



Universidad Nacional Autónoma de México



Facultad de Medicina

**Departamento de Psicología Médica,
Psiquiatría y Salud Mental**

Instituto Nacional de Psiquiatría “*Ramón De la Fuente Muñiz*”

Validez y confiabilidad de la Escala de Control Deficiente (ECD) en pacientes con dependencia a etanol de la Clínica de los Trastornos Adictivos del Instituto Nacional de Psiquiatría “*Ramón de la Fuente Muñiz*”

**TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN PSIQUIATRÍA PRESENTA:**

Christian Emmanuell González Escobar

Asesora:

Dra. Danelia Mendieta Cabrera

México, D. F. Mayo 27 de 2008



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Tabla de Contenidos

I. INTRODUCCION	5
I. 1 ANTECEDENTES	5
<i>1.1.1 EL CONSUMO DE ALCOHOL</i>	5
<i>1.1.2 EL CONSUMO DE ALCOHOL EN MÉXICO</i>	5
<i>1.1.3 EL CURSO DEL ALCOHOLISMO Y LA BÚSQUEDA DE TRATAMIENTO</i>	6
<i>1.1.4 EL CONTROL DEFICIENTE</i>	14
I.2 MARCO CONCEPTUAL	14
II. JUSTIFICACIÓN	15
III. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	17
IV. OBJETIVOS	17
OBJETIVO GENERAL	17
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
V. HIPÓTESIS	18
VI. MATERIAL Y MÉTODOS	18
TIPO DE ESTUDIO	18
POBLACION EN ESTUDIO; SELECCIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	18
CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN	18
<i>VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN</i>	18
PROCEDIMIENTO	22
<i>PROCESO DE TRADUCCIÓN</i>	22 ¡ERROR!
MARCADOR NO DEFINIDO.	
<i>CAPTACIÓN DE SUJETOS PARTICIPANTES Y APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS</i>	22

<i>PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS</i>	22
<u>IMPLICACIONES ETICAS</u>	22
<u>ORGANIZACIÓN</u>	22
<i>RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES</i>	22
<i>EVALUACIÓN DE COSTOS</i>	22
<u>VII. RESULTADOS</u>	23
<i>VII.1 UNIVERSO DE ESTUDIO</i>	23
<i>VII.2 CARACTERÍSTICAS CLINIMÉTRICAS DE LA ESCALA DE CONTROL DEFICIENTE (ECD)</i>	28
<u>VIII. DISCUSION</u>	32
<u>IX. CONCLUSION</u>	35
<u>X. REFERENCIAS</u>	36
<u>XI. ANEXOS</u>	39
<i>I. PRUEBA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEBIDOS AL CONSUMO DE ALCOHOL (AUDIT)</i>	40
<i>II. CUESTIONARIO SOBRE LA GRAVEDAD DE LA DEPENDENCIA DEL ALCOHOL(SADQ)</i>	41
<i>III. ESCALA DE CONTROL DEFICIENTE (ECD)</i>	42
<i>IV. CONSENTIMIENTO INFORMADO</i>	44

I. INTRODUCCION

I.1.- Antecedentes

1.1.1 Consumo de Alcohol

Las referencias al consumo y al abuso de sustancias psicoactivas como el alcohol, las hojas de coca, el opio y el cannabis, son tan antiguas como la civilización, inclusive ha llegado a tener tal impacto que ha culminado en procesos bélicos. Asimismo cabe mencionar que esto ha tenido tal impacto que se han suscitado debates sobre los aspectos positivos y perjudiciales sobre las mismas ⁽¹⁾. La mayoría de la gente supone que la adicción se debe a una falta de deseo en controlar el uso de la sustancia en cuestión (alcohol, tabaco, marihuana, entre otras), sin embargo se puede ver que este gran problema de salud pública no sólo afecta a personas *faltas de voluntad*.

