros depresivos. Dada su facilidad de utilización se ha recomendado su empleo como screening en población general⁵³.

El rango de la escala es de 0 a 63. La puntuación media en pacientes con ansiedad es de 25,7 (DE 11,4) y en sujetos normales 15,8 (DE 11,8).

⁵¹ COMECHE MI, DÍAZ MI, VELLEJO MA. Cuestionarios, Inventarios y Escalas. Ansiedad, Depresión y Habilidades Sociales. Fundación Universidad-Empresa. Madrid, 1.995.

⁵² Cox BJ, Cohen E, Dorenfeld DM, Swinson RP. Does the Beck Anxiety Inventory measure anything beyond panic attack symptoms? *Behav Res Ther* 1996; 34(11): 949-61.

⁵³ American Psychiatric Association. Handbook of Psychiatric Measures. Washington, 2000.

Somoza y cols⁵⁴ han propuesto como punto de corte para distinguir trastorno de pánico los 26 puntos. Osman en sujetos sin patología obtiene una puntuación media de 13,4 con una DE de 8,9.

Según los autores, el inventario debe ser utilizado en clínica e investigación acompañado por otros cuestionarios como el inventario de Depresión de Beck y constituiría una herramienta más para la valoración de ansiedad. En un análisis comparativo realizado por Piotrowski en 1999⁵⁵ encontró que era el tercer test más utilizado para valorar ansiedad. Se ha mostrado apropiada para valorar cambios tras el tratamiento.

Ψ **Propiedades psicométricas**

Ψ **Fiabilidad:**

Posee una elevada consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,90 a 0,94). La correlación de los ítems con la puntuación total oscila entre 0,30 y 0,71. La fiabilidad test-retest tras una semana es de 0,67 a 0,93 y tras 7 semanas de 0,62.⁵⁶

Ψ **Validez:** Tiene buena correlación con otras medidas de ansiedad en distintos tipos de poblaciones (jóvenes, ancianos, pacientes psiquiátricos, población general). Los coeficientes de correlación (r) con la Escala de ansiedad de Hamilton es de 0,51, con el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de 0,47 a 0,58 y con la Subescala de Ansiedad del SCL-90R de 0,81. Por otra parte los coeficientes de correlación con escalas que valoran depresión, también son elevados. Con el Inventario de Depresión de Beck de 0,61 y con la Subescala de Depresión del SCL-90R de 0,62.

⁵⁴ SOMOZA E, STEER RA, BECK AT, CLARK DA. Differentiating major depression and panic disorders by self-report and clinical rating scales: ROC analysis and information theory. Behav Res Ther 1994; 32(7): 771-82.

⁵⁵ PIOTROWSKI C. The status of the Beck Anxiety Inventory in contemporary research. Psychol Rep 1999; 85(1): 261-2.

⁵⁶ DE BEURS E, WILSON KA, CHAMBLESS DL, GOLDSTEIN AJ, FESKE U. Convergent and divergent validity of the Beck Anxiety Inventory for patients with panic disorders and agoraphobia. Depress Anxiety 1997; 6(4): 140

Al analizar los elementos del test, Beck en el trabajo original encuentra dos factores principales: síntomas somáticos y síntomas subjetivos de ansiedad, pudiendo obtenerse dos subescalas. Con posterioridad en propio Beck describió cuatro factores: subjetivo, neurofisiológico, autonómico y pánico.⁵⁷

En 1993, Steer⁵⁸, al aplicar una versión informática del test describió dos componentes en el test: somático y subjetivo, si bien muchos de los ítems clasificados en cada grupo no correspondían exactamente con los encontrados por Beck.

8.6.4. Inventario de depresión de beck (beck depression inventory, bdi)

El Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI) (Beck y cols, 1961) fue desarrollado inicialmente como una escala heteroaplicada de 21 ítems para evaluar la gravedad (intensidad sintomática) de la depresión, conteniendo cada ítem varias frases autoevaluativas que el entrevistador leía al paciente para que este seleccionase la que mejor se adaptase a su situación; sin embargo, con posterioridad su uso se ha generalizado como escala autoaplicada. Esta versión fue adaptada al castellano y validada por Conde y cols (1975), y ha sido durante mucho tiempo la versión más conocida en España⁵⁹.

Es un cuestionario autoaplicado de 21 ítems que evalúa un amplio espectro de síntomas depresivos. En la versión de 1961 cada ítem contemplaba de 4 a 6 opciones de respuesta, ordenadas de menor a mayor gravedad, y así fueron recogidas en la adaptación y validación de Conde y cols. (1975), en una revisión posterior introdujeron varias modificaciones importantes sobre el cuestionario original, tales como la eliminación completa de 2 ítems (sentimientos de culpa y auto imagen) y la aleatorización de las alternativas de respuesta⁶⁰.

⁵⁷ BECK AT, STEER RA. Relationship between the Beck Anxiety Inventory and the Hamilton Anxiety Rating Scale with anxious outpatients. *Journal of Anxiety Disorders* 1991; 5: 213-23.

⁵⁸ STEER RA, RISSMILLER DJ, RANIERI WF, BECK AT. Structure of the computer-assisted Beck Anxiety Inventory with psychiatric outpatients. *Journal of Personality Assessment* 1993; 60: 532-42.

⁵⁹ CONDE V, FRANCH JI. Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología de los trastornos angustiosos y depresivos. Madrid: Upjohn SA, 1984.

⁶⁰ CONDE V, ESTEBAN T, USEROS E. Revisión crítica de la adaptación castellana del cuestionario de Beck. *Rev Psicol Gen Aplic* 1976; 31: 469-497.

Su contenido enfatiza más en el componente cognitivo de la depresión, ya que los síntomas de esta esfera representan en torno al 50 % de la puntuación total del cuestionario, siendo los síntomas de tipo somático / vegetativo el segundo bloque de mayor peso; de los 21 ítems, 15 hacen referencia a síntomas psicológico-cognitivos, y los 6 restantes a síntomas somático-vegetativos⁶¹

Ψ interpretación

El paciente tiene que seleccionar, para cada ítem, la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación durante el momento actual y la última semana. La puntuación total se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas, que van de 0 a 3.

El rango de la puntuación obtenida es de 0-63 puntos. Como otros instrumentos de evaluación de síntomas, su objetivo es cuantificar la sintomatología, no proporcionar un diagnóstico⁶². Los puntos de corte usualmente aceptados para graduar la intensidad / severidad son los siguientes:

No depresión:	0-9 puntos
Depresión leve:	10-18 puntos
Depresión moderada:	19-29 puntos
Depresión grave:	≥ 30 puntos

A efectos de cribado o detección de casos en población general el punto de corte ha sido establecido por Lasa L. y cols⁶³ en ≥ 13 puntos. En pacientes médicos la validez predictiva de la escala está peor establecida, por cuanto los ítems somáticos tienden a aumentar el número de falsos positivos si se utiliza un punto de corte bajo y se han utilizado puntos de corte más altos. A efectos de selección de sujetos para investigación, el punto de corte usualmente aceptado es ≥ 21 puntos⁶⁴.

⁶¹ SCHOTTE CK, MAES M, CLUYDTS R et al. Construct validity of the Beck Depression Inventory in a depressive population. *J Affect Disord* 1997; 46: 115-125

⁶² KENDALL PC, HOLLON SD, BECK AT et al. Issues and recomendations regarding use of the Beck Depression Inventory. *Cogn Ther Res* 1987; 11: 289-299.

⁶³ LASA L, AYUSO-MATEOS JL, VÁZQUEZ JL et al. The use of the Beck Depression Inventory to screen for depression in the general population: a preliminary analysis. *J Affect Disord* 2000; 57: 261-265.

⁶⁴ GEISSER ME, ROTH RS, ROBINSON ME. Assessing depression among persons with chronic pain using the Center for Epidemiological Studies-Depression Scale and the Beck Depression Inventory: a comparative analysis. *Clin J Pain* 1997; 13: 163-170.

Utilizado en pacientes con diagnóstico clínico de depresión, proporciona una estimación adecuada de la gravedad o intensidad sintomática, y es ampliamente utilizado en la evaluación de la eficacia terapéutica por su sensibilidad al cambio y en la investigación para la selección de sujetos. Posee así mismo una adecuada validez para el cribado o detección de casos en población general, pero en pacientes médicos su especificidad es baja.

Ψ Propiedades psicométricas

Fiabilidad:

Sus índices psicométricos han sido estudiados de manera casi exhaustiva, mostrando una buena consistencia interna (alfa de Cronbach 0,76 – 0,95). La fiabilidad test oscila alrededor de $r = 0,8$, pero su estudio ha presentado dificultades metodológicas, recomendándose en estos casos variaciones a lo largo del día en su administración.

Validez:

Muestra una correlación variable con otras escalas (HDRS, SDS, MADRS...)⁶⁵. En pacientes psiquiátricos se han encontrado valores entre 0,55 y 0,96 (media 0,72) y en sujetos no psiquiátricos entre 0,55 y 0,73 (media 0,6).

Su validez predictiva como instrumento diagnóstico de tamizado ha sido recientemente estudiada en nuestro país en una amplia muestra de población general de entre 18 y 64 años de edad, con buen rendimiento: sensibilidad 100 %, especificidad 99 %, valor predictivo positivo 0.72, y valor predictivo negativo 1 (punto de corte ≥ 13). Anteriormente se había estudiado en distintos grupos de pacientes médicos⁶⁶ con criterios dispares en cuanto al punto de corte, por lo que los resultados no eran homogéneos.

8.7 VALIDEZ INTERNA Y EXTERNA.

Ψ Para la validación del perfil de los sujetos que se accidentaron en estado de alicoramiento, se realizó una comparación con un grupo de referencia, el cual tuvo tres características equivalentes al grupo de trabajo (edad, género, escolaridad) que permitió aparear estos dos grupos y realizar una comparación válida que eliminara cualquier posible sesgo que se generara

⁶⁵ MARTINSEN EW, FRIIS S, HOFFART A. Assessment of depression: comparison between Beck Depression Inventory and subscales of Comprehensive Psychopathological Rating Scale. Acta Psychiatr Scand 1995; 92: 460-463.

⁶⁶ MULROW CD, WILLIAMS JW, GERETY MB et al. Case-finding instruments for depression in primary care settings. Ann Intern Med 1995; 122: 913-921.

a partir de una única muestra encuestada. Esto se realizó también para garantizar que los datos hallados en el grupo de trabajo fueran exclusivos de este y no se encontraran en la población general.

- Ψ Para la recolección de la información se realizó una búsqueda exhaustiva de instrumentos que midieran lo que se necesitaba en el presente estudio, y respondieran la pregunta inicial, las investigadoras estudiaron cada uno de estos instrumentos, y fueron guiadas por el asesor de tesis para la correcta aplicación de las pruebas.
- Ψ Los sujetos que participaron en la investigación manifestaron interés hacia la investigación y en el momento de responder las pruebas, a pesar de las situaciones en las que se encontraban; se tuvo en cuenta que las personas se encontraran en óptimas condiciones para responder a los cuestionarios es decir, que estuvieran conscientes y que no estuvieran bajo los efectos del alcohol.
- Ψ El instrumento de conocimientos de los efectos del alcohol se hizo evaluar por expertos de 3 diferentes áreas: psicología, medicina, tránsito, los cuales evaluaron el instrumento y aportaron sus opiniones acerca de lo que se debía anexar o suprimir.
- Ψ Para evitar que los prejuicios de las investigadoras alteraran los resultados de la investigación, se solicitó al asesor de tesis que revisara objetivamente el trabajo, formulara sus razonamientos acerca del análisis realizado, e invalidara cualquier prejuicio u opinión personal de las investigadoras.
- Ψ En la presente investigación no se tuvo en cuenta otros factores de riesgo del intento de suicidio tales como enfermedades mentales y pérdidas significativas recientes, debido al tiempo y las condiciones de aplicación de las pruebas, ya que los sujetos se encontraban en condiciones de salud un poco desfavorables debido al reciente accidente.
- Ψ Para evitar el sesgo dado por la variable cultural, y teniendo presente que el alcohol es una sustancia socialmente aceptada en el contexto de la ciudad de Neiva; no se recolectaron datos durante las fiestas sampedrinas.

- Ψ Los instrumentos de medición, no están validados a nivel nacional, sin embargo, se tuvo en cuenta la cultura de alto consumo alcohólico que existe en Neiva, por lo cual se realizó una búsqueda exhaustiva de pruebas que fueran más aplicables a este medio.

- Ψ Finalmente, como criterio de validez externa, no se tuvo en cuenta la generalización de los resultados, ya que la muestra no fue representativa para toda la población de Neiva.

8.8 ASPECTOS ETICOS

Se trata de una investigación de riesgo mínimo, según resolución 8430 de 1993 del Ministerio de salud.

Es una investigación de carácter descriptivo - comparativo que emplea el registro de datos contenido en las pruebas psicológicas y fisiológicas. Toma pruebas y las analiza pero no interviene con tratamientos ni con cirugías, por tanto no existe ninguno de los riesgos que implica la manipulación experimental directa.

Las muestras tomadas y los resultados a que ellas den lugar permanecerán totalmente en el anonimato y por ninguna razón ni medio podrán divulgarse nombres de quienes fueron tomadas.

Ningún procedimiento será iniciado sin el previo consentimiento voluntario del sujeto, además de certificación de un psicólogo y médico sobre la capacidad de entendimiento, razonamiento y lógica del sujeto. Una vez leído, aceptado y firmado, el formato único reglamentario, el cual informa sobre la importancia y finalidad del estudio sobre la confidencialidad de la información y sus posibles usos. También se les informara de la ausencia de compromiso de asistencia directa.

Las posibles molestias que se podrían presentar en algunos casos, serían manifiestamente compensadas por el profesionalismo de los investigadores. Las historias clínicas de los pacientes reposarán en la sede asignada al grupo de investigación CARLOS FINLAY, ordenadas y contadas. La base de datos digitada doblemente tendrá uso restrictivo en diferentes niveles de manejo teniendo la responsabilidad mayor y las claves el investigador principal

8.9 ANALISIS DE DATOS ESTADISTICO.

Para el análisis estadístico de los datos se utilizo chi cuadrado y *Tablas de Contingencia*, estas son tablas en donde las frecuencias corresponden a dos variables (una variable se utiliza para categorizar renglones y la segunda para categorizar columnas).

