



Revista Latinoamericana de Psicología  
ISSN: 0120-0534  
direccion.rlp@konradlorenz.edu.co  
Fundación Universitaria Konrad Lorenz  
Colombia

Gorenc, Klaus-Dieter; Nakahodo, Antonio Cholley; Peredo Rivera, Sandra; Oblitas, Luis A.  
Consumo de alcohol y violación  
Revista Latinoamericana de Psicología, vol. 26, núm. 2, 1994, pp. 205-234  
Fundación Universitaria Konrad Lorenz  
Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80526202>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en [redalyc.org](http://redalyc.org)

## CONSUMO DE ALCOHOL Y VIOLACION

KLAUS-DIETER GORENC\*, ANTONIO CHOLLEY NAKAHODO,  
SANDRA PEREJO RIVERA

*Universidad Nacional Autónoma de México  
Facultad de Medicina*

LUIS A. OBLITAS  
*Universidad Intercontinental, Extensión Universitaria*

The Short Test of Alcoholic Risk, previously validated and reliable, was applied to 211 individuals sentenced for rape. At first it was postulated that there were no significative differences between the three modalities of rape —unisubjective, plurisubjective and improper— and the age, scholarity, civil status and the positive alcoholism diagnosis, finding only one significative difference between the means of age and the previously noted modalities. Because of this, alcoholism has no explicative force. In second order, this group was partially matched with one formed by custodians, discovering that for every custodian diagnosed as alcoholic, 13 were not; whereas for every alcoholic interne 1.6 was not diagnosed as such. The difference is statistically significant, showing that the alcoholism may work as a facilitator for committing rape. As alcoholism is considered a mental disturbance, the 79 sentenced subjects diagnosed as alcoholics fall in the unimputability assumption, and should be attending a treatment center.

*Key words:* Alcoholism, rape, violation, forensic psychology, prisons, Mexico.

### INTRODUCCION: REVISION DE LA LITERATURA

Para facilitar al lector hispanoamericano situarse en el escenario, el examen retrospectivo de la literatura está dirigido a retratar el ambiente mexicano a través de tres vertientes. La primera, ofrece un panorama epidemiológico del consumo de las bebidas etílicas en la población, para continuar en la segunda, con una descripción criminológica y desembocar finalmente en la participación del etanol en la violación.

\* Dirección: Klaus-Dieter Gorenc, Av. del Imán 124-1, Colonia Cantil del Pedregal, 04730, México 22, D.F., México (Fax: 548-99-48).

El primer plano muestra que la dirección preferencial en el consumo de bebidas etílicas del pueblo mexicano, se ha modificado a través del tiempo. Por ejemplo, Fuente en 1987 reportó que hasta 1940 se consumía preferentemente tequila y ron, agregándose posteriormente vinos y otros destilados en volúmenes apreciables. En 1990 se reportó que la bebida más popular entre la población urbana adulta de este país era la cerveza (80%), el segundo lugar se singularizó por la presencia de los destilados (75%) y el vino de mesa fue consumido por el 46% de los bebedores (Encuesta Nacional de Adicciones, 1990).

En la Encuesta Nacional apuntada se encontró una relación directamente proporcional entre la edad y la prevalencia del consumo de bebidas alcohólicas en la población urbana; verbigracia, el grupo de edad de los 12 a los 17 años ingirió el 27.6% del etanol legalmente elaborado y distribuido, incrementándose este porcentaje a 53.5% en individuos cuya edad osciló entre los 18 y 65 años. Se prosiguió describiendo, que aproximadamente una quinta parte de los hombres de 18-65 años de edad que consumen bebidas alcohólicas presentan un episodio de embriaguez mensual, mientras que en las mujeres, este porcentaje es inferior al 1%. El reporte también anotó que el 5.9% del total de la población urbana de 18-65 años de edad, cumple con el criterio de dependencia al alcohol. Para los hombres esta prevalencia es de 12.5% y para las mujeres de 0.6% y, controlando además los grupos etáreos (edad), el grupo constituido por varones de 18-29 años exhibió una mayor tendencia a depender del alcohol. En cuanto a la escolaridad, se halló una relación inversamente proporcional entre ésta y el fenómeno alcohólico; es decir, a menor escolaridad mayor incidencia en la ingestión etílica.

En relación con el siguiente paso reductivo, Medina-Mora y colaboradores en 1986, reportaron un aumento en la intervención del alcohol tanto en los delitos del fuero federal como del común: en 1975 el 19.3% de los ilícitos ocurrieron *bajo los efectos del alcohol*, y en 1981, el 24%. Sin embargo, cuando sometimos ambos porcentajes a la prueba de hipótesis implícita, encontramos que este resultado fue trivial, debido a que el incremento exhibido no se encuentra fuera de los parámetros esperados—prueba de significancia chi-cuadrado para porcentajes (Nesbitt, 1966) = 0.5101, 1 grado de libertad;  $p \geq 0.2$ —.

Un año más tarde, Fuente y Medina-Mora (1987) informaron que en el año de 1980, en el 38% de los casos de suicidio, registrados por el Servicio Médico Forense en el Distrito Federal, se descubrió un *nivel de alcohol en sangre superior a 10 mg por 100 ml* y el 49% de los homicidas recluidos en la Penitenciaría del Distrito Federal habían *ingerido bebidas alcohólicas* antes de cometer el delito. En 1981 la participación del etanol en la actividad delictiva del fuero común y federal fue del 23%. Dos años después se encontró que el 15.8% de los accidentes de tránsito ocurrieron mientras el conductor se hallaba en *estado de ebriedad*. Finalmente, hallaron que en 1985 el 22% de los pacientes atendidos

en hospitales de urgencia de la ciudad de México presentaron *niveles positivos de alcohol en sangre*. Estos resultados concuerdan con los encontrados en 1969 tanto en Venezuela como en Colombia (López-Rey, 1975). En ese mismo año, Fuente (1987) al realizar una revisión de los estudios apoyados por el Instituto Mexicano de Psiquiatría durante el período comprendido entre 1977 y 1987, destacó que en México aproximadamente el 50% de los actos de violencia y el 35% de los hechos de tránsito terrestre, tres de cada 10 accidentes de trabajo, así como el 17% de los suicidios, se encontraron asociados con la *ingesta etílica*, mientras que en España se reportó que el 92% de los delincuentes eran alcohólicos crónicos (Resten, 1963).

En un estudio de campo efectuado en el estado de Tabasco (Méjico), en 1988 por Gorenc y Beltrán mediante un instrumento diagnóstico válido y confiable se encontró que los porcentajes más elevados de alcohólicos, sospechosos de etilismo y los controles, negaron tener una historia criminal: no obstante, los probandos diagnosticados como alcohólicos mostraron el porcentaje más elevado de criminalidad —el 43% estuvo representado por lesiones, 14% por lesiones a mano armada y con un 7% estaba representado el homicidio, aborto ilegal, difamación, insultos y abuso de autoridad—. Asimismo, los alcohólicos y los sospechosos de etilismo fueron arrestados más frecuentemente que aquéllos que conformaron el grupo control. Esta distribución porcentual concuerda con lo manifestado por Laignel-Lavastine y Stanciv (1959) con respecto a que el alcohólico rara vez comete homicidio, pero debido a su falta de control sobre sus impulsos, tiende a presentar conductas violentas orientadas a las lesiones.

Dentro del rubro específico en la Encuesta Nacional de Adicciones (1990), se manifestó que del total de *bebedores y ex-bebedores*, el 16% se vio involucrado en hechos violentos o de tránsito terrestre debido al *consumo de bebidas alcohólicas* y que por lo menos alguna vez, la ingesta poco frecuente pero excesiva estaba relacionada con este tipo de eventos. Hallándose además que el 73% de la población masculina mayor de 17 años y el 37% de la femenina, consumieron alcohol el año anterior al examen —1988— y el porcentaje complementario de los hombres manifestó no haberse intoxicado con etanol durante ese período. Estos resultados apoyan lo señalado por Göppinger (1985) con respecto al elevado peso que muestra el etanol en la actividad delictiva, debiéndose agregar a los descriptores empleados el tiempo, lugar y las circunstancias del consumo, así como diferenciar entre la intoxicación aguda con etanol y alcoholismo, siendo más frecuente la asociación entre la primera modalidad descrita y la comisión de conductas descritas como punibles que con la segunda (Kaiser, 1988).