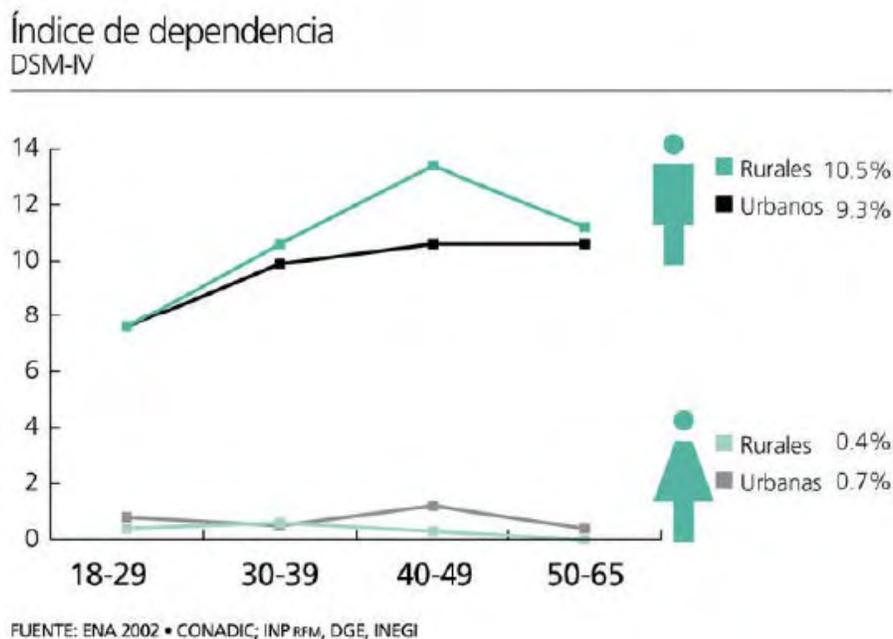
En la mayoría de las culturas el alcohol es el depresor del sistema nervioso central utilizado con más frecuencia y el responsable de una morbilidad y una mortalidad considerables. En algún momento de la vida cerca del 90 % de los adultos en Estados Unidos han tenido alguna experiencia con el alcohol, y un número importante (60 % de varones y 30 % de mujeres) han tenido uno o más acontecimientos adversos relacionados con él (p. ej., conducir después de haber bebido en exceso, bajas laborales o escolares debidas a resacas) ⁽¹⁾.

El alcohol siempre ha desempeñado un papel económico, social, cultural y religioso importante en Europa. Los intereses en la comercialización mundial del alcohol y del tabaco han contribuido a aumentar los problemas relacionados con la salud, sobre todo en los países en vías de desarrollo. El alcohol sigue siendo la sustancia psicoactiva más utilizada y, junto con el tabaco, la que más riesgos acarrea para la salud ^(1,2).