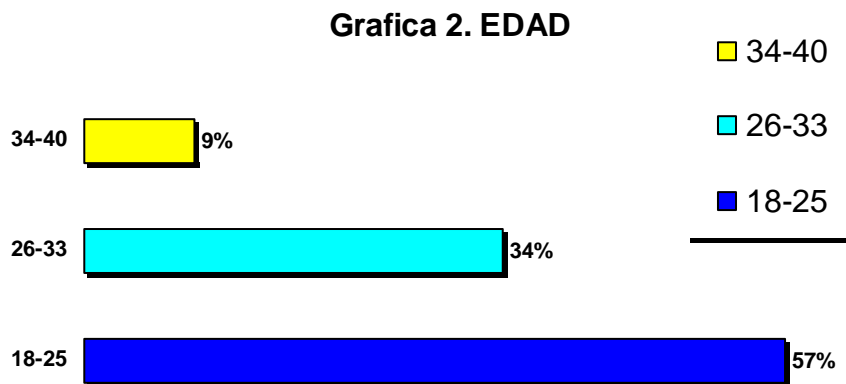
Se considero dos tipos de prueba de hipótesis, las cuales se basan en tablas de contingencia; las primeras son las pruebas de independencia, las cuales se usan para determinar si una variable de renglón de una tabla de contingencia es independiente de su variable de columna. Luego se consideraron las pruebas de homogeneidad, las cuales sirven para determinar si situaciones diferentes tienen las mismas proporciones de alguna característica.

9. RESULTADOS

9.1 DESCRIPCIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LOS SUJETOS

Ψ Género:

En la recolección de datos, en el hospital Universitario, los sujetos conductores que llegaban por accidente de tránsito en estado de alicoramiento fueron exclusivamente de género masculino.

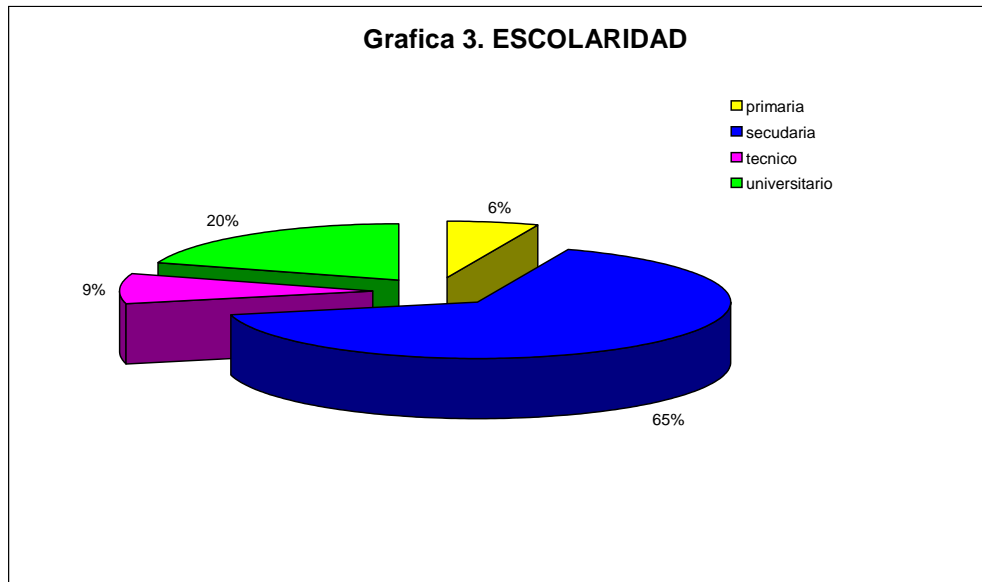


Ψ Edad:

Con respecto a la edad, se halló que el 57% del total de los sujetos se hallaba en un rango de edad entre 18 y 25 años; el 37% se encontraban entre 26 y 33 años, y el 9% restante entre 34 y 40 años.

Ψ Total Muestra:

La muestra constó de dos grupos, el primero de sujetos que se habían accidentado en estado de alicoramiento el cual se denominó "grupo de trabajo" conformado por 35 sujetos, y la segunda por sujetos que no hubieran tenido accidente de tránsito en estado de alicoramiento, llamado "grupo de referencia", conformado por 35 sujetos y que tuvieran 3 características equivalentes al grupo de trabajo: género, edad y escolaridad.



Ψ Escolaridad:

Con referencia a la escolaridad de los sujetos, el 65% tenían estudios secundarios, el 20% universitarios, el 9% estudios técnicos y el 6 % restantes estudios primarios únicamente.

9.2 EFECTOS DEL ALCOHOL EN LA CONDUCCION

Tabla 2. Tabla de contingencia conocimientos efectos del alcohol en la conducción

		Conocimientos del efecto del alcohol sobre la habilidad de conducción de automotor			Total	
		3	4	5		
¿Ha tenido un accidente de vehículo motor en estado de alicoramiento?	No	Frecuencia	11	9	15	35
		Frecuencia esperada	10.5	11.5	13.0	35.0
		% de ¿Ha tenido un accidente de vehículo motor en estado de alicoramiento?	31.4%	25.7%	42.9%	100.0%
	Si	Frecuencia	10	14	11	35
		Frecuencia esperada	10.5	11.5	13.0	35.0
		% de ¿Ha tenido un accidente de vehículo motor en estado de alicoramiento?	28.6%	40.0%	31.4%	100.0%
Total	Recuento	21	23	26	70	
	Frecuencia esperada	21.0	23.0	26.0	70.0	
	% de ¿Ha tenido un accidente de vehículo motor en estado de alicoramiento?	30.0%	32.9%	37.1%	100.0%	

Fuente: Los autores. Universidad Surcolombiana

Teniendo en cuenta que el total de la muestra es 70 individuos, se tuvieron en cuenta dos grupos específicos: 35 sujetos que no han tenido un accidente de vehículo motor en estado de alicoramamiento (grupo referencia) , y 35 que si lo tuvieron (grupo trabajo); con respecto a los conocimientos acerca de los efectos del alcohol en el organismo, el grupo de trabajo mostró conocer tales efectos, en un 32%; el 69% restante fallo en la respuesta de una o dos preguntas, hecho que revela negación hacia los efectos de consumir alcohol en el proceso de conducción, teniendo en cuenta que el 94% del total de la muestra tienen como nivel de escolaridad de básica secundaria a estudios superiores, no se puede atribuir estos resultados a la falta de educación. Este evento se presento en menor porcentaje en el grupo de referencia, los cuales fallaron en una o dos preguntas en un porcentaje del 57%.

Con respecto a los datos de la tabla 2 (Tabla de contingencia conocimientos efectos del alcohol en la conducción) lo que se esperaba dista en gran medida de lo observado con respecto al grupo de sujetos que se han accidentado en estado de alicoramamiento, ya que, en el fallo de una pregunta acerca de los efectos del alcohol, la frecuencia observada (14) es mayor a la frecuencia esperada (11.5), lo cual se puede explicar por la negación que, tienen los sujetos acerca de las consecuencias que produce el alcohol en sus organismos y su capacidad de conducción.

Con relación a los sujetos que no han tenido accidentes de transito en estado de alicoramamiento, resalta el hecho de que la frecuencia observada (15) es mayor que la esperada (13) en la casilla de no fallo en ninguna pregunta acerca de los efectos del alcohol en el organismo, lo cual se puede explicar, en el hecho de que esta muestra en el momento de ingerir licor tienen mas conciencia acerca de las consecuencias de consumir licor, por lo cual aun no se han accidentado en este estado.

Con los datos anteriores se concluye que los sujetos que no se han accidentado en estado de alicoramamiento tienen un mayor conocimiento de los efectos del alcohol en el organismo, por lo tanto en su capacidad de conducción, este conocimiento se configura en un factor protector hacia sufrir o no accidentes de transito en estado de alicoramamiento.

Prueba de independencia entre la muestra de personas que han tenido un accidente de vehículo motor en estado de alicoramamiento y el nivel de

conocimientos del efecto del alcohol sobre la habilidad de conducción de automotor.

Ho: El hecho de tener o no un accidente de vehículo motor en estado de alicoramamiento es independiente de los niveles de conocimientos del efecto del alcohol sobre la habilidad de conducción de automotor.

H1: El hecho de tener o no sufrir un accidente de vehículo motor en estado de alicoramamiento es dependiente de los niveles de conocimientos del efecto del alcohol sobre la habilidad de conducción de automotor.

Nivel de significancia es, $\alpha=0.05$

Estadística de prueba χ^2 (Ch cuadrado)

Tabla 3. Prueba chi- cuadrado conocimientos efectos del alcohol en el organismo

	Valor	gl	P-Valor
Chi-cuadrado	1.750	2	0.41686202

No se rechaza la hipótesis de independencia, debido a que el P-valor (0.4168) es mayor que α (0.05). Es decir, tener o no un accidente de vehículo motor en estado de alicoramamiento es independiente de los niveles de conocimientos del efecto del alcohol sobre la habilidad de conducción del automotor.

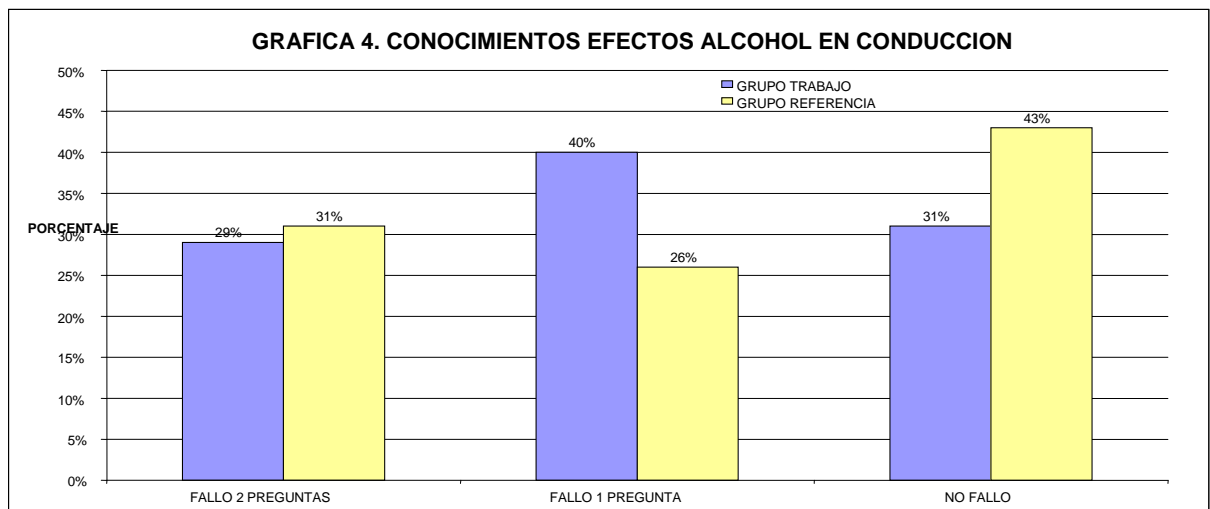
Prueba de Homogeneidad entre la muestra de personas que han tenido un accidente de vehículo motor en estado de alicoramamiento y el nivel de conocimientos del efecto del alcohol sobre la habilidad de conducción de automotor.

Ho: La proporción de respuestas Si/No para las personas que han tenido un accidente de vehículo motor en estado de alicoramamiento son iguales para los diferentes niveles de conocimientos del efecto del alcohol sobre la habilidad de conducción de automotor.

H1: Las proporciones son diferentes
 Nivel de significancia es, $\alpha=0.05$
 Estadística de prueba χ^2 (Chi cuadrado)

	Valor	gl	P-Valor
Chi-cuadrado de Pearson	1.750	2	.4168

Se acepta H_0 , debido a que su valor (0.4168) es mayor que α (0.05). Lo cual se debe entender como: No existe diferencia entre la proporcionalidad del nivel de conocimiento que tienen las personas entrevistadas en relación al efecto del alcohol sobre la habilidad de conducción del automotor, aunque ellas hallan tenido o no un accidente de tránsito.



Fuente: Los autores. Universidad Surcolombiana

De las personas accidentadas, el 31% respondió correctamente las 5 preguntas sobre los conocimientos de los efectos del alcohol en el organismo; un 43% del grupo de referencia lo hizo perfecto. Es de resaltar que el 40% del grupo de trabajo fallo en 1 pregunta y el 29% en 2. Adicionalmente se halló que el 26% del grupo de referencia se equivocó en 1 pregunta y el 31% en 2; lo que deja una gran preocupación acerca de por qué tanto los accidentados como los no accidentados a pesar de sentir los efectos del alcohol en su organismo, niegan la presencia o el efecto de estos en la conducción.

9.3 TEST DE AUDIT

Tabla 4. Tabla de contingencia Test de Audit.

			Test de AUDIT		Total
			Sin problemas de alcohol	Con problemas de alcohol	
¿Ha tenido un accidente de vehículo motor en estado de alicoramamiento?	No	Recuento	16	19	35
		Frecuencia esperada	8.0	27.0	35.0
		% de ¿Ha tenido un accidente de vehículo motor en estado de alicoramamiento?	45.7%	54.3%	100.0%
	Si	Recuento	0	35	35
		Frecuencia esperada	8.0	27.0	35.0
		% de ¿Ha tenido un accidente de vehículo motor en estado de alicoramamiento?	.0%	100.0%	100.0%
Total	Recuento	16	54	70	
	Frecuencia esperada	16.0	54.0	70.0	
	% de ¿Ha tenido un accidente de vehículo motor en estado de alicoramamiento?	22.9%	77.1%	100.0%	

Fuente: Los autores. Universidad Surcolombiana

Con el test de audit. Se identifico que el 100% de la muestra accidentada poseen problemas relacionados con el consumo de alcohol, tales como: cantidad-frecuencia del consumo alcohólico, comportamiento o actitud ante la bebida, reacciones adversas y consecuencias del consumo alcohólico. En el grupo de sujetos que no han sufrido accidente de transito en estado de alicoramamiento se hallo que el 54% de la muestra tiene problemas relacionados con el alcohol.

En el test de Audit, se resalta el hecho de que en la muestra de sujetos accidentados la frecuencia observada (35) de sujetos que tienen problemas relacionados con el alcohol es mayor a la frecuencia esperada (27), esto explica el hecho de que los sujetos hayan tenido un accidente de transito en estado de alicoramamiento, ya que, cuando se ingiere licor en altas cantidades, y el consumo es muy frecuente, no se tiene la voluntad, entendimiento y responsabilidad suficientes para evitar ejercer estas conductas de riesgo.

En la muestra de sujetos no accidentados, la frecuencia observada de sujetos que no tienen problemas relacionados con el alcohol (16) es mayor a la frecuencia esperada (8), con lo cual se concluye que, debido a que no tienen problemas relacionados con el alcohol, y aun tienen conciencia para administrar el consumo de licor, evitan realizar esta conducta de riesgo.

Por lo cual se concluye que los sujetos que tienen problemas relacionados con el alcohol tienen mayor probabilidad de sufrir un accidente de transito bajo estado de alicoramamiento.

Prueba de independenciam entre la muestra de personas que han tenido un accidente de vehículo motor en estado de alicoramamiento y tener o no problemas con el consumo de alcohol

Ho: El hecho de tener o no un accidente de vehículo motor en estado de alicoramamiento es independiente tener o no problemas con el consumo de alcohol.

H1: El hecho de tener o no un accidente de vehículo motor en estado de alicoramamiento es dependiente tener o no problemas con el consumo de alcohol.