Con respecto al tercer enfoque, Fuente (1987) expresó que en el 45% de los casos denunciados por violación, el sujeto activo se encontraba bajo los efectos del alcohol y Resten (1963) encontró que esta asociación era del 63% de los 146

violadores examinados en el Centro Nacional de Orientación de Fresnes, mientras que en el estudio tabasqueño el 7% de los sujetos diagnosticados como alcohólicos habían cometido el apuntado delito (Gorenc y cols., 1987). Ante estos magros resultados, fue necesario examinar el comportamiento de esta asociación arrojado por la literatura extranjera, encontrándose que el 75% y 25% de los victimarios y víctimas respectivamente se encontraban bajo el efecto del etanol al cometerse el ilícito (Kürzinger, 1982) y estos resultados exhibieron una consistencia durante los siguientes cuatro años, cuando Amelang (1986) halló que cada segundo victimario y cada tercera víctima se encontraban bajo el efecto del etanol y de éstas, 2/3 partes había ingerido bebidas alcohólicas con el victimario antes de la comisión del delito. Esta elevada participación del alcohol en la violación también fue reportada en Colombia y en Venezuela (López-Rey, 1975); sin embargo, de acuerdo a Kaiser (1988), este tipo de relación tiene mayor fuerza explicativa en las acciones violentas que en el rubro de los delitos sexuales, incluyendo a la violación. Por la inconsistencia que muestra la ingestión de bebidas alcohólica como factor precipitante de la conducta delictiva, no es factible considerarlo como una causa de la criminalidad. Por lo anotado, no es sostenable lo referido por Kvitko (1988), al afirmar que *los violadores son, en su casi totalidad, psicópatas, alcohólicos, disímicos u oligofrénicos*, aunado a que este autor ignora que los diagnósticos psiquiátricos no son válidos ni confiables (Gorenc y Bruner, 1985). Al parecer los porcentajes apuntados se encuentran asociados con el efecto del etanol, que en dosis no tóxicas actúa como una sustancia sedante provocando un cierto grado de desinhibición moral, que en el caso de los sujetos del sexo masculino, frecuentemente se encuentra vinculado con componentes agresivos y de agitación (Amelang, 1986) y probablemente por este mecanismo, el etanol actúa como un factor facilitador de la conducta delictiva en general y de la violación en particular (Tullio, 1966).

La exploración de los estudios realizados en México con base en los registros que mantienen las instituciones en forma cuasiconstante a partir de los años setentas, está dirigida a resaltar diversos problemas, entre los que sobresalen la falta de sistematización y control de calidad en el registro de datos, así como la enorme problemática inmersa en la conceptualización de *alcoholismo*. Este término, independientemente de los países examinados, se emplea, con bastante frecuencia, indistintamente para describir a una persona con *intoxicación etílica*, como aquella que presenta este padecimiento, probablemente debido a que el diagnóstico de alcoholismo, exceptuando los casos extremos, es difícil de establecer. La mayoría de los síntomas no son patognomónicos y únicamente logran establecer su significado cuando se combinan en forma típica en relación a una historia previa de abuso de alcohol. No obstante, el problema radica en ubicar las características que por sí solas, y sobre todo en una íntima reciprocidad, manifiesten la capacidad de fuerza diagnóstica (Feuerlein y cols., 1979).

Esta dificultad ha motivado la construcción de instrumentos que mantengan lo más restringido posible todos los aspectos subjetivos que puedan limitar el adecuado y temprano diagnóstico de este trastorno mental; es decir, se hace necesario realizar exploraciones criminológicas mediante pruebas diagnósticas con error conocido, evitando así incurrir en graves limitaciones de los instrumentos respecto a la validación interna—confiabilidad—y externa—validez—.

Por tal circunstancia, en 1991 Nakahodo examinó ocho instrumentos diagnósticos de alcoholismo usados en levantamientos primarios de datos en el ámbito hispanoamericano considerando dos aspectos. En un primer momento determinó el efecto de la varianza sobre las medidas de seguridad extraídas, mediante una sencilla ecuación desarrollada por Gorenc y cols. (1988), encontrando que únicamente en el 25% de los estudios existía una correspondencia entre el número de reactivos (items) de las pruebas, sus modalidades de respuesta multiplicados por una constante obtenida por las dos reglas implícitas en la utilización de la prueba de significancia chi-cuadrado y la extensión de las muestras, lo cual no se observó en el 50% de las pruebas y, en la proporción complementaria no fue posible establecer el tamaño de las muestras empleadas. En el siguiente instante se inspeccionaron los errores de la medición, hallándose que en un instrumento diagnóstico exclusivamente se mencionó haber extraído la validez mediante la técnica del criterio exterior—modalidad concurrente—, sin ofrecer el coeficiente respectivo y en otro, se indicó haber obtenido la validez por medio de la técnica de construcción, pero no fue posible localizar el valor en el documento. Con respecto a la confiabilidad, en una prueba se combinó el método del test-retest con el de la consistencia interna y en otra más se empleó la última anotada; no obstante, los coeficientes no fueron incluidos en los reportes. Así mismo, se logró determinar que dentro del contexto de la instrumentación diagnóstica psiquiátrica existe una confusión en la utilización correcta de los valores de la sensibilidad y la especificidad y los que arrojan las diferentes técnicas incluidas en el binomio constituido por la validez y la confiabilidad. Al parecer en el 37% de las pruebas analizadas se presentaron este tipo de problemas.

Considerando las limitaciones apuntadas tanto en los levantamientos primario como secundario de datos, los porcentajes de carga anteriormente referidos son triviales y, por ende únicamente ofrecen una falsa correspondencia entre la ingestión de bebidas etílicas y la criminalidad, especialmente en el delito de violación, explicando esto la elevada oscilación porcentual encontrada entre y dentro de los estudios descritos. Por lo tanto, se intentó establecer la influencia del alcoholismo, medido a través de un instrumento diagnóstico previamente validado y confiable, primero entre las modalidades de violación —unisubjetiva, plurisubjetiva e impropia—, y en segundo término entre los sujetos sentenciados por haber incurrido en este tipo de ilícito en contraste con un grupo control constituido por custodios.

## MÉTODO

*Sujetos*

El grupo considerado como afectado fue integrado por 240 probandos etiquetados por el sistema de justicia penal, como culpables por haber cometido el delito de violación unisubjetiva señalado en el Artículo 265 del Código Penal para el Distrito Federal (1991), violación impropia referido en el Artículo 266 del mismo ordenamiento o violación plurisubjetiva señalado en el Artículo 266 Bis del antedicho código. Estos sujetos se encontraban en la Penitenciaria del Distrito Federal sentenciados por el delito de violación de acuerdo a la siguiente estratificación: unisubjetiva (104), plurisubjetiva (71), impropia (64) y equiparada (1). Se excluyó al único caso de la última modalidad apuntada, debido a que no era factible incluirlo en el análisis comparativo por violar los supuestos implícitos en la utilización tanto de la estadística paramétrica como no paramétrica, reduciéndose la muestra inicial a 239 individuos masculinos.

El grupo control estaba constituido por 394 custodios adscritos al sistema penitenciario mexicano; esto es, al compartir ambos grupos largo tiempo juntos —para los custodios el recinto intramural podría concebirse como cárcel de día o de noche, dependiendo del horario laboral—, se mantuvo constante el lugar de procedencia, que podría haber limitado la comparación.

*Apareamiento de las Muestras*

Considerando que el grupo control fue *post hoc*, se requirió controlar las siguientes variables exógenas: para homogeneizar el grupo control con el de los afectados, se extrajeron las 13 mujeres que estaban incluidas en el grupo control. La siguiente manipulación se dirigió sobre la edad, extrayendo los grupos etáreos ubicados en los extremos de la media y posteriormente estas medidas de tendencia central con las de dispersión respectivas fueron sometidas a la prueba de significancia t-Student para muestras independientes, encontrándose a pesar del tratamiento, que el promedio de edad más bajo corresponde al grupo control. Esto posiblemente por el peso que mostraron los sujetos controles diagnosticados como no alcohólicos, mientras que estas diferencias significativas no se sostuvieron cuando se examinaron los alcohólicos, por lo tanto, como señala la primera tabla, estos son comparables, reflejando además que la muestra de violadores sufrió el mayor impacto de esta manipulación, reduciéndose por 29 casos, mientras que el de custodios sufrió una pérdida de 14 casos.