1.1.2 El consumo de Alcohol en México

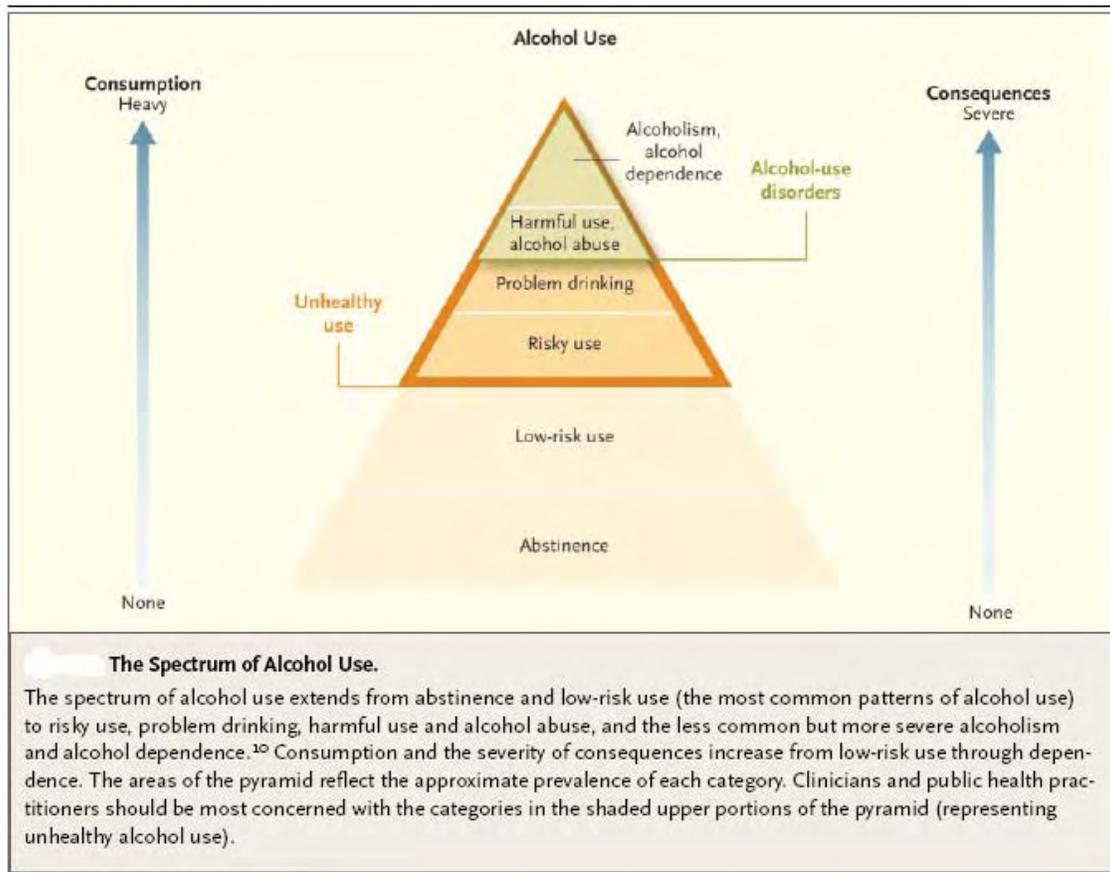
En México, según la Encuesta Nacional de Adicciones del 2002 ^(3, 12, 22), existen en el país 32,315,760 personas entre 12 y 65 años que consumen alcohol y cerca de trece millones más consumieron alcohol en el pasado aunque no bebieron en los 12 meses previos a la encuesta. El volumen total de etanol reportado por esta población alcanzó 2.79 litros cuando se considera a la población entre 12 y 65 años y aumentó a 3.484 litros en la población urbana entre 18 y 65 años y a 7.129 litros cuando sólo se refiere a los varones. En la población rural adulta, el consumo *per cápita* se estimó en 2.728 litros. En los varones urbanos el mayor índice de consumo se observa en el grupo ubicado entre 30 y 39 años (8.339 litros) en tanto que entre las mujeres que viven en ciudades el mayor consumo fue reportado por el grupo de entre 40 y 49 años; en la población rural de ambos sexos, el mayor consumo se observó también en este último grupo de edad. Según el cálculo realizado en 2004 el consumo *per cápita* es de 4.5 litros de alcohol.

Los problemas más frecuentes entre los varones son haber iniciado una discusión o pelea con su esposa o compañera mientras estaban bebiendo (12.9% en la población rural y 11.6% en la población urbana); en segundo lugar, los problemas con las autoridades sin incluir los de tránsito (8.4% en la zona urbana y 3.7% en la zona rural), y el haber sido arrestados mientras conducían después de haber tomado, (3.2% y 2.4% respectivamente). Estos problemas son considerablemente menos frecuentes entre las mujeres habiendo sido reportados por menos del 3% de las bebedoras. Como puede observarse en la siguiente gráfica sobre los índices de dependencia, el primer lugar lo ocuparon los hombres rurales con 10.5% de la población total que vive en este tipo de comunidades, en segundo lugar, los hombres urbanos con 9.3%. Los índices en las mujeres son muy inferiores, 0.7% entre aquellas que viven en comunidades urbanas y 0.4% entre quienes viven en comunidades rurales ⁽¹²⁾.



1.1.3 Curso del Alcoholismo y la búsqueda de tratamiento

Y algo de lo más delicado es que sólo la quinta parte busque un tratamiento, siendo los hospitales generales y los grupos de autoayuda los que en su mayoría atienden a esta población. Asimismo otra cosa que es de preocupación que transcurren para que se reciba un tratamiento determinado y cuando éste se presenta, en su gran mayoría, es enfocado a las complicaciones médicas del alcoholismo y muy pocas veces a esto último, lo cual merma aún más la calidad de vida tanto de la persona que lo padece como de su círculo familiar y social. En la siguiente figura podemos observar el curso del alcoholismo ^(3, 4, 6).



Ahora bien, en relación a las tendencias del consumo, se encontró que el número total de bebedoras, de bebedoras consuetudinarias y de mujeres que cumplieron con el criterio de dependencia en los doce meses previos al estudio, se mantuvo estable con 45% de la población en 1998 y 43% en 2002; 0.8% y 0.7% de bebedoras consuetudinarias, y 1% y 0.7% con dependencia. Sin embargo se observó un aumento en el número de bebedoras moderadas altas (de 2.6 % a 3.7%).