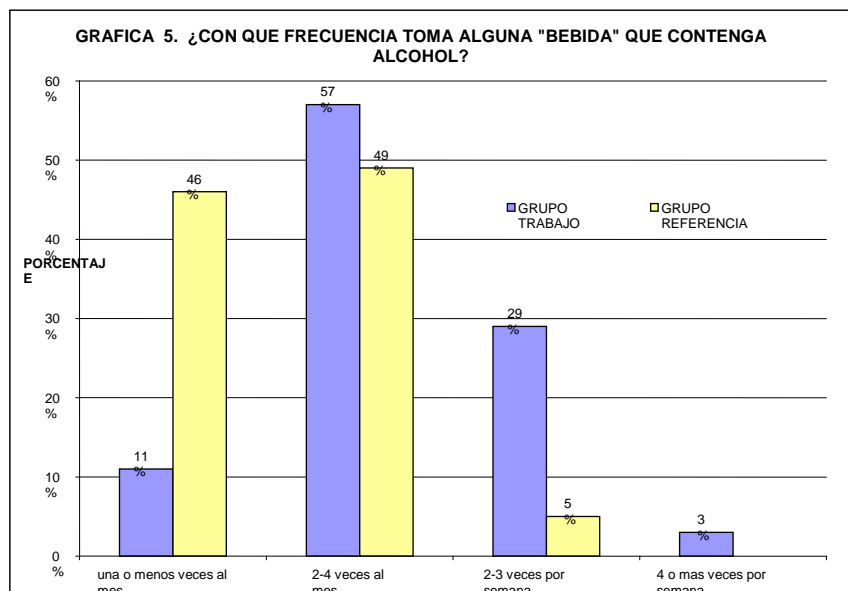
Nivel de significancia es, $\alpha=0.05$

Estadística de prueba χ^2 (Chi cuadrado)

Tabla 5. Prueba chi- cuadrado Test de Audit.

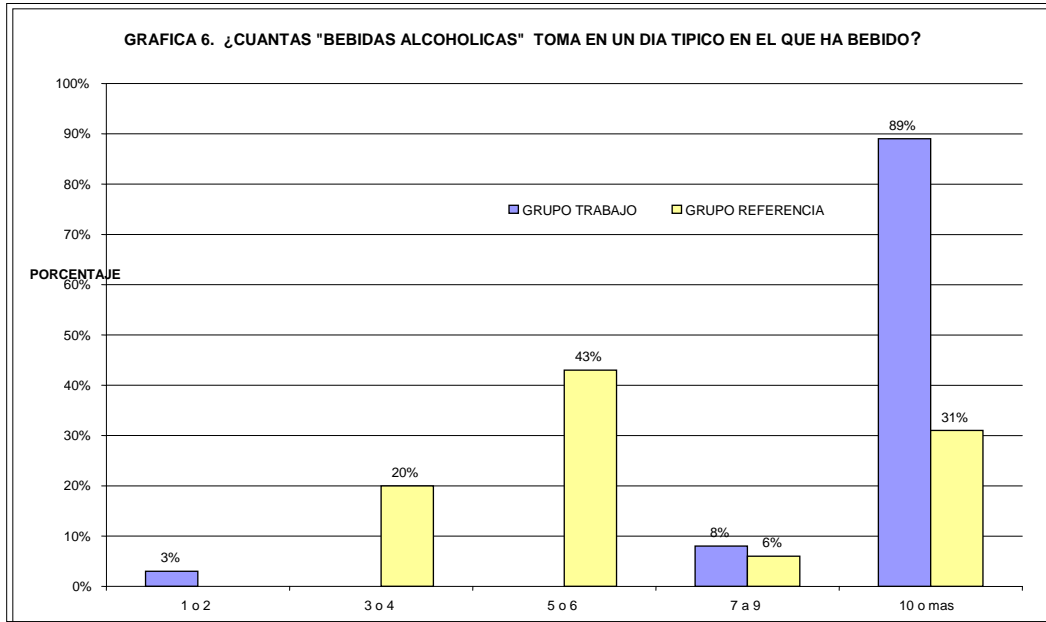
	Valor	gl	P-Valor
Chi-cuadrado	20.741	1	0.00000525781

Se rechaza la hipótesis de independencia, debido a que el P-valor (0.000) es menor que α (0.05). Es decir, tener o no un accidente de vehículo motor en estado de alicoramiento es dependiente de tener o no problemas con el consumo de alcohol.



Fuente: Los autores. Universidad Surcolombiana

La frecuencia con que las personas toman alguna bebida alcohólica es de 2-4 veces al mes en un porcentaje del 57% para la población accidentada y de 49% para los que no se accidentaron; es de resaltar que un 29% toma de 2 a 3 veces por semana y un 3% 4 o mas veces a la semana, lo que nos indica que la población de trabajo, toma alguna bebida que contenga alcohol de manera reiterada en comparación al grupo de referencia.



Fuente: Los autores. Universidad Surcolombiana

El 89 % de las personas del grupo de trabajo toma en un día típico en el que ha bebido 10 o mas bebidas alcohólicas frente a un 31% del grupo de referencia; sin embargo, es importante tener en cuenta que un 43% de quienes no han tenido accidente de transito ingiere 5 o 6 bebidas en un día normal en que ha bebido, lo que nos indica que a pesar de no haber tenido un accidente de transito bajo efectos del alcohol, si es alta la tasa de consumo de alcohol del grupo de referencia.

9.4 ESCALA DE RIESGO SUICIDA

Tabla 6. Tabla de contingencia Escala de Riesgo Suicida.

			ESCALA DE RIESGO SUICIDA		Total
			Sin riesgo suicida	Con riesgo suicida	
¿Ha tenido un accidente de vehículo motor en estado de alicoramiento?	No	Recuento	31	4	35
		Frecuencia esperada	26.5	8.5	35.0
		% de ¿Ha tenido un accidente de vehículo motor en estado de alicoramiento?	88.6%	11.4%	100.0%
	Si	Recuento	22	13	35
		Frecuencia esperada	26.5	8.5	35.0
		% de ¿Ha tenido un accidente de vehículo motor en estado de alicoramiento?	62.9%	37.1%	100.0%
Total	Recuento	53	17	70	
	Frecuencia esperada	53.0	17.0	70.0	
	% de ¿Ha tenido un accidente de vehículo motor en estado de alicoramiento?	75.7%	24.3%	100.0%	

Fuente: Los autores. Universidad Surcolombiana

En la escala de riesgo suicida se encontró que el 38% de los sujetos que han sufrido accidente de tránsito en estado de alcohóricamiento tienen riesgo suicida, frente a un 12% de las personas que no se han accidentado, con lo cual se evidencia que los sujetos accidentados tienen 3 veces más riesgo suicida, que los que no se han accidentado.

Dentro del grupo de los sujetos que han tenido accidente de tránsito en estado de alcohóricamiento, resalta el dato acerca de los que se han accidentado, ya que es mayor la frecuencia observada de los sujetos que, según la prueba tienen riesgo suicida (13), que la frecuencia esperada (8.5), lo cual corrobora lo esperado inicialmente, ya la conducta de conducir en estado de alcohóricamiento se configuraba como una conducta suicida encubierta.

En la muestra de sujetos que no se han accidentado sobresalen los datos acerca de quienes no tienen riesgo suicida, ya que, la frecuencia observada es 31, frente a la esperada que resultó ser de 26.5; lo cual se justifica en el hecho de que en su mayoría no tienen problemas relacionados con el alcohol, y que, tienen en cuenta factores protectores que los alejan del hecho de llegar a lesionarse en la práctica de conductas de riesgo.

Por lo anterior se concluye que, los sujetos que se han accidentado en estado de alcohóricamiento, llevaron a cabo esta conducta como un gesto suicida, el cual se configura y complementa en las variables anteriormente evaluadas, como la negación de los efectos del alcohol, el alto consumo alcohólico y los problemas relacionados con este.

Prueba de independencia entre la muestra de personas que han tenido un accidente de vehículo motor en estado de alcohóricamiento y tener o no riesgo suicida

H₀: El hecho de tener o no un accidente de vehículo motor en estado de alcohóricamiento es independiente de tener o no riesgo suicida.

H₁: El hecho de tener o no un accidente de vehículo motor en estado de alcohóricamiento es dependiente de tener o no riesgo suicida.

Nivel de significancia es, $\alpha=0.05$

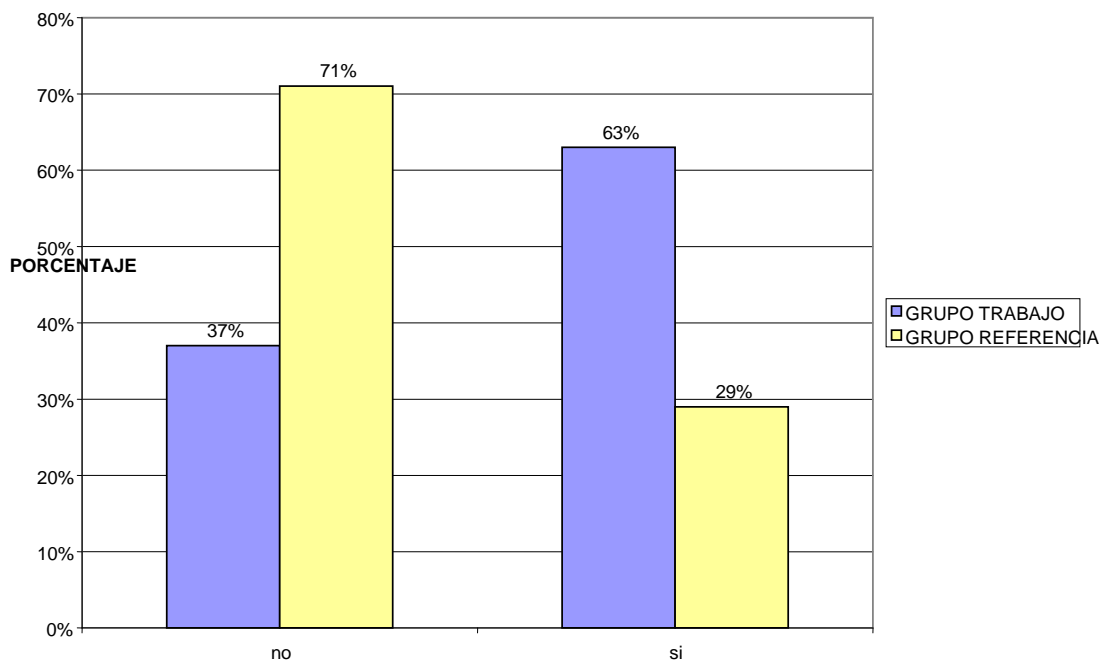
Estadística de prueba χ^2 (Ch cuadrado)

Tabla 7. Prueba chi- cuadrado escala de riesgo suicida

	Valor	gl	P-Valor
Chi-cuadrado	6.293	1	0.01212

Se rechaza la hipótesis de independencia, debido a que el P-valor (0.01212) es menor que α (0.05). Es decir, tener o no un accidente de vehículo motor en estado de alicoramiento es dependiente de tener o no riesgo suicida.

GRAFICA 7. ¿A VECES NOTA QUE PODRIA PERDER EL CONTROL SOBRE SI MISMO?

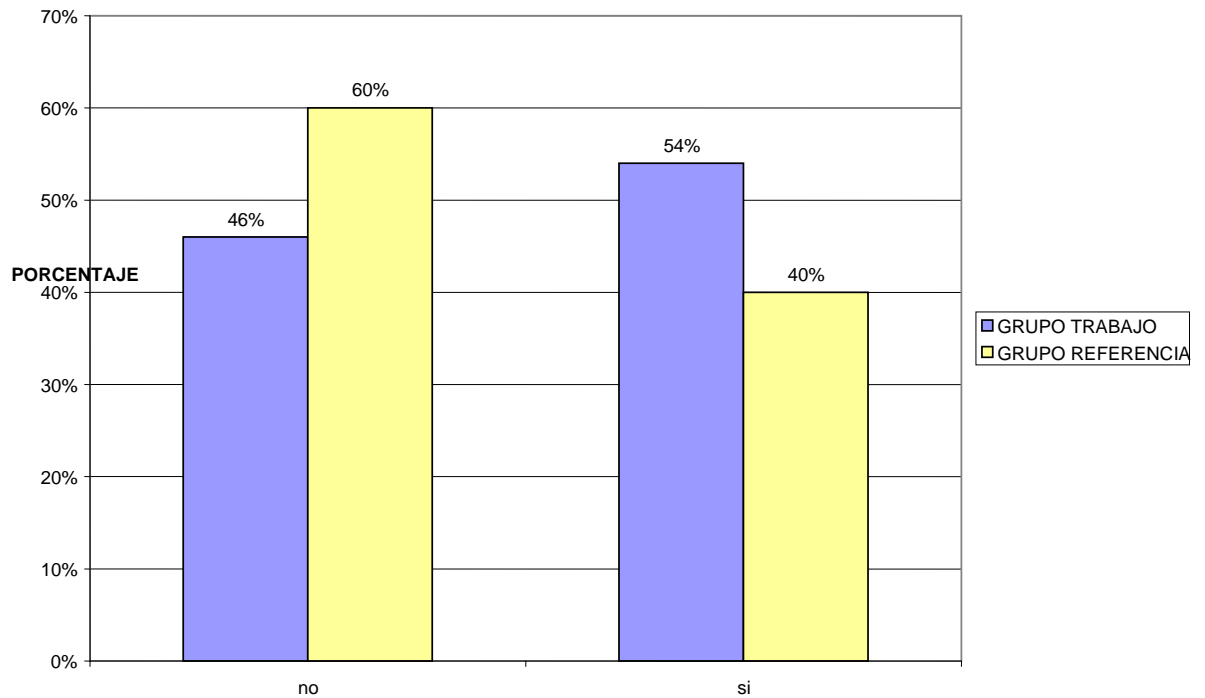


Fuente: Los autores. Universidad Surcolombiana

El 63% del grupo de trabajo, nota que a veces podría perder el control sobre si mismo, frente a un 29% del grupo de referencia; lo que muestra que las personas que tuvieron accidente de transito, poseen menos disposición de proteger su

integridad física y psicológica, lo que los ubica en una situación vulnerable y propensa a padecer o producir daños a si mismos.

GRAFICA 8. ¿ALGUNA VEZ SE HA SENTIDO TAN ENFADADO QUE HABRIA SIDO CAPAZ DE MATAR A ALGUIEN?



Fuente: Los autores. Universidad Surcolombiana

El 54% de las personas que se han accidentado refieren haberse sentido tan enfadados que habrían sido capaz de matar a alguien y un 40% de quienes no se accidentaron refieren lo mismo; a pesar de que es mayor el porcentaje de quienes no han sentido tal enfado, es una cifra bastante alta que evidencia la agresividad e impulsividad de las personas de lesionar a otros y de realizar conductas de riesgo.