A pesar de haber realizado el ajuste con base en las variables exógenas sexo y edad, éste no repercutió en los promedios de los años estudiados, donde el mayor invariablemente se ubicó, como indica la segunda tabla, a favor del grupo control, ya que la escolaridad mínima de nivel medio básico —secundaria— les

es exigida como requisito. Esta diferencia sí podría influir en la comparación limpia, debido a que se ha observado que una baja educación formal se relaciona con conductas de tipo delictivo y violento (Borges y cols., 1991; Rosovsky y

TABLA 1

*Diferencias entre los promedios de edad entre los grupos control y afectado*

Grupos	Número de casos	Promedio	Desviación estandar	Error estandar	valor t	Grados de libertad	Prueba de dos colas
<i>Sin considerar el diagnóstico</i>							
Casados	380	28.87	5.64	0.29	2.95	354.96	0.003
Violadores	211	30.56	7.20	0.49			
<i>No alcoholínicos</i>							
Casados	354	28.81	5.63	0.30	2.70	194.99	0.008
Violadores	132	30.67	7.14	0.62			
<i>Alcoholílicos</i>							
Casados	26	29.69	5.84	1.14	0.50	53.14	0.622
Violadores	79	30.39	7.34	0.82			

López, 1986), así como con el uso/abuso de bebidas alcohólicas (Encuesta Nacional de Adicciones, 1990), aunado al efecto de la criminalización secundaria del sistema penal mexicano, que se encuentra sesgado al obstaculizar el ingreso a la penitenciaria de individuos con determinadas condiciones sociales.

En el último descriptor sociodemográfico, los sujetos solteros, separados y viudos fueron recodificados bajo el rubro de "sin pareja" y los casados o que vivían en unión libre como "con pareja", esto debido a los tamaños de las muestras. La Tabla 3 muestra que la diferencia significativa encontrada mediante la prueba de significancia de chi-cuadrado al no controlarse el diagnóstico de alcoholismo, no repercutió en las modalidades diagnósticas, con lo que se mantiene entre paréntesis la influencia que podría tener esta variable sobre los resultados.

*Medición*

Cada uno de los 591 probandos fue sometido a la *Prueba Corta de Riesgo Alcohólico* —*Kurzfragebogen für Alkoholgefährdete* (KFA)—. Test autoadministrable constituido por 22 reactivos (ítems), dirigidos a explorar los

TABLA 2

*Diferencias entre los promedios de años estudiados entre los grupos control y afectado*

Grupos	Número de casos	Promedio	Desviación estándar	Error estándar	Valor t	Grados de libertad	Prueba de dos colas
<b>Sin controlar el diagnóstico</b>							
Custodios	380	11.51	2.65	0.13	17.42	337.47	0.000
Violadores	211	6.56	3.61	0.24			
<b>No alcohólicos</b>							
Custodios	354	11.51	2.60	0.13	12.85	176.76	0.000
Violadores	132	6.81	3.88	0.33			
<b>Alcohólicos</b>							
Custodios	26	11.46	3.27	0.64	7.27	40.69	0.000
Violadores	79	6.15	3.09	0.34			

TABLA 3

*Diferencias de las frecuencias del estado civil dicotomizado entre los grupos control y afectado*

	Sin controlar diagnóstico		Ausencia de alcoholismo		Presencia de estíntimo	
	Sin pareja	Con pareja	Sin pareja	Con pareja	Sin pareja	Con pareja
Custodios	129 (21.8)	251 (42.5)	119 (24.5)	235 (48.4)	10 (9.5)	16 (15.2)
Violadores	97 (16.4)	114 (19.3)	54 (11.1)	78 (16.0)	43 (41.0)	36 (34.3)
chi-cuadrado grados libertad probabilidad	7.8041 1 0.0052		1.9240 1 0.1654		1.4078 1 0.2354	

( ) % totales

efectos del alcohol sobre las esferas somática y psicosocial, así como los hábitos patológicos de la ingestión de las bebidas alcohólicas. La ventaja de esta prueba, en contraste con las pruebas diagnósticas combinadas, radica en que se trata de un procedimiento sencillo y práctico, que puede emplearse como un instrumento autoadministrable —*self-rating*—, en estudios epidemiológicos para la identificación —*screening*— de alcohólicos (Feuerlein, 1987).

Esta prueba apareció publicada por primera vez como monografía en 1975 por Feuerlein. Los reactivos del cuestionario provienen de diversas fuentes: un test utilizado en la clínica especializada de Ringgenhof —Baviera, República de Alemania— (Rieth, 1981), el *Michigan Alcoholism Screening Test* (Selzer, 1967 y 1971) y la experiencia clínica ganada en la policlínica del Instituto Max-Planck de Psiquiatría. Un año más tarde, la prueba aparece en el mercado con las siglas de KFA, pero únicamente validado —como en México— en una muestra masculina (Feuerlein, 1975). El nombre de la prueba, indica por sí mismo sus limitantes, cuyos resultados no pueden ser confirmados mediante una forma heteroadministrable, verbigracia, como la del Test de Alcoholismo Munich —MALT— (Feuerlein y cols., 1979). En 1984, Haf y Feuerlein, emplearon el KFA en una muestra femenina, donde el criterio exterior correspondió al MALT (Feuerlein y cols., 1979).

Hasta el momento, el KFA ha sido utilizado para realizar investigaciones epidemiológicas, para establecer el rasgo alcohólico en la población abierta; por ejemplo, el estudio que se realizó en el estado de Baden-Württemberg, auspiciado por el Ministerio de Trabajo, Salud y Orden Social (1980); siendo empleado bajo el seudónimo de *Indice-Feuerlein*. Con el nombre de *Alkohol-Gefährdung-Index nach Feuerlein (AGI)* —Indice de Riesgo Alcohólico (según Feuerlein)— fue utilizado en una exploración epidemiológica en una población de jóvenes que habita en el estado de Baviera. Es necesario advertir que ambos instrumentos no son idénticos, sin embargo, se observó una amplia zona de sobreposición entre los reactivos de ambos instrumentos (Feuerlein, 1987).

El concepto diagnóstico sobre el que descansa el KFA no es el síndrome de dependencia marcado en 1976 por Edwards y Gross, y criticado severamente por Goodwin (1982) seis años más tarde. No obstante, el cúmulo de reactivos orientados a explorar algunos elementos de la dependencia, contemplan a los diferentes aspectos del síndrome apuntado (Edwards y Gross, 1976). Por lo tanto, los constructores del KFA (Feuerlein y cols., 1989) utilizaron un concepto pragmático, que permitió combinar los fenómenos provenientes del síndrome de deprivación mencionado; es decir, del comportamiento dependiente al etanol, caracterizado por la pérdida de control, búsqueda del efecto de la sustancia química y concentración sobre el consumo de bebidas alcohólicas, con los problemas psicosociales que presentan una contribución diagnóstica. El significado diagnóstico de las alteraciones psicosociales, se debe fundamentalmente,

a que los probandos continúan bebiendo alcohol a pesar de que ya aparecieron las consecuencias negativas, que en caso normal, provocaría la reducción del consumo de etanol. Esto indica, que el KFA, de acuerdo a Feuerlein y colaboradores (1989), está dirigido a registrar la conducta dependiente, en sentido del síndrome respectivo (Edwards y Gross, 1976) y los trastornos psicosociales, que según los resultados arrojados por Küfner y colaboradores (1986) presentan un peso importante en el pronóstico, ya que lograron establecer mediante estudios catamnésticos, que existía una correlación directamente proporcional entre la tendencia negativa del pronóstico y las severas alteraciones psicosociales que mostraron los sujetos después de haber sido sometidos a una terapia intramural.

En resumen, el KFA está orientado a establecer el diagnóstico de alcoholismo y debe registrar tanto el abuso crónico de bebidas alcohólicas, como la dependencia al alcohol; sin embargo, no está destinado a diferenciar entre las modalidades previamente anotadas. Es un instrumento autoadministrable, y en comparación con cuestionarios semejantes, contempla alteraciones somáticas provocadas por el abuso de etanol.

Esta prueba está constituida por 22 reactivos, ubicados bajo los siguientes cuatro indicadores teóricos (Ver apéndice A):

DIMENSION SOMATICA: 4 reactivos

- |     |    |  |
|-----|----|--|
| KFA | 1  | Tremor de manos.                                       |
| KFA | 2  | Náuseas.   |
| KFA | 3  | Náuseas matutinas y temblores, mejoran con el alcohol. |
| KFA | 10 | Disminución de la tolerancia del etanol.               |

DIMENSION PSIQUICA: 6 reactivos

- |     |    |   |
|-----|----|---|
| KFA | 4  | Nerviosismo.  |
| KFA | 5  | Disminución alimentaria por aumento del consumo de alcohol. |
| KFA | 6  | Alteraciones en el sueño —pesadillas—.                      |
| KFA | 9  | Problemas de memoria.                                       |
| KFA | 11 | Sentimiento de culpa después de beber.                      |
| KFA | 15 | Disminución de la capacidad de rendimiento.                 |

DIMENSION SOCIAL: 5 reactivos

- |     |    |  |
|-----|----|--|
| KFA | 13 | Ocupación ligada al consumo de alcohol.    |
| KFA | 14 | Problemas laborales por consumo de etanol. |
| KFA | 17 | Círculo de amigos tomadores.               |

- KFA 21 Problemas económicos por consumo de alcohol.  
KFA 22 Problemas de tránsito por consumo de etanol.