En la población masculina disminuyó un poco el índice de bebedores de 77% a 72% en este período. Se observa también una disminución de 16% a 12.4% en el índice de bebedores consuetudinarios pero el número de personas que cumplieron con el criterio de dependencia se mantiene estable en ambos estudios, con 9.6% y 9.3% respectivamente. En ambas encuestas se reportó aproximadamente el mismo número de varones que nunca habían consumido alcohol, 8.7% y 9.7%, pero se observó un incremento en el número de ex bebedores ya que mientras que en 1998, 14.4% de los abstemios reportó haber bebido en el pasado, en 2002 esta proporción aumentó a 18%^(12, 21, 22).

La detección precoz y el tratamiento del abuso y de la dependencia del alcohol se complican por el rechazo que tiende a manifestarse en el individuo, en la familia y en la sociedad en general. Tanto para el paciente como para el médico, el diagnóstico de alcoholismo (o abuso de sustancias psicoactivas) es más sencillo cuando el curso de la

enfermedad está avanzado, aunque al llegar a ese punto el tratamiento resulta más complicado. Debido a la extensa prevalencia de alcoholismo y a las formas versátiles que presenta, el diagnosticador siempre debería tener un elevado índice de sospecha y conocer sus signos y síntomas. A menudo infradiagnosticados e infratratados, los pacientes con alcoholismo pueden resistirse y evitar a los médicos por vergüenza, problemas con las figuras de autoridad y por su autocuidado deficiente (7, 10, 11, 26).

Ahora bien en relación a las características clínicas del alcoholismo podemos ver que en el DSM-IV (1) las definiciones del abuso y la dependencia del alcohol son muy parecidas a las de los demás trastornos por uso de sustancias.

TABLA 11-2. Criterios DSM-IV para la dependencia de sustancias

Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleve un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:

- (1) tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - (a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado
 - (b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado
- (2) abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - (a) el síndrome de abstinencia característico para la sustancia (v. Criterios A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas)
 - (b) se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia
- (3) la sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía
- (4) existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia
- (5) se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p. ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p. ej., fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia
- (6) reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia
- (7) se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (p. ej., consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera)

Especificar si:

Con dependencia fisiológica: signos de tolerancia o abstinencia (p. ej., si se cumplen cualquiera de los puntos 1 o 2)

Sin dependencia fisiológica: no hay signos de tolerancia o abstinencia (p. ej., si no se cumplen los puntos 1 y 2)

Criterios CIE-10 para el síndrome de dependencia de alcohol

Tres o más de las siguientes manifestaciones deben haber estado presentes durante al menos un mes o si han durado menos de un mes, deben haber aparecido juntas de forma repetida en algún período de doce meses:

- Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir alcohol;
- Disminución de la capacidad para controlar el consumo de alcohol, unas veces para controlar el inicio del consumo y otras para poder terminarlo o para controlar la cantidad consumida.
- Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia cuando el consumo de alcohol se reduzca o cese, cuando se confirme por: el síndrome de abstinencia característico del alcohol o el consumo de la misma sustancia (o una muy próxima) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- Tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de alcohol para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas;
- Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, a causa del consumo de alcohol, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir el alcohol o para recuperarse de sus efectos.
- Persistencia en el consumo de alcohol a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, tal y como se evidencia por el consumo continuado una vez que el individuo es consciente o era de esperar que lo fuera, de la naturaleza y extensión del daño.

Los tres tests de detección sistemática auto administrados más utilizados para el alcoholismo son el Test de detección del alcoholismo de Michigan (*Michigan Alcoholism Screening Test*, MAST), un cuestionario de 25 preguntas que tiene una sensibilidad del 90%; el cuestionario CAGE (Ewing, 1984), compuesto por 4 ítems, y el Test de identificación de trastornos por el consumo de alcohol (*Alcohol Use Disorders Identification Test*, AUDIT).