9.5 INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK

Tabla 8. Tabla de contingencia Inventario de ansiedad de Beck.

		inventario de ansiedad de beck		Total	
		Sin ansiedad	Con ansiedad		
¿Ha tenido un accidente de vehículo motor en estado de alicoramiento?	No	Recuento	22	13	35
		Frecuencia esperada	19.5	15.5	35.0
		% de ¿Ha tenido un accidente de vehículo motor en estado de alicoramiento?	62.9%	37.1%	100.0%
	Si	Recuento	17	18	35
		Frecuencia esperada	19.5	15.5	35.0
		% de ¿Ha tenido un accidente de vehículo motor en estado de alicoramiento?	48.6%	51.4%	100.0%
Total	Recuento	39	31	70	
	Frecuencia esperada	39.0	31.0	70.0	
	% de ¿Ha tenido un accidente de vehículo motor en estado de alicoramiento?	55.7%	44.3%	100.0%	

Fuente: Los autores. Universidad Surcolombiana

Con referencia a los datos hallados en el inventario de ansiedad de Beck, se encontró que los sujetos que han tenido accidente de tránsito en estado de alicoramiento, en un 52% tienen trastorno de ansiedad, frente a un 37% de los sujetos que no han tenido accidente; estas cifras muestran que, aunque la ansiedad no es exclusiva de la población accidentada, sí hay una mayor frecuencia de este trastorno en esta muestra.

En esta tabla se observa que de los sujetos que se han accidentado, 18 tienen ansiedad, en contraste con la frecuencia esperada que fue de 15.5, lo cual lleva a la conclusión de que los sujetos que se han accidentado tienen cierta tendencia hacia manifestar ansiedad ante situaciones que así lo requieran. Pero resalta el hecho de que no es altamente relevante la cifra.

A nivel de los sujetos que no se han accidentado en estado de embriaguez, el número de sujetos que no tienen ansiedad es de 22, frente a la frecuencia esperada, que es de 19.5, llama la atención que, aunque los datos de sujetos que no tienen ansiedad es mayor que la frecuencia esperada, la diferencia para fines de la prueba no es significativa.

Con base en los anteriores datos se concluye, que, aunque los datos de frecuencias observadas y esperadas en los dos grupos no tienen altas diferencias, sí resalta el hecho de que los sujetos accidentados tienen una mayor frecuencia observada, aunque no muy significativa de síndrome ansioso.

Prueba de independencia entre la muestra de personas que han tenido un accidente de vehículo motor en estado de alicoramiento y tener o no ansiedad.

Ho: El hecho de tener o no un accidente de vehículo motor en estado de alicoramiento es independiente tener o no ansiedad.

H1: El hecho de tener o no un accidente de vehículo motor en estado de alicoramiento es dependiente tener o no ansiedad.

Nivel de significancia es, $\alpha=0.05$

Estadística de prueba χ^2 (Ch cuadrado)

Tabla 9. Prueba chi- cuadrado inventario de ansiedad de Beck

	Valor	gl	P-Valor
Chi-cuadrado	1.447	1	0.22901

No se rechaza la hipótesis de independencia, debido a que el P-valor (0.229) es mayor que α (0.05). Es decir, tener o no un accidente de vehículo motor en estado de alicoramiento es independiente de tener o no ansiedad.

Prueba de Homogeneidad entre la muestra de personas que han tenido un accidente de vehículo motor en estado de alicoramiento y el nivel de ansiedad.

Ho: La proporción de respuestas Si/No para las personas que han tenido un accidente de vehículo motor en estado de alicoramiento son iguales para la ansiedad.

H1: Las proporciones son diferentes

Nivel de significancia es, $\alpha=0.05$

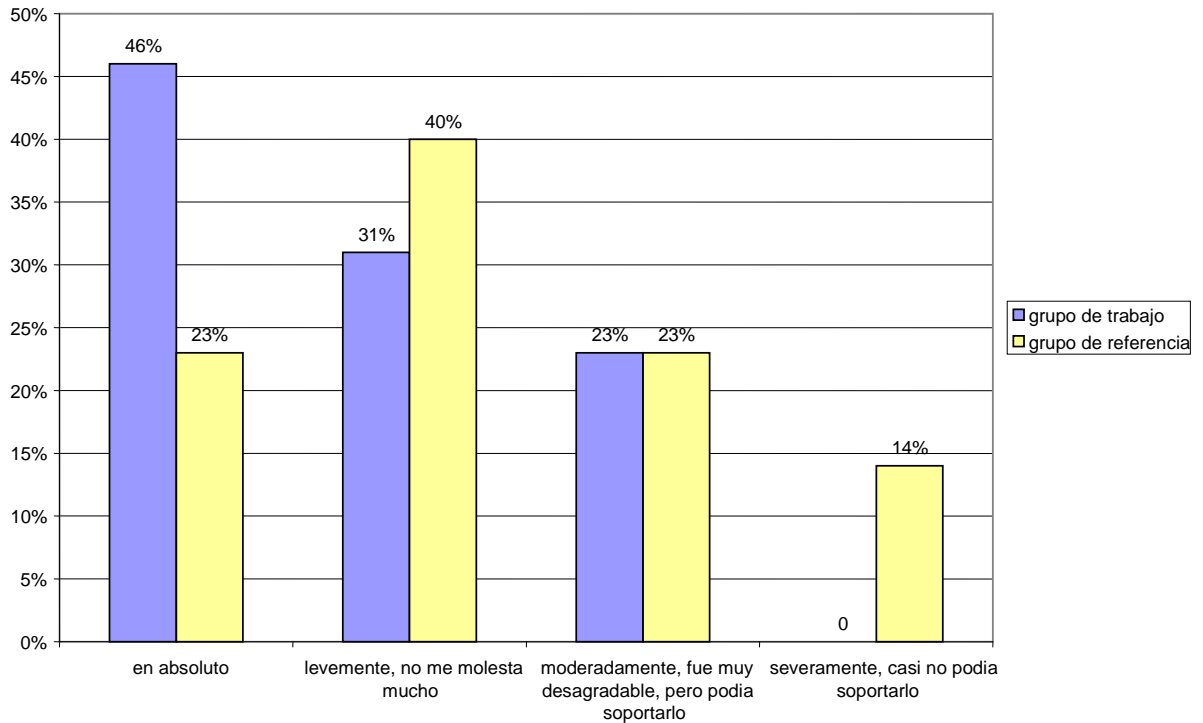
Estadística de prueba χ^2 (Ch cuadrado)

	Valor	gl	P-Valor
Chi-cuadrado de Pearson	1.447	1	0.22901

Se acepta Ho, debido a que su P-valor (0.2290) es mayor que α (0.05). Lo cual se debe entender como: No existe diferencia entre la proporcionalidad del nivel de

ansiedad que tienen las personas entrevistadas en relación al presentar o no un accidente motor en estado de alicoramiento.

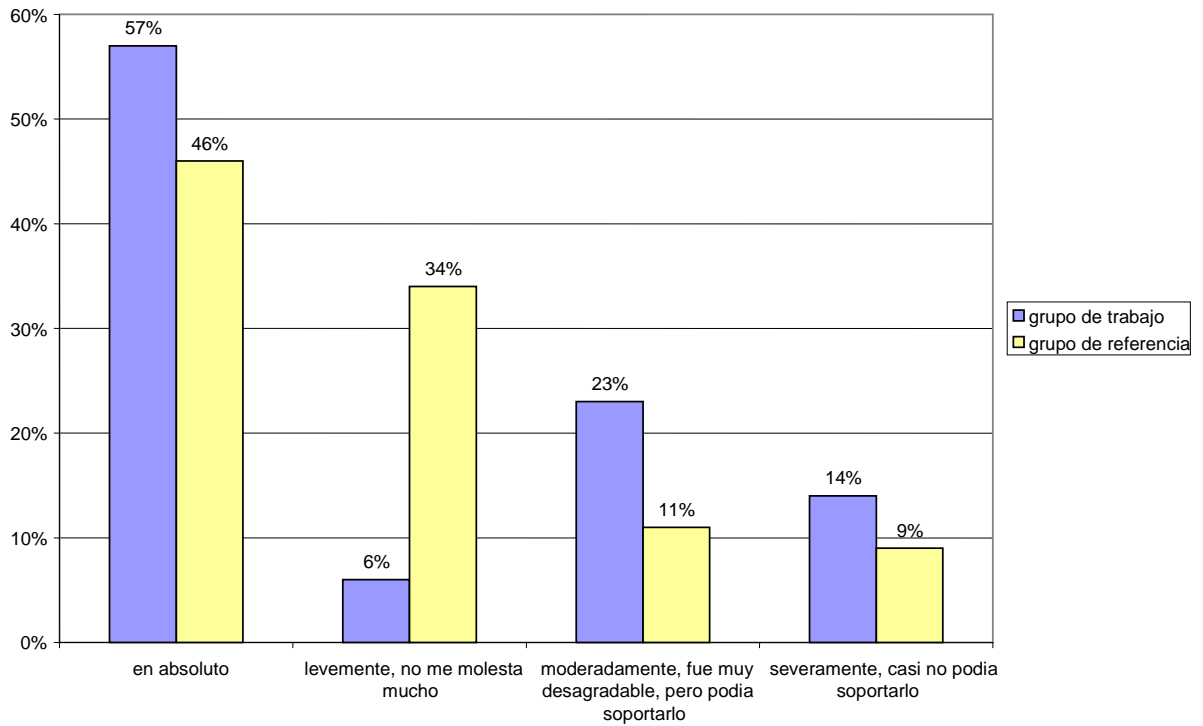
GRAFICA 9. MIEDO A QUE SUCEDA LO PEOR



Fuente: Los autores. Universidad Surcolombiana

El 40% de las personas del grupo de referencia dicen haber sentido levemente miedo a que les suceda lo peor, un 23% lo ha sentido moderadamente y un 14% severamente; en el grupo de trabajo, un 31% lo ha sentido levemente y un 23% moderadamente, por lo que llama la atención que quienes no han sufrido un accidente, temen en mayor medida por su vida y por las situaciones difíciles que les puedan suceder, podemos decir que estas personas tienen su sistema de alerta constantemente activo en comparación a las personas que ya han sufrido un accidente.

GRAFICA 10. MIEDO A MORIRSE



El 34% del grupo de referencia expresa tener un leve miedo a morir, frente a un 6% del grupo de trabajo, lo que nos indica que quienes no se han accidentado, temen y tienen su sistemas de alerta y protección activo constantemente, sin embargo hay que tener en cuenta que quienes se accidentaron un 23% teme moderadamente a morir y un 14 % mantiene un miedo severo, lo que indica que al haber estado expuesto a un accidente ha generado en ellos temor y ha activado su sistema de protección.

9.6 INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK

Tabla 10. Tabla de contingencia Inventario de depresión de Beck.

			inventario de depresión de Beck			Total
			Sin depresión	Depresión leve	Depresión moderada	
¿Ha tenido un accidente de vehículo motor en estado de alicoramiento?	No	Recuento	26	9	0	35
		Frecuencia esperada	20.0	14.0	1.0	35.0
		% de ¿Ha tenido un accidente de vehículo motor en estado de alicoramiento?	74.3%	25.7%	.0%	100.0%
	Si	Recuento	14	19	2	35
		Frecuencia esperada	20.0	14.0	1.0	35.0
		% de ¿Ha tenido un accidente de vehículo motor en estado de alicoramiento?	40.0%	54.3%	5.7%	100.0%
Total	Recuento	40	28	2	70	
	Frecuencia esperada	40.0	28.0	2.0	70.0	
	% de ¿Ha tenido un accidente de vehículo motor en estado de alicoramiento?	57.1%	40.0%	2.9%	100.0%	

Fuente: Los autores. Universidad Surcolombiana

La prueba de depresión de Beck revela que el 54% de la población accidentada en estado de alicoramamiento tiene depresión leve, el 6% depresión moderada. El grupo de sujetos no accidentados en un 26% tiene depresión leve, en tanto que el 74% restante no tiene depresión.

Con base a los datos evaluados de los sujetos accidentados, se nota que las frecuencias observadas de depresión leve y moderada son mas altas (19 y 2 respectivamente) que las frecuencias esperadas (14 y 1); evento que se explica por la alta relación con el consumo alcohólico de este grupo, ya que el licor es un depresor por excelencia.

En los sujetos que no se han accidentado sobresalen los datos acerca de sujetos que no tienen depresión, ya que la frecuencia observada es de 26, frente a un 20 de frecuencia esperada, una cifra bastante reveladora, teniendo en cuenta que el total del grupo es de 35 sujetos, con lo cual se deduce que todas las variables se establecen como factores protectores para esta población.

Por lo anterior se concluye que los sujetos que se han accidentado en estado de alicoramamiento, poseen riesgo suicida, ya que tienen altas cifras en las variables que están especificadas como factores de riesgo del suicidio, y tienen como habito el conducir después de la ingesta de bebidas alcohólicas, lo cual se establece como una conducta suicida encubierta.

Prueba de independencia entre la muestra de personas que han tenido un accidente de vehículo motor en estado de alicoramamiento y tener o no depresión

Ho: El hecho de tener o no sufrir un accidente de vehículo motor en estado de alicoramamiento es independiente tener o no depresión.

H1: El hecho de tener o no sufrir un accidente de vehículo motor en estado de alicoramamiento es dependiente tener o no depresión.