DIMENSION DE LA DEPENDENCIA: 7 reactivos

- KFA 7 Intranquilidad sin alcohol.  
KFA 8 Incontención.  
KFA 12 Sistemas para beber.  
KFA 16 Beber solo.  
KFA 18 Seguridad después de beber.  
KFA 19 Escondites para guardar bebidas etílicas.  
KFA 20 Tomar para evadir situaciones tensas.

Las medidas de seguridad fueron analizadas comparando los estudios alemanes, peruano y mexicanos, por lo cual se requiere describir algunas peculiaridades de los estudios originales. La supervisión psicométrica — validez, confiabilidad y análisis de los reactivos — se llevó a cabo en forma separada entre una muestra constituida por hombres (Feuerlein y cols., 1976) y otra por mujeres (Haf y Feuerlein, 1984) y los grupos controles respectivos fueron extraídos de los hospitales generales, encontrándose una notoria diferencia en las preguntas positivas entre varones y mujeres. Si se consideran diferencias en el rango del 10%, se observó que los alcohólicos responden positivamente los siguientes reactivos clasificados de acuerdo a las dimensiones:

- Dimensión somática: KFA 1, 3 y 10  
Dimensión social: KFA 13, 14, 21 y 22

Mientras que las mujeres, respondieron afirmativamente con mayor frecuencia a otros reactivos:

- Dimensión psíquica: KFA 11, 15  
Dimensión de la dependencia: KFA 12, 19 y 20

Para *pesar* los reactivos, se tomaron aquéllos que por lo menos fueron contestados en forma positiva por  $\geq 50\%$  de los alcohólicos y  $\leq 10\%$  por los no alcohólicos: KFA 3, 7, 8, 14 y 18. A estos reactivos, a nivel de prueba, se les dio un valor de 2 y 4 puntos y su efecto se midió a través de la proporción del índice de clasificación errónea, registrándose, con estos *pesos*, un efecto adverso que se reflejó en la elevación del porcentaje de clasificación errónea en los no-alcohólicos. Con el propósito de controlar los diagnósticos falsos-positivos, se extrajeron dos de los seis reactivos que fueron pesados con un puntaje de cuatro cada uno, y éstos se caracterizaron por presentar las proporciones de respuestas positivas más elevadas y más bajas en los grupos diagnósticos correspondientes: KFA 5 y 18. Mediante esta modificación del puntaje, se logró disminuir la

frecuencia de diagnósticos falsos-negativos, mientras que la de los falsos-positivos no sufrieron cambios importantes. Por tal situación, se llevó a cabo el ejercicio de atribuir un puntaje de cuatro a los KFA complementarios, con lo que se logró obtener el porcentaje de clasificación más adecuado entre los errores diagnósticos.

Exclusivamente fue posible contrastar —parcialmente— las medidas de seguridad del KFA entre los estudios alemán —varones— y mexicanos, debido a que en el pésimo estudio peruano (Llanos y cols., 1986) se consideró una tricotomización diagnóstica —puntajes de 0-5 = no alcoholismo; 6-11 = sospecha de etilismo y de  $\geq 12$  = alcoholismo—. Esto se sitúa en las páginas 27 y 28, así como nuevamente en las tablas 10 y 11 en el reporte peruano, que no concuerda con la dicotomización original —puntaje  $\geq 6$  indica diagnóstico de alcoholismo—. Manteniendo al margen de la comparación la muestra constituida por los custodios examinados, los valores de la precisión de la medición fueron inferiores en la muestra de violadores; sin embargo, la validez por el método del criterio exterior —débil por la falta de control de la subjetividad— fue ligeramente más elevada en esta muestra mexicana y la diferencia encontrada en los coeficientes dirigidos a determinar la precisión de la medición tanto de la prueba global, como de cada uno de sus componentes, entre ambas modalidades de la muestra mexicana podría reflejar probablemente el efecto del falsoamiento en el grupo de los custodios, en el cual se observó una mayor capacidad discriminatoria de los reactivos con respecto a la dicotomización diagnóstica propuesta para el KFA. Posiblemente, la baja confiabilidad hallada en cada una de las dimensiones teóricas presente una correspondencia con el resultado obtenido mediante el análisis factorial (Nakahodo, 1991).

Independientemente de la procedencia de las muestras, los errores de la medición podrían estar asociados con las limitaciones de las pruebas autoadministrables, en contraste con los instrumentos combinados; esto es, donde existe una *compensación* con una parte heteroadministrable (Gorenc, 1992). Considerando las limitaciones anotadas, el KFA podría incluirse en el arsenal diagnóstico del ámbito mexicano y aplicarlo en los diferentes terrenos que serán descritos posteriormente.

El KFA es un *screening*—diferenciación— *test* —prueba—, que separa a personas alcohólicas de no afectadas por esta enfermedad y en el terreno clínico, permite corroborar el diagnóstico de abuso de bebidas etílicas y el de la dependencia. También puede ayudar al afectado a determinar su autodiagnóstico, para encontrar clarificaciones sobre su padecimiento. Un autodiagnóstico puede apoyar la motivación a aceptar una terapia o la abstinencia misma, sin violar sus derechos humanos, al someterlo a un internamiento sin su consentimiento.

TABLA 4

*Comparación de los diversos errores en la medición de la Prueba Corta de Riesgo Alcohólico (KFA)*

ESTUDIOS						
	A L E H O M B R E S	M U A J E R S	P E R U A N O	M E X I C L A D R E S	M U S T O D O I O S	
Coefficientes de validez: criterio exterior, modalidad concurrente Diagnóstico clínico Test de Alcoholismo Munich	0.81	0.85	0.36	0.86		
*Índice de Consumo de Alcohol					95.0	98.2
Clasificación errónea (%) reactivos	-	-	-		94.2	89.6
dimensiones	-	-	-		78.0	66.0
Construcción**	-	-	-			
Confiabilidad división por mitades: correlación entre las formas longitudes iguales	0.88	0.89	-	0.65	0.46	
primera mitad	-	-	-	0.79	0.63	
segunda mitad	-	-	-	0.70	0.55	
0.71				0.71	0.37	
Consistencia interna	0.94	0.88	-	0.83	0.63	
dimensión somática (4 ítems)	-	-	-	0.49	0.32	
dimensión psíquica (6 ítems)	-	-	-	0.60	0.42	
dimensión social (5 ítems)	-	-	-	0.62	0.27	
dimensión de la dependencia (7 ítems)	-	-	-	0.62	0.28	
Técnica de confiabilidad de test-retest: 60 días entre la primera y segunda mediciones, analizada mediante el coeficiente de correlación producto-momento (35) P=0.001				0.484		

\* Según Holzman (1980) y Kluck (1981), el análisis discriminante puede ser empleado como un método de validación para una muestra dividida en dos partes (split-sample-validation), en ese caso la muestra se discrimina mediante el criterio exterior clínico en violadores sencillamente no alcohólicos y alcohólicos, que fue contrastado con el criterio del KFA.

\*\* El análisis factorial se utilizó como un procedimiento confirmatorio (Kim y Mueller, 1981), para establecer si efectivamente el KFA está construido sobre las cuatro dimensiones teóricas referidas por Fuerlein y colaboradores (1989).

Cuando se presenta la pregunta dirigida hacia el abuso de bebidas alcohólicas durante un proceso psicoterapéutico, el KFA, sin necesidad de una exploración mayúscula, permite realizar la aclaración correspondiente. Si se obtiene un diagnóstico positivo, el terapeuta requerirá del apoyo de los centros especializados para este tipo de enfermedades.

En investigaciones científicas, acerca de abuso y dependencia al alcohol y debido a su economía —en contraste con el MALT, que es un instrumento *caro* pero que obviamente tiene sus *caras* ventajas (Gorenc y Beltrán, 1988)—, el KFA puede ser utilizado, sobre todo en el campo epidemiológico. Esto se indica por ejemplo, en el fallido intento peruano (Llanos y cols., 1986), fallido debido a que el ejercicio se efectuó con un asombroso desorden.