TABLA 11-3. Especificadores de curso para la dependencia de sustancias según el DSM-IV

Se dispone de seis especificaciones de curso para la dependencia de sustancias. Las cuatro especificaciones de remisión son aplicables únicamente cuando no se cumple ninguno de los criterios para la dependencia de sustancias o el abuso de sustancias durante un mes como mínimo. La definición de estos cuatro tipos de remisión se basa en el intervalo de tiempo transcurrido desde el fin de la dependencia (remisión temprana versus remisión sostenida) y en función de la continuada presencia o no de uno o más de los síntomas incluidos en los criterios establecidos para la dependencia y el abuso de sustancias (remisión parcial versus remisión total). Debido a que los primeros 12 meses siguientes a la dependencia son de especial riesgo para la recaída, este período se designa remisión temprana. Pasados 12 meses de remisión temprana sin recaer en la dependencia, se habla de remisión sostenida. Tanto para la remisión temprana como para la sostenida se emplea la designación adicional de remisión completa si no se cumple ninguno de los criterios para la dependencia o el abuso durante el período de remisión. Se especifica como remisión parcial cuando durante el período de remisión se observa al menos uno de los criterios para la dependencia o el abuso, sea de manera continuada o intermitente. La diferenciación entre remisión sostenida total y recuperación (sin ningún trastorno por consumo de sustancias) requiere considerar el tiempo transcurrido desde la última alteración, la duración total de esta alteración y la necesidad de evaluación continuada. Si, después de un período de remisión o recuperación, el sujeto vuelve a la dependencia, la aplicación de la especificación «remisión temprana» requiere otra vez un mes de tiempo sin que se cumpla ninguno de los criterios para la dependencia o el abuso. Existen dos especificaciones adicionales: en terapéutica con agonistas y en entorno controlado. Para calificar un individuo con la especificación «remisión temprana» después del cese de una terapéutica con agonistas o de la liberación de un entorno controlado debe pasar un período de tiempo de un mes sin que se cumplan ninguno de los criterios para la dependencia o el abuso.

Las siguientes especificaciones de remisión son aplicables únicamente tras un mes sin que se cumplan ninguno de los criterios para la dependencia o el abuso. Obsérvese que estas especificaciones

no son aplicables si el sujeto se halla bajo terapéutica con agonistas o en un entorno controlado (v. después).

Remisión total temprana. Esta especificación se usa si no se cumplen los criterios de dependencia o abuso durante 1 a 12 meses.

Remisión parcial temprana. Esta especificación se usa si se han cumplido entre 1 y 12 meses uno o más criterios de dependencia o abuso (sin que se cumplan todos los criterios para la dependencia).

Remisión total sostenida. Esta especificación se usa si no se cumple ninguno de los criterios de dependencia o abuso en ningún momento durante un período de 12 meses o más.

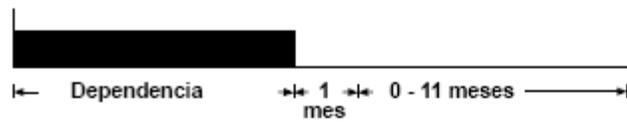
Remisión parcial sostenida. Esta especificación se usa si no se cumplen todos los criterios para la dependencia durante un período de 12 meses o más; se cumplen, sin embargo, uno o más criterios de dependencia o abuso.

Se utilizan las siguientes especificaciones si el sujeto se halla bajo terapéutica con agonistas o en un entorno controlado:

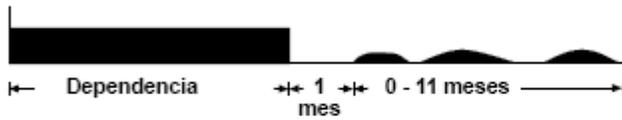
En terapéutica con agonistas. Esta especificación se utiliza cuando el individuo está bajo medicación con agonistas prescrita, sin que se cumpla ninguno de los criterios para la dependencia o abuso de ese medicamento durante 1 mes (exceptuando la tolerancia o la abstinencia al agonista). Esta categoría también es aplicable a los sujetos tratados de su dependencia con un agonista parcial o un agonista/antagonista.

En un entorno controlado. Esta especificación se utiliza si el sujeto se encuentra en un entorno donde el acceso al alcohol y a las sustancias controladas es restringido y no se observa ninguno de los criterios para la dependencia o el abuso durante 1 mes. Ejemplos de estos ambientes son las cárceles estrechamente vigiladas y libres de sustancias, las comunidades terapéuticas o las unidades hospitalarias cerradas.