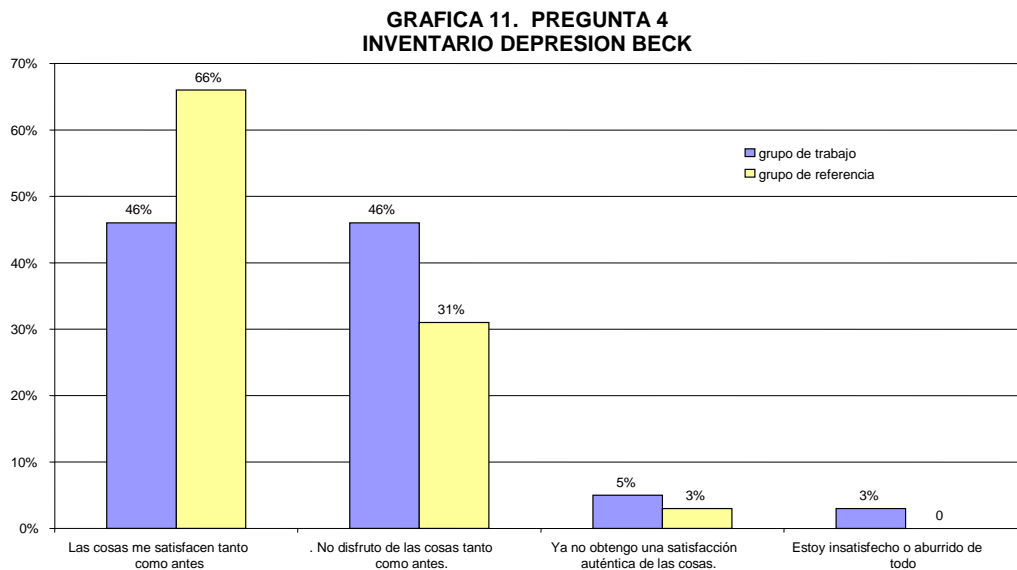
Nivel de significancia es, $\alpha=0.05$

Estadística de prueba χ^2 (Ch cuadrado)

Tabla 11. Prueba chi- cuadrado inventario de depresion de Beck

	Valor	gl	P-Valor
Chi-cuadrado	9.171	2	0.01019

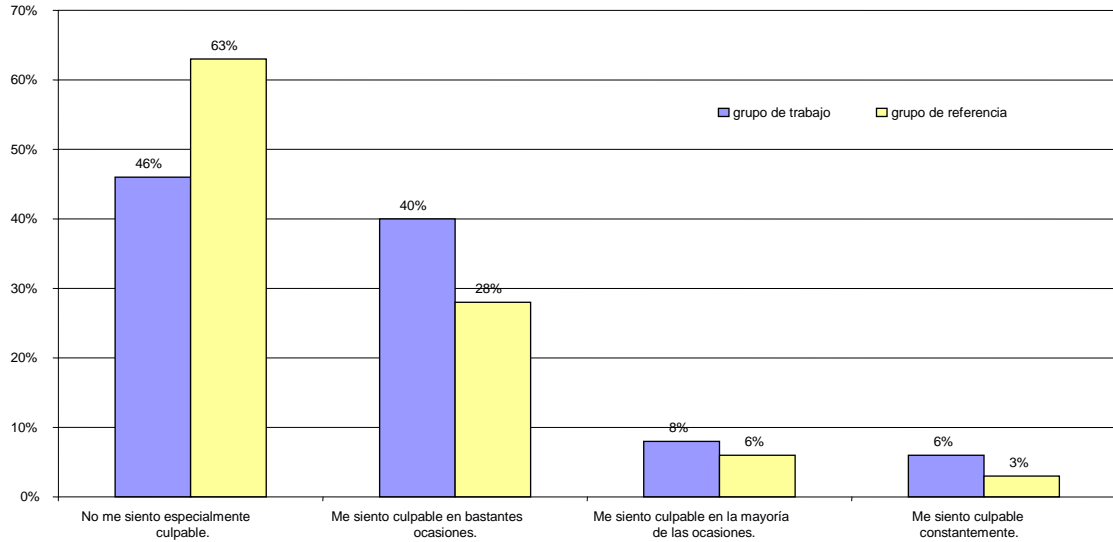
Se rechaza la hipótesis de independencia, debido a que el P-valor (0.01019) es menor que α (0.05). Es decir, tener o no un accidente de vehículo motor en estado de alicoramiento es dependiente de tener o no depresión.



Fuente: Los autores. Universidad Surcolombiana

En el reactivo 4 del inventario de depresión, se identifica que un 46% de la población del grupo de trabajo no disfruta de las cosas tanto como antes, frente a un 31% del grupo de referencia; lo que nos indica que en mayor proporción las personas que se han accidentado presentan algún tipo de barrera que le impide estar bien y disfrutar de su entorno como lo hacía en un tiempo atrás.

GRAFICA 12. PREGUNTA 5 INVENTARIO DEPRESION BECK



Fuente: Los autores. Universidad Surcolombiana

El 40% de las personas que sufrieron un accidente de tránsito dicen sentirse culpable en bastantes ocasiones y un 28% del grupo de referencia afirman lo mismo. Adicionalmente hay que señalar que el 8% del grupo de trabajo se siente culpable en la mayoría de las ocasiones y un 6% se siente culpable constantemente. Lo que evidencia que en mayor porcentaje las personas que se accidentan desarrollan un sentimiento de culpa y llevan una carga negativa constante en situaciones cotidianas de su vida.

9.7 ALCANCES DEL ESTUDIO

La presente investigación es generalizable a los sujetos de la población del hospital universitario de Neiva, al cual llegaron sujetos de distintas partes de la ciudad, y los datos reflejan la realidad que se vive en la capital Huilense, en donde subsiste una alta accidentalidad relacionada con el consumo del licor, la cual se ve altamente reflejada en los días y horarios de ocurrencia de los accidentes de tránsito.

9.8 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

- Ψ Esta investigación estuvo limitada por el número total de la muestra, ya que se pretendía realizar el estudio con una mayor cantidad de sujetos, pero debido al tiempo con el que se disponía no fue posible, por lo que los datos no son generalizables a la ciudad de Neiva; solo a la población del hospital y a personas con características similares.

- Ψ Otra limitación fue la ausencia de personas del género femenino dentro de la muestra en el proceso de recolección de la información.

TABLA 12. HIPOTESIS ACEPTADAS

VARIABLE	HIPOTESIS ACEPTADA
CONOCIMIENTOS	<p>HIPOTESIS DE INDEPENDENCIA: Ho: tener o no un accidente de vehículo motor en estado de alicoramamiento es independiente de los niveles de conocimientos del efecto del alcohol sobre la habilidad de conducción de automotor.</p> <p>HIPOTESIS DE HOMOGENEIDAD: Ho: La proporción de respuestas Si/No para las personas que han tenido un accidente de vehículo motor en estado de alicoramamiento son iguales para los diferentes niveles de conocimientos del efecto del alcohol sobre la habilidad de conducción de automotor.</p>
ALCOHOL	<p>HIPOTESIS DE INDEPENDENCIA: H1: El hecho de tener o no un accidente de vehículo motor en estado de alicoramamiento es dependiente tener o no problemas con el consumo de alcohol.</p>
RIESGO SUICIDA	<p>HIPOTESIS DE INDEPENDENCIA: H1: El hecho de tener un accidente de vehículo motor en estado de alicoramamiento es dependiente de tener riesgo suicida.</p>
ANSIEDAD	<p>HIPOTESIS DE INDEPENDENCIA: Ho: El hecho de tener o no un accidente de vehículo motor en estado de alicoramamiento es independiente tener o no ansiedad.</p> <p>HIPOTESIS DE HOMOGENEIDAD: Ho: La proporción de respuestas Si/No para las personas que han tenido un accidente de vehículo motor en estado de alicoramamiento son iguales para la ansiedad.</p>
DEPRESION	<p>HIPOTESIS DE INDEPENDENCIA: H1: El hecho de tener o no un accidente de vehículo motor en estado de alicoramamiento es dependiente tener o no depresión.</p>

El hecho de conocer o no los efectos del alcohol en el organismo y en el proceso de la conducción es independiente de tener un accidente de tránsito bajo estos efectos, pero tener accidentes sí depende en gran medida de tener problemas con el consumo de alcohol. Sumado a esto, el hecho de que se encontraron altos niveles de depresión en el grupo de trabajo, teniendo en cuenta que el alcohol es un agente depresor, y se reveló alta frecuencia de consumo, se ratifica la directa relación de estas variables en el proceso de conducción, adicional a esto no se

hallo dependencia entre la ansiedad y el tener un accidente en estado de alicoramiento por lo que se puede inferir que las respuestas ante la percepción de peligro están alteradas, lo que no permite que los sujetos tomen las precauciones necesarias para cuidar de su integridad física e incide directamente en que asuman conductas de riesgo y atenten contra su vida.

DISCUSION DE RESULTADOS

En el actual estudio, al momento de recolectar los datos, se encontró presencia de mujeres lesionadas por accidente de tránsito, sin embargo su condición era de parrilleros o de peatones, no se halló frecuencia femenina como conductor bajo efectos del alcohol, siendo el 100% de la muestra representada por el género masculino; en el informe del año 2006 que entregó el INMLCF, se evidencia una superior exposición a los accidentes por parte de los hombres conductores esto se ve representado en un 88%, frente a un 12% de presencia femenina lo que muestra una baja frecuencia del género femenino en la accidentalidad, posiblemente debido a las precauciones que éstas toman a la hora de conducir bajo los efectos del alcohol, esto también puede justificarse con la perspectiva de género es decir que los hombres conducen con mayor frecuencia que las mujeres.

Con relación a los días de ocurrencia de los accidentes de tránsito, los picos más altos se encuentran en los fines de semana, los datos referidos por el INMLCF (2006) revelan que los sábados y domingos se encuentran las tasas de accidentes más altas, con 16 y 15% respectivamente, seguido por los días viernes con un 13%. Lo cual coincide con los datos suministrados por el observatorio del delito, en donde se establece que según el día de ocurrencia de las lesiones de tránsito en la ciudad de Neiva son los sábados y domingos los de mayor frecuencia registrándose 32 y 30 casos, es decir, el 23% en promedio, seguido por los viernes con 19 casos para un 14%, estas cifras apoyan el trabajo de recolección de datos realizado en el hospital universitario, ya que aunque se asistían todos los días de la semana, los sujetos accidentados en estado de alcohóramiento se registraban principalmente los fines de semana, esto se vincula con el hecho de que en Neiva existe una cultura de consumo, es decir el alcohol es una sustancia socialmente aceptada y son los fines de semana los días en que más se ingiere, asociado con la rumba.

Es de resaltar que existen normas de tránsito que prohíben el estacionamiento de vehículos fuera de un establecimiento público que expendan alcohol, igualmente existe restricción de hora para el tránsito de motos y de parrillero, esto como medida para evitar o disminuir que las personas conduzcan bajo estos efectos y conlleven a autolesionarse o lesionar a terceros; aun así, son bastantes las personas que transgreden estas normas, viéndose reflejado en los datos anteriormente registrados pues a pesar de existir leyes que lo prohíben, estos sujetos consumen alcohol y deciden conducir aun conociendo y sintiendo los efectos que tiene éste en su organismo y en su desempeño como conductores, identificando una negación persistente en esta población, pues se halló que el

69% de los sujetos pertenecientes al grupo de trabajo fallaron en una o dos respuestas acerca de los efectos del alcohol en el organismo, y en el grupo de referencia fallaron en un 57%.

Según la teoría hallada⁶⁷, el alcohol altera la visión en: la capacidad para seguir objetos, el campo visual se reduce, se altera la visión periférica; se tiende a una sobrevaloración de sí mismo, alto deterioro de funciones cognitivas; hay pérdida definitiva de la coordinación, torpeza de movimientos; aumenta el tiempo de reacción, altera la atención, con lo cual se deteriora la coordinación motora, evento que da como resultado final, menor capacidad de conducción, lo que deduce mayor riesgo de accidente, esto conlleva a analizar la situación latente en la población de estudio, pues teniendo en cuenta los datos recolectados en la investigación ellos conocen los efectos anteriormente mencionados, los sienten al momento de consumir licor y aun así tienen cierta negación frente a ellos; luego, teniendo en cuenta que en el estudio, se aceptó la hipótesis donde tener o no un accidente de vehículo motor en estado de alicoramiento es independiente de los conocimientos acerca de los efectos del alcohol, se establece el interrogante de porque los sujetos de la muestra, los cuales consumen licor en diferentes niveles, niegan las consecuencias que tiene este sobre su organismo y por ende su capacidad de conducción; esto se puede explicar por una sobrevaloración de sí mismo y un bajo interés en el bienestar propio debido al continuo y alto consumo alcohólico.

Respecto a la edad observada en la recolección de datos del presente estudio, se halló que la mayoría de los sujetos que se accidentan en estado de alicoramiento se encontraban en un rango de edad de 18 -25 años con 57%, seguido por las edades entre los 26-33 años con 34%; estos datos corroboran los referidos por el observatorio del delito, donde los más afectados son las personas entre los 20 y 24 años con el 52%, seguido por el grupo entre 25 y 29 con un porcentaje del 38%. Llama la atención que tanto en esta investigación como en los datos proporcionados por el observatorio del delito se encuentra un alto porcentaje entre personas jóvenes que buscan riesgos, lo que evidencia que tienen la conducta persistente de conducir y consumir alcohol y por tanto tienen una alta probabilidad de sufrir un accidente de tránsito.

Igualmente es importante resaltar que en cuanto a los meses de ocurrencia de accidentes de tránsito, el INMLCF reporta los meses de julio, diciembre y enero

⁶⁷ DEL RÍO GRACIA, Carmen. Departamento de Farmacología y Terapéutica, Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid. Valladolid. Agosto 2000

con los mas altos picos, teniendo en cuenta y reforzando la teoría de que el consumo de alcohol que es socialmente aceptado y las festividades mas relevantes de la cultura colombiana que ocurren durante estos meses, están muy relacionados;

Por lo anterior este evento se trato de evitar, pues se consideró un sesgo para la investigación, dado que en estos meses la población tomaría alcohol por un ambiente de fiesta mas que por otros motivos de fondo, igualmente y tendiendo en cuenta esto se procuro no tomar estos meses(julio, diciembre y enero) para realizar la investigación, por tal motivo, no se recogieron datos en el tiempo en que duraron las festividades sampedrinas en la ciudad de Neiva.

Con respecto a Test de Audit, se hallo que el 100% de los sujetos que se han accidentado en estado de embriaguez tienen problemas relacionados con el alcohol; lo cual contrasta con la investigación "Consumo de fármacos, alcohol y drogas en los conductores españoles", en la cual se tuvo como conclusión, que los conductores habituales bebían con mayor frecuencia, y que habían desarrollado la conducta continua de conducir después de haber ingerido alcohol, por lo cual se identifico una conducta de riesgo voluntaria de llegar a sufrir una lesión de transito dadas las circunstancias en las que se conduce. En la presente investigación en el grupo de trabajo se hallo que el 57% consume licor de 2-4 veces al mes (49% grupo referencia) y el 29% 2 - 3 veces por semana (5% grupo referencia) , y refirieron en un 89% que en un día típico que consumen licor ingieren 10 bebidas o mas (31% grupo referencia); correlación de frecuencia - consumo altamente preocupante, lo cual contrasta inquietantemente con la hipótesis aceptada de que el hecho de tener o no un accidente de vehiculo motor en estado de alicoramiento es dependiente de tener problemas con el consumo de alcohol, esto se refleja claramente en los datos hallados, ya que la totalidad de los sujetos que se han accidentado tienen problemas relacionados con el alcohol; además, y teniendo como referencia la investigación realizada en España llamada: "Estudio de casos-control sobre alcohol y accidentes de tráfico", donde se hallo que los conductores con niveles elevados de alcoholemia tienen un riesgo de sufrir accidentes de circulación 16 veces superior al que corren los conductores con alcoholemia inferior a 0,7 g/l. Cuando la alcoholemia es igual o mayor a 0,8 g/l el riesgo de sufrir un accidente se hace 100 veces mayor que los que conducen con alcoholemias inferiores; establecido esto hay que tener en cuenta que los efectos del alcohol son directamente proporcionales a su concentración en sangre, ya que entre mayor concentración en sangre, mayor es el deterioro en la percepción sensorial, y en la coordinación motriz; lo cual refuerza la directa relación que existe entre estos dos eventos y las graves consecuencias en la conducción, este fenómeno se puede estar presentando por una tendencia hacia las conductas de riesgo, la cual se crea como una actitud voluntaria de autolesionarse.