No se recomienda utilizar el KFA para realizar peritajes de abuso y dependencia al alcohol en el terreno legal, debido a su susceptibilidad por la acción de la falsificación (Gorenc, 1992); para ello, se recomienda el MALT (Gorenc y cols., 1989).

#### *Procedimientos Estadísticos*

Para realizar el análisis estadístico de los datos, se empleó el paquete estadístico SPSS —*Statistical Package for the Social Sciences*—, versión 8.3 (ABS6-NOS) de la Northwestern University, implantado en una computadora CYBER-173 —sistema operativo NOS 2.5.1., 664/650—. Las disimilitudes entre las frecuencias de las variables que estaban medidas por lo menos a nivel de escala ordinal, fueron examinadas mediante la prueba de significancia chi-cuadrado. Para establecer las diferencias entre los tres grupos de violadores que se formaron —unisubjetiva, plurisubjetiva e impropia—, en relación a las entidades mesurables medidas a nivel de las escalas intervalar y de razón, se utilizó el análisis de varianza. Así mismo, se empleó la prueba de significancia t-Student para muestras independientes con el propósito de comparar los promedios arrojados por el grupo de violadores y el control. Finalmente, con el análisis discriminante lineal escalonado se evaluó la benignidad de la clasificación de ambos grupos y se *pesaron* las variables operacionalizadas como discriminantes —reactivos del KFA—.

## RESULTADOS

#### *Tipos de Violación*

Al establecer en el prefacio de este trabajo que la literatura especializada no se abocó a examinar la influencia del uso/abuso de las bebidas etílicas sobre las tres modalidades de violación —se excluyó la equiparada debido a que estaba

representada por un solo caso—, permitió derivar la primera pregunta, que ampliada hacia los tres indicadores sociodemográficos —edad, escolaridad y estado civil—, se postuló a nivel hipotético que ninguna de las variables apuntadas ni la presencia o ausencia del diagnóstico de alcoholismo eran capaces de explicar las estratificaciones de la violación.

Con el apoyo del análisis de varianza únicamente fue posible asentar que a mayor edad, los sujetos tienden a cometer una violación impropia y lo opuesto caracteriza a la plurisubjetiva, mientras que la edad de los sentenciados por haber cometido una violación unisubjetiva mostraron un promedio de edad semejante a la exhibida por la muestra. La Tabla 5 señala hacia qué grupos etáreos se deben enfocar estrategias preventivas específicas.

La Tabla 6 señala que a pesar de que el menor promedio de escolaridad se ubicó en los sujetos que cometieron una violación impropia y la mayor en la modalidad plurisubjetiva, la diferencia no fue lo suficientemente importante para refutar la hipótesis nula implícita; es decir, las modalidades de esta conducta no parecen depender de esta entidad mesurable (escolaridad).

TABLA 5

*Variación de la edad de los sentenciados  
y las tres modalidades de violación*

MODALIDADES VIOLACION	Promedio	gl (n-1)	F	P
EDAD	33.63			
Unisubjetiva	33.98			
Plurisubjetiva	29.46		2	9.97
Impropia	37.67			0.001

Bajo la perspectiva del puntaje obtenido mediante la prueba diagnóstica, previamente validada y confiabilizada, es factible afirmar que las tres submuestras estratificadas de acuerdo a las modalidades de la violación, se encuentran ligeramente rebasando el límite de la dicotomización diagnóstica entre no alcoholismo —puntaje = 0 a 5— y etilismo —puntaje = 6 a 32—, indicando que el alcoholismo se distribuye en forma homogénea entre las tres formas de

TABLA 6

*Variación de la escolaridad de los sentenciados  
y las tres modalidades de violación*

MODALIDADES VIOLACION	Promedio	gl (n-1)	F	P
ESCOLARIDAD	6.34			
Unisubjetiva	6.00			
Plurisubjetiva	7.20	2	2.71	0.068
Impropia	5.94			

violación y por ende, tampoco se refutó la hipótesis nula correspondiente (Tabla 7). Considerando las limitaciones implícitas en esta forma de presentación de los resultados, este aspecto será reexaminado mediante la distribución de frecuencias.

La última tabla de esta serie (Tabla 8) indica que el reparto de frecuencias de las variables estado civil y diagnóstico dicotomizado mostraron una distribución semejante en las tres modalidades de violación, por lo que las hipótesis nulas implícitas no fueron refutadas; esto, a pesar de que la mayor carga de frecuencias se encontraba a favor —o en contra— de los violadores que no tenían pareja y que cada forma de presentación de este ilícito contenía el mayor número de sujetos que fueron diagnosticados como no alcohólicos. Este último resultado, en contraste con el expuesto en la Tabla 7, ofrece una mayor claridad, señalando

TABLA 7

*Variación del puntaje diagnóstico del KFA  
y las tres modalidades de violación*

MODALIDADES VIOLACION	Promedio	gl (n-1)	F	P
Puntaje Promedio KFA	5.38			
Unisubjetiva	5.15			
Plurisubjetiva	5.68	2	1.78	0.837
Impropia	5.41			

que posiblemente existe una relación inversamente proporcional entre el número de violadores y el puntaje diagnóstico; por lo tanto, ambas tablas se compensan entre sí.

*Influencia del Etilismo sobre la Violación*

Después de haber consolidado parcialmente el apareamiento recíproco de los grupos de violadores y custodios, se esperaba hallar una distribución de no alcohólicos y alcohólicos semejante en cada una de las agrupaciones, pero la Tabla 9 demostró lo contrario y esta diferencia se encuentra asegurada a nivel estadístico —univariado—.

TABLA 8

*Distribución de frecuencias del estado civil y diagnóstico según las modalidades de violación*

	ESTADO CIVIL		DIAGNOSTICO DE ALCOHOLISMO	
	Sin Pareja	Con Pareja	No etilismo	Etilismo
Unisubjetiva	64 (26.8)	40 (16.7)	69 (28.9)	35 (14.6)
Plurisubjetiva	38 (15.9)	33 (13.8)	40 (16.7)	31 (13.0)
Impropia	34 (14.2)	30 (12.6)	38 (15.9)	26 (10.9)
chi-cuadrado grados libertad probabilidad		1.6148 2 0.4460		1.9527 2 0.3767

( ) % totales

El comportamiento de la distribución —cruda y transformada en una medida de resumen— expuesta en la Tabla 9, marca que independientemente de los grupos, la menor frecuencia corresponde a los custodios y violadores que fueron diagnosticados mediante el KFA como alcohólicos; no obstante, la diferencia significativa registrada se podría deber a que por cada custodio alcohólico, 13 no

presentaron este trastorno mental; mientras que esta amplitud se redujo en el grupo de violadores: 1: 1.6. En consecuencia, el alcoholismo se comporta como un factor disparador de la violación, sin poder determinar la intervención de la variable escolaridad en esta diferencia.

TABLA 9

*Comparación del diagnóstico de etilismo entre los grupos control y afectado*

		DIAGNOSTICO DE ALCOHOLISMO	
		No etilismo	Etilismo
Custodios	354 (59.9)	26 (4.4)	
Violadores	132 (22.3)	79 (13.4)	
chi-cuadrado grados libertad probabilidad	84.8608 1 0.0000		

( ) % totales

De las deficiencias descritas en torno al apareamiento de las muestras confrontadas, surgió una pregunta secundaria en relación con el resultado expuesto en la Tabla 9 con respecto a la integridad de ambos grupos sin controlar y fijando cada una de las modalidades diagnósticas obtenidas con base en el KFA; por lo cual, se estableció la benignidad de la división de las muestras mediante el análisis discriminante lineal escalonado, que en comparación con la prueba de significancia chi-cuadrado, se trata de un procedimiento multivariado orientado a *pesar* las posibles variables, en este caso los reactivos del instrumento diagnóstico empleado en este trabajo para cuantificar el porcentaje de sobreposición de los casos situados en forma *a priorística* en cada uno de los grupos sometidos al proceso de comparación.

En el primer escalón de análisis acerca del comportamiento de ambos grupos bajo la óptica del KFA, sin distinguir entre alcohólicos y sin esta característica diagnóstica, se advirtió que el grupo de los sentenciados es más espurio que el de los custodios, debido a que una elevada proporción de violadores mostraron un perfil semejante al de los probandos que conformaron el grupo control y una tercera parte de los reactivos no mostraron una capacidad divisoria entre ambas muestras.