No debe tomarse el hecho de consumir alcohol como una situación aislada y dependiente de la rumba, sino que hay que ver a trasfondo al relacionar o vincular otras variables como la depresión, atribuyendo el hecho de ingerir alcohol no como una costumbre o indicador de un estado de animo fiestero, sino que existen otros agentes que repercuten en la decisión de beber alcohol y tomar conductas de riesgo, pues en estos sujetos se evidencia una relación peligrosa de consumo con un alto índice depresivo evidenciado en un 54% de depresión en el grupo de trabajo, y sumado a esto, si se tiene en cuenta que el alcohol es un agente depresor, lo cual crea un circulo vicioso, donde el episodio depresivo conlleva generalmente al alto consumo alcohólico y este a su vez, a altos niveles de accidentalidad. Evidenciando el circulo que se forma y la dependencia que existe entre tener un accidente y el consumo de alcohol, hecho que se ratifico en la investigación al realizar la debida prueba de independencia, por lo cual se presenta la depresión como uno de los factores principales que evidencia el bajo interés por el bienestar propio, el cual es uno de los síntomas más comunes de los procesos depresivos, lo cual explica en cierta manera la conducta de riesgo que se adopta al conducir en estado de alicoramiento.

En la escala de riesgo suicida se hallo que el 38% de los sujetos que habían tenido un accidente de transito en estado de embriaguez tienen riesgo suicida frente a un 12% de sujetos no accidentados. Dado que el 100% de los sujetos del grupo de trabajo, tienen problemas relacionados con el alcohol, (54% grupo referencia) las cifras corroboran una de las variables determinadas por Javier León Silva⁶⁸, donde establece que la presencia de alcohol incrementa significativamente el riesgo de intento de suicidio. Además, varios de los ítems de la escala manifiestan el “deseo de morir” establecido por Malena Autino y María Noel Beretta⁶⁹, el cual representa la inconformidad e insatisfacción del sujeto con su modo de vivir en el momento presente por lo cual se interrelacionan estas variables dando lugar a deseos, ideas y gestos suicidas, los cuales llevan a asumir conductas de riesgo y, a evitar factores protectores de la integridad personal, lo cual establece y configura una anormalidad emocional, ya que un sujeto en condiciones psicológicas normales y ante una situación de peligro, desarrolla un malestar y una conducta evitativa, y pone en marcha la ansiedad como una reacción natural ante eventos que necesitan mas recursos como: atención, percepción, alerta, evitación, con los cuales se afrontan las posibles consecuencias negativas; lo que se observa en la población encuestada, es contrario a esto, ya que se observa que asumen conductas de riesgo, sin

⁶⁸ SILVA, Javier León MD. Intento de suicidio. Sección de Psiquiatría. Fundación Santa Fe de Bogotá

⁶⁹ AUTINO. Malena; BERETTA, María Noel. La tragedia escondida.

desarrollar comportamientos de auto cuidado, es decir, están llevando a cabo conductas de atracción hacia conductas que, los conducen a una segura lesión. Se establece que tener un accidente de tránsito en estado de alicoramiento es dependiente de tener riesgo suicida, con lo cual se establece que conducir un vehículo automotor después de ingerir licor, aun conociendo los efectos que tiene este en cualquier actividad que se realice, y teniendo en cuenta que los niveles de consumo son altamente alarmantes, se establece como una conducta con riesgo suicida.

Con respecto a lo anteriormente expuesto y los datos ya analizados, se sobrepone el interrogante de por qué a partir de los datos recolectados en la muestra estudiada, se constituye una independencia entre el hecho de conducir en estado de alicoramiento y el tener ansiedad; luego, esto se puede explicar desde el alto y permanente consumo alcohólico, es decir, la ansiedad entendida como una respuesta normal y adaptativa, se está reprimiendo, muy seguramente por el continuo consumo alcohólico, el cual suprime varias respuestas normales del organismo; con lo cual se puede sobreestimar el grado de peligro futuro y la probabilidad de daño.

CONCLUSIONES

Luego del análisis de la información recolectada se concluye que el conocer los efectos del alcohol en el organismo no determina que los sujetos asuman conductas de autoprotección y de responsabilidad hacia las consecuencias de conducir un vehículo automotor en estado de alicoramiento.

No se halló frecuencia femenina como conductor bajo efectos del alcohol, por esto se evidencia una superior exposición a los accidentes por parte de los hombres conductores, esto puede justificarse con la perspectiva de género es decir que los hombres conducen y consumen alcohol con mayor frecuencia que las mujeres.

Se halló que la mayoría de los sujetos que se accidentan en estado de alicoramiento se encontraban en un rango de edad de 18 -25 años seguido por las edades entre los 26-33 años; Llama la atención el alto porcentaje entre las personas jóvenes que buscan riesgos, evidenciando que tienen la conducta persistente de conducir y consumir alcohol hecho que lleva a sobreestimar el grado de peligro futuro y la probabilidad de daño.

Dado que el 77% del total de la muestra tiene problemas con el alcohol, y niegan los efectos que produce sobre su organismo y por ende su capacidad de conducción, se identifica una conducta de riesgo voluntaria de llegar a sufrir una lesión de tránsito en estado de alicoramiento.

Ya que las variables alcoholismo y depresión, están establecidas como unos de los principales factores de riesgo del suicidio, y poseen una dependencia directa con el hecho de accidentarse después de consumir licor, además, en los resultados hallados dentro del grupo de trabajo fueron más altos, se puede establecer riesgo suicida en los sujetos que han tenido accidente de tránsito en estado de alicoramiento.

El alto índice depresivo encontrado en la muestra se relaciona con la alta frecuencia de consumo alcohólico, teniendo en cuenta que el alcohol es un depresor del sistema nervioso central, lo cual lleva a un círculo vicioso donde el episodio depresivo conlleva generalmente al alto consumo alcohólico y este a su vez a altos niveles de accidentalidad.

Dentro de la muestra se halló bajos niveles de ansiedad lo cual explica la continua práctica de conducir después de consumir licor como una conducta de riesgo, y el no tomar precauciones para prever las posibles consecuencias de este comportamiento y de evitar una situación de peligro.

A partir de los resultados hallados y teniendo en cuenta que estas personas se desenvuelven en una sociedad que propicia el consumo de bebidas alcohólicas, el alcohol constituye un medio para aliviar la angustia o evadir una realidad desagradable o inaceptable que genera constantemente tensión. A través de este recurso pretende solucionar conflictos psicológicos, pero solo logran que estos se agraven; por lo mismo, cada vez ingieren más alcohol se desarrolla una dependencia física y psíquica, las cuales se retroalimentan continuamente.

Dentro de la realización de la investigación, se concluye que los instrumentos fueron suficientes para responder la pregunta inicialmente planteada, aunque se puede indagar por otras variables establecidas como factores de riesgo de suicidio.

La muestra fue insuficiente para generalizar la investigación a toda la población de la ciudad de Neiva.

RECOMENDACIONES

Los accidentes de tránsito asociados al consumo de alcohol pueden ser considerados como señal de conductas de riesgo suicida. Esto debe tomarse en cuenta en el tratamiento psicológico del paciente.

Se debe dar prioridad a este tipo de población, la cual está estableciéndose en una población de riesgo, dada la cultura que se tiene acerca del consumo de licor en la ciudad de Neiva.

Se recomienda generar campañas más agresivas hacia el control del consumo de bebidas alcohólicas, como programas de educación y sensibilización acerca de los efectos del alcohol en la conducción, y las posibles consecuencias de adoptar esta conducta de riesgo, las cuales deben estar adaptadas al contexto y la cultura de la ciudad de Neiva.

Generar procesos de intervención en la población de sujetos que han sufrido accidentes de tránsito en estado de alicoramiento, los cuales muestran intencionalidad suicida, problemas relacionados con el alcohol, alteraciones en los trastornos del estado de ánimo tales como sintomatología ansiosa y depresiva.

Se recomienda realizar una investigación con formato similar en donde se concluya población de género femenino y/o mixto.

Otra investigación interesante acerca de esta problemática se puede realizar desde el enfoque cualitativo, ya que los sujetos accidentados en estado de alicoramiento refieren opiniones y experiencias altamente relevantes acerca de sus vivencias sobre el hecho de beber licor y conducir.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

FASES DEL PROYECTO

FASE UNO

NOMBRE:

PRESENTACIÓN Y EVALUACIÓN TEORICA DEL PROYECTO

ACTIVIDADES

Presentación escrita del anteproyecto conformado por:

- ✓ Planteamiento del problema
- ✓ Objetivos
- ✓ Justificación
- ✓ Marco teórico
- ✓ Diseño metodológico

Evaluación

Correcciones

TIEMPO DE EJECUCIÓN DE LA FASE: 6 meses

Inicio: enero 007

Fin: junio 2007

FASE DOS

NOMBRE: RECOLECCION DE DATOS

ACTIVIDADES:

- ❖ Elección de la muestra según la revisión de historias clínicas de pacientes con accidentes de tránsito en estado de alcohoreamiento.
- ❖ Evaluación del estado físico de las personas que padecieron el accidente basados en historia clínica.
- ❖ Presentación del consentimiento informado para la participación voluntaria y consciente de las personas en la investigación.
- ❖ Aplicación de los instrumentos de evaluación
- ❖ Evaluación

TIEMPO DE EJECUCIÓN DE LA FASE: 3 meses

Inicio: julio 2007

Fin: septiembre 2007

FASE TRES

ANÁLISIS DE RESULTADOS

ACTIVIDADES:

- a.) Elección del método estadístico

- b.) Evaluación de los datos recolectados.
- c.) Presentación de resultados.
- d.) Evaluación

TIEMPO DE EJECUCIÓN DE LA FASE: 3 meses

Inicio: octubre 2007

Fin: diciembre 2007

TABLA 13. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 2007

TIEMPO	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
ACTIVIDAD											
REALIZACION ANTEPROYECTO	■	■	■	■							
PRESENTACION				■							
CORRECCIONES					■						
ELECCION DE LA MUESTRA					■						
APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS DE MEDICION					■	■	■				
ELECCION METODO ESTADISTICO								■			
EVALUACION DATOS RECOLECTADOS								■			
PRESENTACION DE LOS RESULTADOS									■		
EVALUACION										■	
SUSTENTACION PROYECTO DE GRADO											■

BIBLIOGRAFIA

AUTINO. Malena; BERETTA, María Noel. La tragedia escondida.

BABOR TF, DE LA FUENTE JR, SAUNDERS J. AUDIT, The Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for use in primary health care (WHO Publ No PSA/92.4). Geneva, World Health Organization, 1992.

BECK, A.T; RUSH, A.J; SHAW, B.F; EMERY, G: Cognitive therapy of depression. Guilford Press, New York, 1979. (Traducción D.D.B, 1983)

BECK AT, STEER RA. Relationship between the Beck Anxiety Inventory and the Hamilton Anxiety Rating Scale with anxious outpatients. Journal of Anxiety Disorders 1991; 5: 213-23.

BECK, A.T., y EMERY, G. (1985). DESORDEN ANSIOSO Y FOBIAS; UNA PERSPECTIVA COGNITIVA. Nueva York: Basic books

Belloch, A. Sandín, B. Ramos, F. (1995). Manual de Psicopatología. Primera Edición. Editorial McGraw Hill/ Interamericana de España, S.A. Madrid. PG:3-43

BUSTOS, John Freddy; DURAN, Ricardo. Una cultura de la accidentalidad en el transito. Universidad Surcolombiana. 2002

CARMEN, Romina del . Drogas Legales: El alcohol y el tabaco. Organización Panamericana de la Salud.2000.

COMECHÉ MI, DÍAZ MI, VELLEJO MA. Cuestionarios, Inventarios y Escalas. Ansiedad, Depresión y Habilidades Sociales. Fundación Universidad-Empresa. Madrid, 1.995.

CONDE V, FRANCH JI. Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología de los trastornos angustiosos y depresivos. Madrid: Upjohn SA, 1984.

CONDE V, ESTEBAN T, USEROS E. Revisión crítica de la adaptación castellana del cuestionario de Beck. Rev Psicol Gen Aplic 1976; 31: 469-497.

COX BJ, COHEN E, DIRENFELD DM, SWINSON RP. Does the Beck Anxiety Inventory measure anything beyond panic attack symptoms? Behav Res Ther 1996; 34(11): 949-61.

DE BEURS E, WILSON KA, CHAMBLESS DL, GOLDSTEIN AJ, FESKE U. Convergent and divergent validity of the Beck Anxiety Inventory for patients with panic disorders and agoraphobia. Depress Anxiety 1997; 6(4): 140

DEL RÍO GRACIA, Carmen. Departamento de Farmacología y Terapéutica, Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid. Valladolid. Agosto 2000

DURKHEIM, Emile. El suicidio. Madrid: Akal, 1995. Pág. 125

GARCIA H; José Antonio. La depresión: Tratamiento cognitivo conductual. Centro de Psicología Clínica. Madrid (España). 1996. Pág. 156- 159.

GEISSER ME, ROTH RS, ROBINSON ME. Assessing depression among persons with chronic pain using the Center for Epidemiological Studies-Depression Scale and the Beck Depression Inventory: a comparative analysis. Clin J Pain 1997; 13: 163-170.

GÓMEZ, C., RODRÍGUEZ, N., BOHÓRQUEZ, A., DIAZGRANADOS, N., OSPINA, M., FERNÁNDEZ, M. (2002). Factores asociados al intento de suicidio en la Población colombiana: Revista Colombiana de Psiquiatría, 31, (4), 283 – 298.

HARRINGTON R, BREDEKAMP D, GROOTHUES C, RUTTER M, FUDGE H, PICKLES A. Adult outcomes of child and adolescent depression III. Links with suicidal behaviors. *J Child Psychol Psychiatry* 1994; 35: 1309-19

HERNÁNDEZ SAMPIERI Roberto, FERNÁNDEZ COLLADO Carlos, BAPTISTA LUCIO Pilar. Metodología de la investigación. Tercera edición. McGraw Hill.2003.

KENDALL PC, HOLLON SD, BECK AT et al. Issues and recommendations regarding use of the Beck Depression Inventory. *Cogn Ther Res* 1987; 11: 289-299.

KOSLOWSKY M, BLEICH A, GREENPOON A, WAGNER B, APTER A, SOLOMON Z. Assessing the validity of the Plutchik suicide scale. *J Psychiatric Res* 1991; 25(4): P. 155-8.

LASA L. AYUSO-MATEOS JL, VÁZQUEZ JL et al. The use of the Beck Depression Inventory to screen for depression in the general population: a preliminary analysis. *J Affect Disord* 2000; 57: P. 261-265.