El resultado apuntado en la Tabla 10 está explicado por el elevado porcentaje de los violadores no alcohólicos que presentaron un comportamiento semejante al de los custodios frente a las bebidas etílicas, además no se registró una diferencia entre el número de reactivos discriminantes, distinguiéndose únicamente por la presencia del reactivo 14 en la tabla anterior, que fue sustituido por el ítem 19; es decir, al permutar los problemas laborales asociados al consumo de bebidas etílicas por el de esconderlas, podría reflejar el efecto del grupo control, mientras que en la siguiente tabla se observa una conducta que preponderantemente se observa en la situación de encarcelamiento, donde las bebidas alcohólicas son introducidas en forma clandestina. Ver Tabla 11.

El porcentaje de clasificación errónea de casos más baja se observó en la Tabla 12; sin embargo, el grupo que arrojó el mayor número de casos espurios fue, en forma semejante como en las dos tablas anteriores, el de los violadores alcohólicos; es decir, que estos probandos presentan un perfil análogo al de los custodios diagnosticados como alcohólicos; mientras que lo opuesto fue mínimo. Así mismo se observó una ligera reducción del número de reactivos divisorios —de 15 a 13— y de éstos, diez ítems también actuaron como discriminadores en las modalidades de análisis previas y los reactivos complementarios—3, 12 y 13— exhiben con mayor fuerza las alteraciones provocadas por el consumo de etanol de los custodios, debido a que están ligados a las dimensiones somática, de dependencia y social respectivamente, que difícilmente se pueden presentar en una situación intramural.

Finalmente, es necesario subrayar, que a nivel del orden por rangos que mostraron los reactivos discriminantes, e independientemente del control ejercido o no por el diagnóstico de alcoholismo, el ítem 16 —la preferencia por beber solo— mostró una consistencia en ocupar preferentemente el primer lugar como pregunta divisoria, comportamiento característico de los sujetos sentenciados como violadores.

TABLA 10

*Analisis discriminante lineal escalonado entre custodios y violadores sin controlar el diagnóstico de etilismo*

Variables incluidas: 22 ítems del KFA; se presentan únicamente los reactivos que mostraron la mayor eficacia para la división de los grupos

Reactivos discriminantes			Lambda de Wilks*
KFA	16	Beber solo	.897864
KFA	4	Nerviosismo	.834072
KFA	21	Problemas económicos por consumo de alcohol	.801443
KFA	9	Problemas de memoria	.781029
KFA	6	Alteración en el sueño —pesadillas—	.771352
KFA	5	Disminución alimentaria por aumento del consumo de alcohol	.764665
KPA	10	Disminución de la tolerancia del etanol	.757398
KFA	22	Problemas de tránsito por consumo de etanol	.750627
KFA	18	Seguridad después de beber	.743540
KFA	15	Disminución de la capacidad de rendimiento	.737434
KFA	1	Tremor de manos	.732929
KFA	11	Sentimiento de culpa después de beber	.728477
KFA	17	Círculo de amigos bebedores	.726346
KFA	20	Tomar para evadir situaciones tensas	.724612
KFA	14	Problemas laborales por consumo de etanol	.723309

\*  $P \leq 0.00$

Función derivada, K	Lambda de Wilks	Chi-cuadrado	Grados de libertad	Nivel de significancia
0	0.7233088	188.36	15	.0000

Grupo	Nº de casos	CASOS PREDICHOS	
		Control	Afectado
Grupo control	380	338 (88.9)	42 (11.1)
Grupo afectado	211	88 (41.7)	123 (58.3)

( ) = %

78.0 = casos correctamente clasificados.

TABLA 11

*Análisis discriminante lineal escalonado entre custodios y violadores controlando el diagnóstico de no etilismo*

*Variables incluidas: 22 ítems del KFA; se presentan únicamente los reactivos que mostraron la mayor eficacia para la división de los grupos*

Reactivos discriminantes		Lambda de Wilks*	
KFA	4	Nerviosismo	.954281
KFA	16	Beber solo	.917733
KFA	15	Disminución capacidad de rendimiento	.901308
KFA	1	Tremor de manos	.886397
KFA	10	Disminución de la tolerancia del etanol	.874786
KFA	9	Problemas de memoria	.861814
KFA	2	Náuseas	.851836
KFA	5	Disminución alimentaria por aumento del consumo de alcohol	.842584
KFA	17	Círculo de amigos bebedores	.835544
KFA	20	Tomar para evadir situaciones tensas	.826721
KFA	19	Escondites para guardar bebidas etílicas	.818629
KFA	6	Alteraciones en el sueño—pesadillas—	.813853
KFA	18	Seguridad después de beber	.810890
KFA	22	Problemas de tránsito por consumo de etanol	.807948
KFA	21	Problemas económicos por consumo de alcohol	.804907

\*  $p \leq 0.00$

Función derivada, k	Lambda de Wilks	Chi-cuadrado	Grados de libertad	Nivel de significancia
0	0.8049071	103.41	15	.0000

Grupo	Nº de casos	CASOS PREDICHOS	
		Control	Afectado
Grupo control	354	314 (88.7)	40 (11.3)
Grupo afectado	132	75 (56.8)	57 (43.2)

( ) = %

76.3 = casos correctamente clasificados.

TABLA 12

*Analisis discriminante lineal escalonado entre custodios y violadores controlando el diagnóstico de etilismo*

Variables incluidas: 22 ítems del KFA; se presentan únicamente los reactivos que mostraron la mayor eficacia para la división de los grupos

Reactivos discriminantes		Lambda de Wilks*
KFA	16 Beber solo	.884256
KFA	21 Problemas económicos por consumo de alcohol	.833639
KFA	11 Sentimientos de culpa después de beber	.805194
KFA	12 Sistemas para beber	.778029
KFA	22 Problemas de tránsito por consumo de etanol	.752302
KFA	18 Seguridad después de beber	.726735
KFA	6 Alteraciones en el sueño—pesadillas—	.702246
KFA	10 Disminución de la tolerancia del etanol	.680903
KFA	13 Ocupación ligada al consumo de alcohol	.664116
KFA	9 Problemas de memoria	.655674
KFA	2 Náuseas	.643178
KFA	3 Náuseas matutinas y temblores, mejoran con el alcohol	.630736
KFA	15 Disminución capacidad de rendimiento	.623611

\*  $p \leq 0.00$

Función derivada, k	Lambda de Wilks	Chi-cuadrado	Grados de libertad	Nivel de significancia
0	0.6296834	44.866	12	.0000

RECLASIFICACION (EN %)				
CASOS PREDICHOS				
Grupo	Nº de casos	Control	Afectado	
Grupo control	26	22 (84.6)	4 (15.4)	
Grupo afectado	79	16 (20.3)	63 (79.7)	

( ) = %

80.9 = casos correctamente clasificados.

## DISCUSION

Considerando la asociación entre el consumo de alcohol y la violación que ofreció la literatura examinada, los resultados obtenidos en este ejercicio, mediante el empleo de un instrumento diagnóstico con ese mismo propósito, únicamente pueden ser contrastados con los resultados reportados con sujetos que se encontraban bajo el efecto del etanol—no cuantificado con un instrumento de medición válido y confiable—al cometer este ilícito. Por lo tanto, la proporción de alcohólicos extraídos en el presente levantamiento primario total de datos—37% de 211 violadores—, se encuentra por debajo del reportado por Resten (1963)—63% de 146 violadores explorados—, Kürzinger (1982)—75%—, Amelang (1986)—50%—y Fuente (1987)—45%.

Consecuentemente, no es sostenible la exteriorización acerca de la elevada participación del alcohol en la violación realizada por de Tullio (1966), López-Rey (1975) y Kvitko (1988). Sin embargo, tampoco se observó el bajo porcentaje—7%—reportado por Gorenc y colaboradores (1987). Ante este vaivén inexplicable de las fuerzas asociativas, este ensayo solamente puede apoyar el comentario de Kaiser (1988), con respecto a que el consumo de etanol puede actuar como un elemento facilitador de la violación, probablemente a través de un mecanismo como el propuesto por Amelang (1986), pero no como una causa.

Finalmente, es necesario enfatizar que la celdilla del extremo inferior derecho de la Tabla 9 debería ser un espacio vacío, debido a que los 79 sujetos sentenciados por el delito de violación presentaron probablemente antes de cometer este ilícito un trastorno mental denominado alcoholismo—demonstrado empíricamente por medio del empleo de un instrumento diagnóstico con error conocido—; en circunstancia contraria, este trastorno se hubiera adquirido durante la privación de la libertad. Este alegato se fundamenta en lo señalado por los diferentes ordenamientos legislativos: El artículo 15 del Código Penal para el Distrito Federal (1991) en su fracción segunda indica como circunstancia excluyente de responsabilidad penal el *trastorno mental*—engloba al alcoholismo—, que impida la comprensión del carácter ilícito del hecho; de lo anterior se desprende que los diagnosticados como alcohólicos son por lo mismo inimputables. En el mismo contexto, el Capítulo V del Título Tercero del mismo ordenamiento apunta que las personas inimputables podrán ser entregadas a quienes legalmente corresponda hacerse cargo de ellos siempre que se obliguen a tomar las medidas adecuadas para su tratamiento y vigilancia. Asimismo, en el Título Décimosegundo, Capítulo I del Código Federal de Procedimientos Penales (1990) se hace mención al método conducente con enfermos mentales y se ordena el examen por peritos médicos en caso de sospecha, así como la reclusión provisional del inculpado en manicomio o departamento especial en caso de existir, como en la presente situación, motivo fundado. Consecuentemente, cesará el procedimiento ordinario y se abrirá el especial sin necesidad de

que el procedimiento que se emplee sea similar al judicial. En caso de que se compruebe la participación del inculpado en el delito, el tribunal resolverá el caso ordenando la reclusión en los términos siguientes: Artículo 24 inciso 3 del Código Penal (1991), donde señala el internamiento o tratamiento en libertad de inimputables y quienes tengan el hábito o la necesidad de consumir estupefacientes o psicotrópicos —omitiendo aquí el etanol como sustancia tóxica—. Con fundamento en el Artículo 67 del referido ordenamiento el sujeto inimputable, en caso de internamiento, éste se hará en *la institución correspondiente para su tratamiento*. En conclusión, el confinamiento en una institución como la Penitenciaría del Distrito Federal de los 79 sujetos sentenciados por violación y diagnosticados como alcohólicos es violatoria del Artículo 14 Constitucional que en su párrafo segundo señala: *Nadie podrá ser privado de la vida, de la libertad o de sus propiedades, posesiones o derechos, sino mediante juicio seguido ante los tribunales previamente establecidos, en el que se cumplan las formalidades esenciales del procedimiento y conforme a las leyes expedidas con anterioridad al hecho*. Situación que va en contra de los principios de un Estado Democrático de derecho y de los Derechos Humanos elementales.

Cabe recordar en este momento el artículo 34 párrafo tercero del Código Penal para el Distrito Federal y Territorios Federales de 1871, donde se consideraba como una circunstancia que excluye la responsabilidad criminal: *"la embriaguez completa que priva enteramente de la razón, si no es habitual, ni el acusado ha cometido antes otra infracción punible estando ebrio; pero ni aún entonces queda libre de la pena señalada a la embriaguez, ni de la responsabilidad civil"*; que aunque habla de intoxicación etílica, se tenía en mente, en ese entonces, un estado mental anormal del sujeto.

Lo antedicho debe ser considerado por los encargados de la impartición de justicia para una correcta aplicación de la ley y respeto de los derechos fundamentales a que todo hombre es acreedor.

#### RESUMEN

En el año de 1990, se realizó una medición a 211 sentenciados por violación, mediante la Prueba Corta de Riesgo Alcohólico, previamente validada y confiabilizada. En un primer momento se postuló que no existían diferencias significativas entre tres de las modalidades de violación —unisubjetiva, plurisubjetiva e impropia— y la edad, escolaridad, estado civil y diagnóstico de alcoholismo, hallando únicamente una diferencia significativa entre los promedios de edad y las modalidades apuntadas, por lo que el alcoholismo no tiene ninguna fuerza explicativa. En una segunda instancia, este grupo se apareó parcialmente con otro constituido por custodios, encontrándose que por cada custodio diagnosticado como alcohólico, 13 no tenían este problema, mientras

que por cada interno alcohólico, 1.6 no fue diagnosticado como tal y la diferencia está asegurada a nivel estadístico, indicando que el alcoholismo funge como un posible factor facilitador para cometer este ilícito. Sin embargo, al ser considerado el alcoholismo como un trastorno mental, los 79 sentenciados diagnosticados como alcohólicos caen en el supuesto de inimputabilidad, debiendo éstos encontrarse en un centro de tratamiento.

## REFERENCIAS

- Amelang, M. (1986). *Sozialabweichendes Verhalten*. Springer Verlag, Berlin.
- Borges, G., Natera, G., Garrido, F., Cárdenas, V., Ibarra, J. y Pelcastre, B. (1991). El consumo de bebidas alcohólicas y la conducta violenta en Naucalpan de Juárez, Estado de México. *Anales de Instituto Mexicano de Psiquiatría*, 1, 143-152.
- Código Penal para el Distrito Federal y Territorios Federales de 1871. (1986). Leyes Penales Mexicanas. Instituto Nacional de Ciencias Penales. México, D.F.
- Código Penal para el Distrito Federal en Materia de Fueno Común, y para toda la República en Materia de Fueno Federal. (1991). México D.F.: Ediciones Andrade.
- Código Federal de Procedimientos Penales. (1990). México, D.F., Ediciones Delma.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Comentada. (1985). México, D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Edwards, G. y Gross, M. (1976). Alcohol dependence: Provisional description of a clinical syndrome. *British Medical Journal*, 1, 1058-1061.
- Edwards, G. (1986). The alcohol dependence syndrome: A concept as stimulus to enquiry. *British Journal of Addictions*, 81, 171-183.
- Encuesta Nacional de Adicciones. (1990). México D. F.: Dirección General de Epidemiología e Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- Feuerlein, W. (1975). *Alkoholismus—Missbrauch und Abhängigkeit*—. Stuttgart: Thieme Verlag.
- Feuerlein, W., Küfner, H., Ringer, C. y Antons, K. (1976). Kurzfragenbogen für Alkoholgefährdete (KFA): Eine empirische Analyse. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 222, 139-152.
- Feuerlein, W., Küfner, H., Ringer, Ch. y Antons, K. (1979). *Münchner Alkoholismus-test (MALT): Manual*. Weinheim: Beltz Verlag.
- Feuerlein, W. (1987). Definition und Diagnose der Suchtkrankheiten. En K.P. Kisker, H. Lauter, J. E. Müller y E. Stromgren (Eds.). *Psychiatrie der Gegenwart—Abhängigkeit und Sucht*— (pp. 3-18). Vol. 3. Berlin: Springer Verlag.
- Feuerlein, W. (1987). Zur Diagnostik des chronischen Alkoholismus. *Öffentliches Gesundheitswesen*, 49, 522-527.
- Feuerlein, W. (1989). Aktuelle Beiträge zur Definition und Therapie der Alkoholkrankheit. *Neuropsychiatrie*, 1, 7-12.
- Feuerlein, W., Küfner, H., Haf, C-M., Ringer, Ch. y Antons, K. (1989). *Kurzfragebogen für Alkoholgefährdete: Manual*. Weinheim: Beltz Verlag.
- Fuente de la, R. (1987). Conclusiones: Estrategias para la prevención y el tratamiento del alcoholismo y el abuso del alcohol. *Salud Mental*, 10, 98-101.
- Fuente de la, R. y Medina-Mora, M. (1987). Las adicciones en México: I. El abuso del alcohol y los problemas relacionados. *Salud Mental*, 10, 3-12.
- Galindo, P.A. (1991). *Determinación del diagnóstico del alcoholismo mediante el Kurzfragenbogen für Alkoholgefährdete (KFA) en una población de sentenciados por haber cometido delito de violación*. Tesis para optar por el grado de maestro en criminología. México, D.F.: Instituto Nacional de Ciencias Penales.
- Goodwin, D.W. (1982). Commentary: On defining alcoholism and taking stands. *Journal of Clinical Psychiatry*, 43, 394-395.