MARTINSEN EW, FRIIS S, HOFFART A. Assessment of depression: comparison between Beck Depression Inventory and subscales of Comprehensive Psychopathological Rating Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1995; 92: P. 460-463.

MOSCIKI E. Epidemiology of suicide. En: Jacobs D (editor) *Harvard Medical School Guide to Assessment and Intervention in Suicide*. San Francisco: Jossey-Bass; 1998. P. 40-51.

MULROW CD, WILLIAMS JW, GERETY MB et al. Case-finding instruments for depression in primary care settings. *Ann Intern Med* 1995; 122: P. 913-921.

OLANO VALDERRAMA, Carlos Alberto. Tratado Técnico Jurídico sobre Accidentes de Circulación y Materias Afines. 7a Ed. Santafé de Bogotá: Editorial Librería del Profesional. 2003. P. 354

PIOTROWSKI C. The status of the Beck Anxiety Inventory in contemporary research. *Psychol Rep* 1999; 85(1): P. 261-2.

PLUTCHIK R, VAN PRAGA H, CONTE HR, PICARD S. Correlates of Suicide and Violence Risk 1: The Suicide Risk Measure. *Comprehensive Psychiatry* 1989; 30(4): P. 296-302.

QUINTANILLA M, Roque. Tipos de personalidad y conducta suicida. Investigación en salud. Universidad de Guadalajara. Vol 3. 2004. P. 108- 113

ROSOVSKY, H. Alcoholismo y problemas relacionados con el consumo del alcohol en México. Tesis de licenciatura. UNAM. Mexico, 1992. P. 83

RUBIO G, BERMEJO J, CABALLERO MC, SANTODOMINGO J. Validación de la prueba para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT) en atención primaria. *Rev Clín Esp* 1998; 198: P. 11-14.

RUBIO G, MONTERO I, JÁUREGUI J, VILLANUEVA R, CASADO MA, MARÍN JJ, SANTO-DOMINGO J. Validación de la escala de riesgo suicida de Plutchik en población española. *Arch Neurobiol* 1998; 61(2): P. 143-52.

SABINO, Carlos. El proceso de investigación, Editorial ENFASA. Bogota, P. 72. 2000

SALDAÑA, C. Detección y prevención en el aula de los problemas del Adolescente. Ediciones Pirámide. Madrid-España (2001). P. 195

SAUNDERS JB, AASLAND OG, BABOR TF, DE LA FUENTE J, GRANT M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction* 1993; 88: P. 791-804.

SCHOTTE CK, MAES M, CLUYDTS R et al. Construct validity of the Beck Depression Inventory in a depressive population. J Affect Disord 1997; 46: P. 115-125

SILVA, Javier León MD. Intento de suicidio. Sección de Psiquiatría. Fundación Santa Fe de Bogotá. 2003

SKINNER, B. Ciencia y Conducta Humana. Editorial Fontanella, S.A. Barcelona, España. 1974

SOMOZA E, STEER RA, BECK AT, CLARK DA. Differentiating major depression and panic disorders by self-report and clinical rating scales: ROC analysis and information theory. Behav Res Ther 1994; 32(7): P. 771-82.

STEER RA, RISSMILLER DJ, RANIERI WF, BECK AT. Structure of the computer-assisted Beck Anxiety Inventory with psychiatric outpatients. Journal of Personality Assessment 1993; 60: P. 532-42.

VELASCO F, Rafael. Alcoholismo visión integral. Universidad nacional Autónoma de Mexico. Ed. Trillas. 1988 P. 74- 92

WOLPE, J. (1981). Psicoterapia por Inhibición Recíproca. Editorial Española Desclée de Brower. Bilbao, España. P. 51,52

PUBLICACIONES ELECTRONICAS Y PÁGINAS WEB

Comunicado de prensa de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), (9 sep. 2005). www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/
Tomado Pagina electrónica Organización Mundial de la salud. www.who.int

Ministerio del Interior Español. Dirección General de Tráfico. www.dgt.es/educacionvial/recursos/dgt/EduVial/indiceg_menu.htm

Tomado Pagina electrónica organización mundial de la salud www.who.int por García Pérez M., Peón Rodríguez M., Mirabal

Tomado de la página electrónica: www.inteco.cl. Autor: RUIZ, Alfredo. Nuevos enfoques en el tratamiento de la depresión. Artículo de extensión en línea. 2000

REVISTAS Y OTRAS PUBLICACIONES

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Handbook of Psychiatric Measures. Washington, 2000.

ASOCIACIÓN PSIQUIÁTRICA AMERICANA (1995). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona. Masson

CÓDIGO NACIONAL DE TRÁNSITO TERRESTRE COLOMBIANO. Ley 769 de 2002. Artículo 26 numeral 3º.

CÓDIGO PENAL. Artículo 109 y 110. Santafé de Bogotá. Ed. Legis, 2000

DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.

Instituto nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INML)

Observatorio del delito, Medicina legal. Fiscalía, Sijin, CTI, Secretaria de Salud y Transito y Transporte

World Health Organization. AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in Primary Health Care. Geneva: WHO, 1992.

GARCIA H; José Antonio. La depresión: Tratamiento cognitivo conductual. Centro de Psicología Clínica. Madrid (España). 1996

GEISSER ME, ROTH RS, ROBINSON ME. Assessing depression among persons with chronic pain using the Center for Epidemiological Studies-Depression Scale and the Beck Depression Inventory: a comparative analysis. Clin J Pain 1997; 13: 163-170.

GÓMEZ, C., RODRÍGUEZ, N., BOHÓRQUEZ, A., DIAZGRANADOS, N., OSPINA, M., FERNÁNDEZ, M. (2002). Factores asociados al intento de suicidio en la Población colombiana: Revista Colombiana de Psiquiatría, 31, (4), 283 – 298.

HARRINGTON R, BREDEKAMP D, GROOTHUES C, RUTTER M, FUDGE H, PICKLES A. Adult outcomes of child and adolescent depression III. Links with suicidal behaviors. J Child Psychol Psychiatry 1994; 35: 1309-19

HERNÁNDEZ SAMPIERI Roberto, FERNÁNDEZ COLLADO Carlos, BAPTISTA LUCIO Pilar. Metodología de la investigación. Tercera edición. McGraw Hill.2003. Pág. 4

KENDALL PC, HOLLON SD, BECK AT et al. Issues and recomendations regarding use of the Beck Depression Inventory. Cogn Ther Res 1987; 11: 289-299.

KOSLOWSKY M, BLEICH A, GREENPOON A, WAGNER B, APTER A, SOLOMON Z. Assessing the validity of the Plutchik suicide scale. J Psychiatr Res 1991; 25(4):155-8.

LASA L. AYUSO-MATEOS JL, VÁZQUEZ JL et al. The use of the Beck Depression Inventory to screen for depression in the general population: a preliminary analysis. J Affect Disord 2000; 57: 261-265.

MARTINSEN EW, FRIIS S, HOFFART A. Assessment of depression: comparison between Beck Depression Inventory and subscales of Comprehensive Psychopathological Rating Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1995; 92: 460-463.

MOSCIKI E. Epidemiology of suicide. En: Jacobs D (editor) *Harvard Medical School Guide to Assessment and Intervention in Suicide*. San Francisco: Jossey-Bass; 1998. p. 40-51.

MULROW CD, WILLIAMS JW, GERETY MB et al. Case-finding instruments for depression in primary care settings. *Ann Intern Med* 1995; 122: 913-921.

OLANO VALDERRAMA, Carlos Alberto. *Tratado Técnico Jurídico sobre Accidentes de Circulación y Materias Afines*. 7a Ed. Santafé de Bogotá: Editorial Librería del Profesional. 2003.

PIOTROWSKI C. The status of the Beck Anxiety Inventory in contemporary research. *Psychol Rep* 1999; 85(1): 261-2.

PLUTCHIK R, Van Praga HM, CONTE HR, PICARD S. Correlates of Suicide and Violence Risk: The Suicide Risk Measure. *Comprehensive Psychiatry* 1989; 30(4): 296-302.

QUINTANILLA M, Roque. Departamento de Psicología Aplicada Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Universidad de Guadalajara.

ROSOVSKY, H. Alcoholismo y problemas relacionados con el consumo del alcohol en México. Tesis de licenciatura. UNAM. Mexico, 1982.

RUBIO G. Validación de la prueba para la identificación de trastornos por el uso de alcohol (AUDIT) en atención primaria. *Rev Clin Esp* 1998; 198: 11-4.

RUBIO G, MONTERO I, JÁUREGUI J, VILLANUEVA R, CASADO MA, MARÍN JJ, SANTO-DOMINGO J. Validación de la escala de riesgo suicida de Plutchik en población española. *Arch Neurobiol* 1998; 61(2): 143-52.

RUIZ, Alfredo . Nuevos enfoques en el tratamiento de la depresión.2007..

SABINO Carlos. el proceso de investigación, Editorial ENFASA. Bogota, Pág. 72. 2000

SALDAÑA,C. (2001) Detección y prevención en el aula de los problemas del Adolescente . Ediciones Pirámide. Madrid-España

SAUNDERS JB, AASLAND OG, BABOR TF, DE LA FUENTE J, GRANT M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. Addiction 1993; 88: 791-804.

SCHOTTE CK, MAES M, CLUYDTS R et al. Construct validity of the Beck Depression Inventory in a depressive population. J Affect Disord 1997; 46: 115-125

SILVA, Javier León MD. Intento de suicidio. Sección de Psiquiatría. Fundación Santa Fe de Bogotá.

SKINNER, B. (1974). Ciencia y Conducta Humana. Editorial Fontanella, S.A. Barcelona, España.

SOMOZA E, STEER RA, BECK AT, CLARK DA. Differentiating major depression and panic disorders by self-report and clinical rating scales: ROC analysis and information theory. Behav Res Ther 1994; 32(7): 771-82.

STEER RA, RISSMILLER DJ, RANIERI WF, BECK AT. Structure of the computer-assisted Beck Anxiety Inventory with psychiatric outpatients. Journal of Personality Assessment 1993; 60: 532-42.

VELASCO F, Rafael. Alcoholismo vision integral. Universidad nacional Autonoma de Mexico. Ed. Trillas. 1988

WOLPE, J. (1981). Psicoterapia por Inhibición Recíproca. Editorial Española Desclée de Brower. Bilbao, España. pp. 51,52

PUBLICACIONES ELECTRONICAS Y PÁGINAS WEB

Comunicado de prensa de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), (9 sep. 2005). www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/
Tomado Pagina electrónica Organización Mundial de la salud. www.oms.gov.co

Tomado www.dgt.es/educacionvial/recursos/dgt/EduVial/indiceg_menu.htm pagina electrónica

Tomado Pagina electrónica organización mundial de la salud www.who.gov.co
por García Pérez M., Peón Rodríguez M., Mirabal

REVISTAS Y OTRAS PUBLICACIONES

American Psychiatric Association. Handbook of Psychiatric Measures. Washington, 2000.

Asociación Psiquiátrica Americana (1995). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales .Barcelona. Masson

Biblioteca de Consulta Microsoft Encarta. 2005. 1993-2004 Microsoft Corporation

CÓDIGO NACIONAL DE TRÁNSITO TERRESTRE. Ley 769 de 2002. Artículo 26 numeral 3º.

CÓDIGO PENAL. Santafé de Bogotá: Legis, 2000

DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.

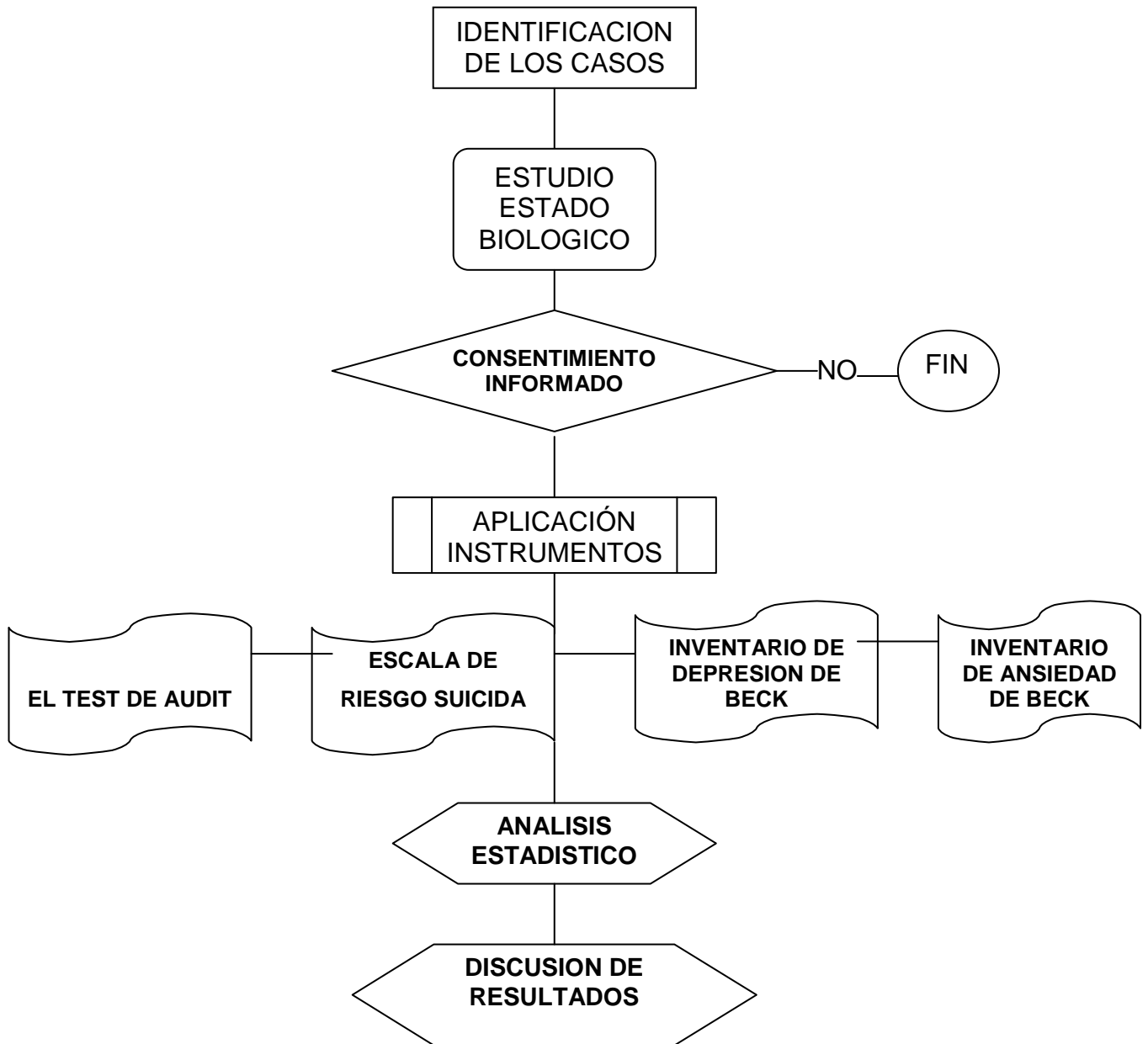
Instituto nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INML)

Observatorio del delito, Medicina legal. Fiscalía, Sijin, CTI, Secretaria de Salud y Transito y Transporte

World Health Organization. AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in Primary Health Care. Geneva: WHO, 1992.