- Göppinger, H. (1985). *Angewante Kriminologie*. Berlin: Springer-Verlag.
- Gorenc, K-D. y Bruner, C.A. (1985). Suicidal behavior among patients in Bavarian mental hospitals. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 71, 468-478.
- Gorenc, K-D., Beltrán, J.E., Bruner, C.A. y Turnbull, B. (1987). The prevalence of alcoholism and suspected alcoholism in the state of Tabasco. *Acta Medica*, 90-91, 20-47.
- Gorenc, K-D y Beltrán, J.E. (1988). *The Problem of alcoholism in Tabasco*. Villahermosa: Gobierno del Estado de Tabasco.
- Gorenc, K-D., Reynaga, J., Beltrán, J.E. y Martínez, V. (1988). Cálculo de la muestra mínima para evaluar la validez y confiabilidad de pruebas diagnósticas: Un estudio preliminar. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 1, 49-68.
- Gorenc, K-D. (1989). Simulacro de selección de aspirantes para policía judicial mediante el análisis discriminante: Reporte técnico. *Revista Mexicana de Justicia*, 4, 272-279.
- Gorenc, K-D. (1992). *Manual de pruebas diagnósticas de alcoholismo*. México, D.F.: Editorial Manual Moderno.
- Haf, C-M. y Feuerlein, W. (1984). Kreuzvalidierung und empirisch-statistische Analyse des Kurzfragebogen für Alkoholgefährdete (KFA) an einer Frauenstichprobe. *Suchtgefahren*, 30, 266-272.
- Holtzman, W.H. (1980). Projective techniques. En H.C. Triandis y J.W. Berry (Eds.). *Handbook of cross cultural psychology*, Vol. 2. (pp. 245-278). Boston: Allyn and Bacon.
- Kaiser, G. (1988). *Introducción a la criminología*. Madrid: Dykinson.
- Klecka, W.R. (1981). *Discriminant analysis*. Beverly Hills: Sage Publications.
- Kim, J-O. y Mueller, Ch. W. (1981). *Factor analysis*. Beverly Hills: Sage Publications.
- Küfner, H., Feuerlein, W. y Flohrschütz, T. (1986). Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen: Merkmale von Patienten und Behandlungseinrichtungen: Katamnestische Ergebnisse *Suchtgefahren*, 32, 1-86.
- Kürzinger, J. (1982). *Kriminologie*. Stuttgart: Boorber Verlag.
- Kvitko, L.A. (1988). *La violación*. México, D.F.: Editorial Trillas.
- Laigned-Lavastine, M. y Stanciu, V. (1959). *Compendio de criminología*. México, D.F.: Editorial Jurídica Mexicana.
- López-Rey, M. (1975). *Criminología*. Madrid: Editorial Biblioteca Jurídica Aguilar.
- Llanos, R., López, R., Gálvez, J., y Griebenow, W. (1986). *Validación del inventario MALT en una población de Lima metropolitana: Diagnóstico de alcoholismo*. Manuscrito no publicado. Lima.
- Medina-Mora, M.E., Rascón, M., García, Z. y Ezban, M. (1986). Patrones de consumo de alcohol y normas relacionadas con dicho consumo, en una población de Michoacán. *Méjico. Salud Mental*, 9, 87-91.
- Montoya, G. (1991). *Evaluación del MMPI en violadores sentenciados en la penitenciaria de Santa Marta Acatitla*. Tesis para optar por el grado de maestro en criminología. México, D.F.: Instituto Nacional de Ciencias Penales.
- Nakahodo, A. (1991). *Evaluación de instrumentos diagnósticos de alcoholismo y su posible aplicación en el trabajo pericial en México*. Tesis para optar el grado de maestro en criminología. México, D.F.: Instituto Nacional de Ciencias Penales.
- Nesbitt, J.E. (1966). *Chi-square*. Manchester: Manchester University Press.
- Resten, R. (1963). *Caracterología del criminal*. Barcelona: Editorial Miracle.
- Rieth, E. (1981). Alkoholkrank? Alkoholverein. Wuppertal.
- Rosovsky, H. y López, J.L. (1986). Violencia y accidentes relacionados con el consumo de alcohol en la población registrada en una agencia investigadora del Ministerio Público del D.F. *Salud Mental*, 9, 72-76.
- Selzer, M.L. (1967). Michigan Alcoholism Screening Test. (MAST): Preliminary report. *University of Michigan Center Journal*, 33, 58-63.
- Selzer, M.L. (1971). Michigan Alcoholism Screening Test. *American Journal of Psychiatry*, 127, 1653-1658.
- Tullio de, B. (1966). *Principios de criminología clínica y psiquiatría forense*. Madrid: Editorial Aguilar.

## APENDICE A

INVENTARIO CORTO DE ALCOHOLISMO  
(*Kurzfragebogen für Alkoholgefährdete*)

## KFA

*Advertencia*

Cuatro reactivos están sujetos a modificaciones

*Indicaciones*

El inventario deberá ser contestado sin omitir ninguna pregunta. Si el probando es analfabeto (funcional) o presenta limitaciones visuales, el entrevistador deberá realizar una entrevista estructurada: lectura de las preguntas sin aclaraciones.

*Calificación*

Se requiere obtener la suma total de los puntajes obtenidos, para lo cual, deberá contemplarse la modificación a los ítems números 3, 7, 8 y 14 que tienen un mayor peso y cuyas respuestas positivas deberán multiplicarse por cuatro. Las respuestas afirmativas de los 18 reactivos complementarios tienen el valor de la unidad, por lo tanto, no están sujetas a ninguna manipulación.

*Puntajes*

Suma del puntaje de los reactivos 3, 7, 8 y 14  x 4 =   
+

Suma del puntaje de los 18 reactivos restantes .....

Suma total de los puntajes de los 22 reactivos.....

*Diagnósticos*

Puntaje = 0 a 5: *no alcoholismo*

Puntaje = 6 a 32: *alcoholismo*

## INVESTIGACION

Fecha de la entrevista   /  /

**Número de caso**

Diagnóstico clínico ( criterio exterior) (1) No alcoholismo (2) Alcoholismo

## Identificación

---

**Apellido paterno**

---

**Apellido materno**

Name(s)

### Domicilio en zona urbana

Calle	Número Interior	Nombre o número del edificio
Unidad habitacional	Colonia	Código postal
		Teléfono

### Domicilio en zona rural

Nombre de la población Municipio Estado

Sexo (1) Masculino (2) Feminino

### Edad 1-1

### (2) Feminino

---

### Estado

Estado civil (1) Soltero(a) (2) Casado(a) (3) Divorciado(a)  
(4) Viudo(a) (5) Separado(a)

6  
7 8  
9  
10 11  
12 13

Número de años estudiados | | |

### Profesión u ocupación

## K F A

En el reverso de esta hoja, encontrará una serie de preguntas relacionadas directamente con el consumo de bebidas alcohólicas.

Después de leer cuidadosamente cada pregunta y según crea conveniente, marque con una cruz el espacio correspondiente a SI o NO.

En ocasiones podrá usted tener la impresión de que una o varias preguntas no están en relación directa con su problema, ante esta situación, elija de todas maneras una de las posibilidades. *No deje ninguna pregunta sin contestar.*

## K F A

			No llenar este espacio
1. ¿Ha llegado a sufrir frecuentemente temblores de manos? .....	sí	no	14
2. ¿Ha sufrido frecuentemente acidez y náuseas por las mañanas?.....	sí	no	15
3. ¿Mejora su temblor de manos, acidez y náuseas matutinas cuando toma bebidas alcohólicas?.....	sí	no	16
4. ¿Ha sufrido de fuerte nerviosidad?.....	sí	no	17
5. ¿Cuándo ha tomado en abundancia bebidas alcohólicas, tiende a comer poco?.....	sí	no	18
6. ¿Ha llegado a padecer insomnio o pesadillas?.....	sí	no	19
7. ¿Se ha sentido tenso o inquieto cuando no toma?.....	sí	no	20
8. ¿Cuándo toma bebidas alcohólicas, ha sentido un deseo incontrolable de seguir bebiendo?.....	sí	no	21
9. ¿Después de tomar mucho alcohol, se ha olvidado de todo?.....	sí	no	22

10. ¿Actualmente tolera menos alcohol que antes?.....	sí	no	23
11. ¿Ha tenido más de una vez sentimientos de culpa después de haber bebido?.....	sí	no	24
12. ¿Ha creado su propio sistema para beber, por ejemplo, no tomar durante algunos días u horas?.....	sí	no	25
13. ¿Ha tenido que beber bastante por motivos de trabajo?.....	sí	no	26
14. ¿Le han llamado la atención más de una vez en su trabajo por su forma de beber?.....	sí	no	27
15. ¿Ha bajado su rendimiento en el trabajo desde que toma bebidas alcohólicas?.....	sí	no	28
16. ¿Prefiere beber cuando está solo?.....	sí	no	29
17. ¿Ha tenido un círculo de amigos o conocidos donde se toma frecuentemente y en abundancia?.....	sí	no	30
18. ¿Se ha sentido seguro y lúcido cuando ha tomado bebidas alcohólicas?.....	sí	no	31
19. ¿Ha tenido en su casa o en su trabajo algún lugar para esconder la bebida alcohólica?.....	sí	no	32
20. ¿Ha bebido para mejorar las situaciones tensas o para preocuparse o enojarse menos?.....	sí	no	33
21. ¿Ha tenido dificultades financieras por su costumbre de beber?.....	sí	no	34
22. ¿Ha tenido problemas con la policía de tránsito por haber manejado bajo el efecto del alcohol?.....	sí	no	35