ANEXOS

ANEXO A. FLUJOGRAMA DE ACTIVIDADES



ANEXO B.

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACION RELACIONADO CON EL RIESGO SUICIDA EN PERSONAS CON ACCIDENTE DE TRANSITO EN ESTADO DE EMBRIAGUEZ

Mediante la presente investigación se pretende conocer el riesgo suicida en personas con accidente de tránsito en estado de embriaguez, utilizando como instrumentos de recolección de datos:

- **ESCALA DE RIESGO SUICIDA**, esta es una escala heteroaplicada, elaborada por Beck (1979) para cuantificar y evaluar la intencionalidad suicida, o grado de seriedad e intensidad con el que alguien pensó o está pensando suicidarse.⁷⁰
- **TEST DE AUDIT** Su objetivo es detectar problemas no graves relacionados con el consumo de alcohol. Ha sido validado en Colombia por Rubio. Se trata de un cuestionario auto administrado que consta de 10 preguntas. Las 3 primeras hacen referencia a la cuantificación del consumo alcohólico (cantidad, frecuencia), de la 4 a la 6 comportamiento o actitud ante la bebida, de la 7 a la 8 reacciones adversas y las dos últimas problemas relacionados con el consumo de alcohol. El cuestionario investiga los hechos durante el último año.
- **INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK**, Es un inventario autoaplicado, compuesto por 21 ítems, que describen diversos síntomas de ansiedad. Se centra en los aspectos físicos relacionados con la ansiedad, estando sobre representado este componente⁷¹. Los elementos que lo forman están claramente relacionados con los criterios diagnósticos del DSM-IV⁷².
- **INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK**, Es un cuestionario autoaplicado de 21 ítems que evalúa un amplio espectro de síntomas depresivos. Su contenido enfatiza más en el componente cognitivo de la depresión, ya que los síntomas de esta esfera representan en torno al 50 % de la puntuación total del cuestionario, siendo los síntomas de tipo somático / vegetativo el segundo bloque

⁷⁰ COMECHE MI, DÍAZ MI, VELLEJO MA. Cuestionarios, Inventarios y Escalas. Ansiedad, Depresión y Habilidades Sociales. Fundación Universidad-Empresa. Madrid, 1.995. p 194-200

⁷¹ Ibíd.

⁷² Cox BJ, Cohen E, Drenfeld DM, Swinson RP. Does the Beck Anxiety Inventory measure anything beyond panic attack symptoms? Behav Res Ther 1996; 34(11): 949-61.

de mayor peso; de los 21 ítems, 15 hacen referencia a síntomas psicológico-cognitivos, y los 6 restantes a síntomas somático-vegetativos.

INFORMACION COMPLEMENTARIA

Existen varios puntos generales que mencionaremos para ayudarle a comprender algunos temas que indirectamente se relacionan con la participación del sujeto en este estudio de investigación:

1. Derecho a retirarse del estudio de investigación

El sujeto puede retirarse del estudio en cualquier momento. Sin embargo, los datos obtenidos hasta ese momento seguirán formando parte del estudio a menos que el sujeto solicite expresamente que su identificación e información sea borrada de nuestra base de datos. Al retirarse del estudio usted deberá informar al grupo investigador si desea que las respuestas sean eliminadas, los resultados de las pruebas serán incinerados.

2. Información médica no prevista

Durante el desarrollo de esta investigación es posible (aunque no deseable) que se obtenga una información acerca de la salud del sujeto no prevista. Si esta información se considera importante para el cuidado de la salud del sujeto le recomendaremos el especialista adecuado y en ese caso nuestra investigación no cubre los costos de dicha atención. Si nosotros tenemos información relevante acerca de la enfermedad encontrada se la daremos personalmente.

3. Relaciones familiares

en el curso de este estudio es muy probable que nosotros conozcamos información acerca de la relaciones de los miembros de la familia del sujeto. Es posible que se obtenga información secreta como por ejemplo consumo de sustancias psicoactivas. Nosotros no tenemos programado revelar o confrontar este tipo de secretos, tampoco la daremos a médicos o psicólogos de ser necesaria la remisión de la historia clínica.

Al estar de acuerdo con la participación de esta investigación usted no está cediendo ningún derecho suyo como sujeto. Para ampliar información acerca de las normas de la investigación por favor contactarse con el doctor Nicolás Núñez Gómez, Coordinador del Grupo de investigación CARLOS FINLAY de la Universidad Surcolombiana.



ANEXO C. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Registro _____

No. _____ MUNICIPIO

FECHA:

Yo _____

identificado con CC. No. _____, manifiesto que he sido informado sobre el estudio de investigación que están realizando la universidad Surcolombiana a través de la facultad de salud y el programa de psicología, RIESGO SUICIDA EN PERSONAS CON ACCIDENTE DE TRANSITO EN ESTADO DE ALICORAMIENTO, y en pleno uso de mis facultades mentales autorizo para participar en ésta importante investigación aportando los datos que sean necesarios para la entrevista, los cuales he sido también informado que no representan ningún riesgo para mi integridad y además que dicha información aportada hará parte del sigilo profesional y no será utilizada para otros fines diferentes a los objetivos de la investigación.

Investigadoras: _____ CC. _____

_____ CC. _____

Firma: _____ CC. _____

Testigo _____ C.C. _____



ANEXO D. FORMATO DE RECOLECCION DE DATOS

FECHA: _____ EDAD: _____
GENERO: M ___ F ___ PROCEDENCIA: _____
ESCOLARIDAD: Primaria ___ Secundaria ___ Técnico ___ Universidad ___
OCUPACIÓN: _____ HISTORIA CLINICA No. _____
FECHA/HORA DE ACCIDENTE _____ FECHA/HORA DE ENTREVISTA _____

DIAGNÓSTICO
MÉDICO: _____

GRAVEDAD DEL DAÑO FISICO
Leve ___ Moderado ___ Grave ___ Muy Grave ___

NOTA _____

Firma médico _____

EFFECTOS DEL ALCOHOL EN EL ORGANISMO

1. CON EL CONSUMO DE ALCOHOL LOS REFLEJOS:

- a) SE DISMINUYEN
- b) SE MEJORAN
- c) PERMANECEN INTACTOS

2. AL CONSUMIR ALCOHOL EL RENDIMIENTO COMO CONDUCTOR ES:

- a) MEJOR
- b) MENOR
- c) IGUAL

3. LA VISION AL CONSUMIR ALCOHOL ES:

- a) MEJOR
- b) MENOR
- c) IGUAL

4. EL EQUILIBRIO AL CONSUMIR ALCOHOL ES:

- a) MEJOR
- b) MENOR
- c) IGUAL

5. LOS ACCIDENTES DE TRANSITO EN ESTADO DE ALICORAMIENTO OCURREN POR:

- a) IMPRUDENCIA
- b) MALA SUERTE
- c) PREVIO CONSUMO DE ALCOHOL

TOTAL _____



ANEXO E. TEST DE AUDIT

Identificación.....Fecha.....
....

Conteste a las siguientes preguntas, haciendo referencia al último año.

1. ¿Con que frecuencia toma alguna “bebida” que contenga alcohol?

Nunca ____ una o menos veces al mes ____ 2 - 4 veces al mes ____
2 - 3 veces por semana ____ 4 ó más veces por semana ____

2. ¿Cuántas “bebidas alcohólicas” toma durante un día típico en el que ha bebido?

1 ó 2 ____ 3 ó 4 ____ 5 ó 6 ____ 7 a 9 ____ 10 ó más ____

3. ¿Con que frecuencia toma seis “bebidas” o más en un sola ocasión?

Nunca ____ Menos de una vez al mes ____ Mensualmente ____
Semanalmente ____ A diario o casi a diario ____

4. ¿Con que frecuencia en el último año ha sentido incapacidad de parar de beber una vez que había comenzado?

Nunca ____ Menos de una vez al mes ____ Mensualmente ____
Semanalmente ____ A diario o casi a diario ____

5. ¿Con que frecuencia durante el último año no pudo hacer lo que normalmente se esperaba de usted debido a la bebida?

Nunca ____ Menos de una vez al mes ____ Mensualmente ____
Semanalmente ____ A diario o casi a diario ____

6. Durante el último año, ¿con que frecuencia necesitó tomar alguna “bebida alcohólica” por la mañana para poder ponerse en funcionamiento después de una noche de haber bebido mucho?

Nunca ____ Menos de una vez al mes ____ Mensualmente ____
Semanalmente ____ A diario o casi a diario ____

7. Durante el último año ¿con que frecuencia se sintió culpable o con remordimientos después de haber bebido?

Nunca ____ Menos de una vez al mes ____ Mensualmente ____
Semanalmente ____ A diario o casi a diario ____

8. Durante el último año, ¿en cuántas ocasiones no fue capaz de recordar lo que le había pasado la noche anterior por haber estado bebiendo?

Nunca ____ Menos de una vez al mes ____ Mensualmente ____
Semanalmente ____ A diario o casi a diario ____

9. ¿Usted u otra persona ha sufrido algún daño como consecuencia de que usted hubiera bebido?

No ____ Sí, pero no en el último año ____ Sí, el último año ____

10. ¿Algún pariente, amigo, médico o profesional sanitario le ha expresado su preocupación por su bebida o le ha sugerido dejar de beber?

No ____ Sí, pero no en el último año ____ Sí, el último año ____

TOTAL: _____



ANEXO F. ESCALA DE RIESGO SUICIDA

Identificación _____ Fecha _____

Las siguientes preguntas tratan sobre cosas que usted ha sentido o hecho. Por favor, conteste cada pregunta simplemente con un "SI" o "NO".

	SI	NO
1.- ¿Toma de forma habitual algún medicamento, como aspirinas o pastillas para dormir?	___	___
2.- ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?	___	___
3.- ¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a?	___	___
4.- ¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?	___	___
5.- ¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo? □□□	___	___
6.- ¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?	___	___
7.- ¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?	___	___
8.- Se ha sentido alguna vez tan fracasado/a que sólo quería Meterse en la cama y abandonarlo todo?	___	___
9.- ¿Está deprimido/a ahora?	___	___
10.- ¿Está usted separado/a, divorciado/a, viudo/a?	___	___
11.- ¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse Alguna vez?	___	___
12.- ¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?	___	___
13.- ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?	___	___
14.- ¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería Suicidarse?	___	___
15.- ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?	___	___

PUNTUACIÓN: _____



ANEXO G. INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK

Identificación..... Fecha.....

Indique para cada uno de los siguientes síntomas el grado en que se ha visto afectado por cada uno de ellos durante la última semana y en el momento actual. Elija de entre las siguientes opciones la que mejor se corresponda:

0 = en absoluto

1 = Levemente, no me molesta mucho

2 = Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo

3 = Severamente, casi no podía soportarlo

	0	1	2	3
1. Hormigueo o entumecimiento.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Sensación de calor.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Temblor de piernas.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Incapacidad de relajarse.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Miedo a que suceda lo peor.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Mareo o aturdimiento.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Palpitaciones o taquicardia.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Sensación de inestabilidad e inseguridad física.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Terrores.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Nerviosismo.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Sensación de ahogo.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Temblores de manos.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Temblor generalizado o estremecimiento.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Miedo a perder el control.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Dificultad para respirar.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Miedo a morir.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Sobresaltos.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Molestias digestivas o abdominales.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Palidez.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Rubor facial.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Sudoración (no debida al calor).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

TOTAL: _____ **A.F.** _____ **A.S.** _____



ANEXO H. INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK

Identificación..... Fecha.....

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

1.
 - No me siento triste.
 - Me siento triste.
 - Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
 - Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.
2.
 - No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
 - Me siento desanimado respecto al futuro.
 - Siento que no tengo que esperar nada.
 - Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.
3.
 - No me siento fracasado.
 - Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
 - Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
 - Me siento una persona totalmente fracasada.
4.
 - Las cosas me satisfacen tanto como antes.
 - No disfruto de las cosas tanto como antes.
 - Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
 - Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
5.
 - No me siento especialmente culpable.
 - Me siento culpable en bastantes ocasiones.
 - Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
 - Me siento culpable constantemente.
6.
 - No creo que esté siendo castigado.
 - Me siento como si fuese a ser castigado
 - Espero ser castigado.
 - Siento que estoy siendo castigado.
7.
 - No estoy decepcionado de mí mismo.
 - Estoy decepcionado de mí mismo.
 - Me da vergüenza de mí mismo.
 - Me detesto.

RIESGO SUICIDA EN PERSONAS CON ACCIDENTE DE TRANSITO EN ESTADO DE ALICORAMIENTO

- 8.
- No me considero peor que cualquier otro.
 - Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
 - Continuamente me culpo por mis faltas.
 - Me culpo por todo lo malo que sucede.
- 9.
- No tengo ningún pensamiento de suicidio.
 - A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
 - Desearía suicidarme.
 - Me suicidaría si tuviese la oportunidad.
- 10.
- No lloro más de lo que solía.
 - Ahora lloro más que antes.
 - Lloro continuamente.
 - Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.
- 11.
- No estoy más irritado de lo normal en mí.
 - Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
 - Me siento irritado continuamente.
 - No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.
- 12.
- No he perdido el interés por los demás.
 - Estoy menos interesado en los demás que antes.
 - He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
 - He perdido todo el interés por los demás.
- 13.
- Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
 - Evito tomar decisiones más que antes.
 - Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
 - Ya me es imposible tomar decisiones.
- 14.
- No creo tener peor aspecto que antes.
 - Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
 - Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo
 - Creo que tengo un aspecto horrible.
- 15.
- Trabajo igual que antes.
 - Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
 - Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
 - No puedo hacer nada en absoluto.

RIESGO SUICIDA EN PERSONAS CON ACCIDENTE DE TRANSITO EN ESTADO DE ALICORAMIENTO

16.

- Duermo tan bien como siempre.
- No duermo tan bien como antes.
- Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
- Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17.

- No me siento más cansado de lo normal.
- Me canso más fácilmente que antes.
- Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18.

- Mi apetito no ha disminuido.
- No tengo tan buen apetito como antes.
- Ahora tengo mucho menos apetito.
- He perdido completamente el apetito.

19.

- Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- He perdido más de 2 kilos y medio.
- He perdido más de 4 kilos.
- He perdido más de 7 kilos.

Estoy a dieta para adelgazar: SI ___ NO___

20.

- No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
- Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
- Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más.
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21.

- No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
- Estoy menos interesado por el sexo que antes
- Estoy mucho menos interesado por el sexo
- He perdido totalmente mi interés por el sexo

TOTAL _____