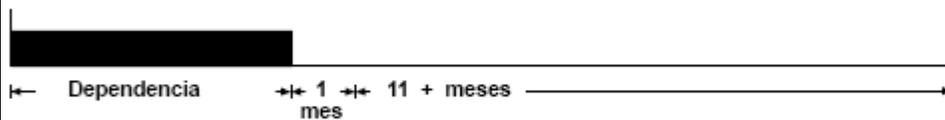
Remisión total temprana. Esta especificación se usa si no se cumplen los criterios de dependencia o abuso durante 1 a 12 meses.



Remisión parcial temprana. Esta especificación se usa si se han cumplido entre 1 y 12 meses uno o más criterios de dependencia o abuso (sin que se cumplan todos los criterios para la dependencia).



Remisión total sostenida. Esta especificación se usa si no se cumple ninguno de los criterios de dependencia o abuso en ningún momento durante un periodo de 12 meses o más.



Remisión parcial sostenida. Esta especificación se usa si no se cumplen todos los criterios para la dependencia durante un periodo de 12 meses o más; se cumplen, sin embargo, uno o más criterios de dependencia o abuso.

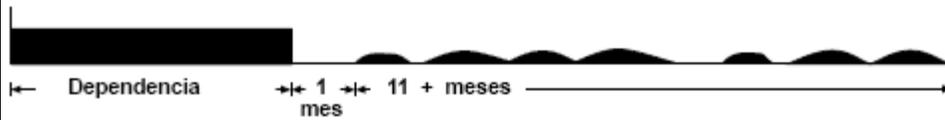


TABLA 11-4. Criterios DSM-IV para el abuso de sustancias

- A. Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses:
- (1) consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (p. ej., ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa)
 - (2) consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (p. ej., conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia)
 - (3) problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (p. ej., arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia)
 - (4) consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (p. ej., discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física)
- B. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancia.

La tolerancia al alcohol varía mucho entre las personas y es difícil de medir. Por ejemplo, si un hombre de 72 kg de peso consume 5 bebidas en una hora y no desarrolla signos de intoxicación, mostrará una considerable tolerancia al alcohol. Asimismo, el consumo de una botella de licor, 5 botellas de vino o una caja de cerveza al día, o encontrar una concentración de alcohol en sangre superior a 0,15 mg/dl demuestra tolerancia y puede ser casi patognomónico de alcoholismo. La abstinencia se inicia al cabo de varias horas de no ingerir alcohol y se define por al menos *dos* de los siguientes síntomas: hiperactividad autonómica (p. ejm., sudoración o > 100 pulsaciones/ min); aumento del temblor distal de las manos; insomnio; náuseas o vómitos; alucinaciones visuales, táctiles o auditivas transitorias, o ilusiones; agitación psicomotora; ansiedad, o crisis epilépticas.

■ **Criterios para el diagnóstico de F10.00 Intoxicación por alcohol [303.00]**

- A. Ingestión reciente de alcohol.
- B. Cambios psicológicos comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (sexualidad inapropiada, comportamiento agresivo, labilidad emocional, deterioro de la capacidad de juicio y deterioro de la actividad laboral o social) que se presentan durante la intoxicación o pocos minutos después de la ingesta de alcohol.
- C. Uno o más de los siguientes síntomas que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de alcohol:
 - (1) lenguaje farfullante
 - (2) incoordinación
 - (3) marcha inestable
 - (4) nistagmo
 - (5) deterioro de la atención o de la memoria
 - (6) estupor o coma
- D. Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

■ **Criterios para el diagnóstico de F10.3 Abstinencia de alcohol [291.8]**

- A. Interrupción (o disminución) del consumo de alcohol después de su consumo prolongado y en grandes cantidades.
- B. Dos o más de los siguientes síntomas desarrollados horas o días después de cumplirse el Criterio A:
 - (1) hiperactividad autonómica (p. ej., sudoración o más de 100 pulsaciones)
 - (2) temblor distal de las manos
 - (3) insomnio
 - (4) náuseas o vómitos
 - (5) alucinaciones visuales, táctiles o auditivas transitorias, o ilusiones
 - (6) agitación psicomotora
 - (7) ansiedad
 - (8) crisis comiciales de gran mal (crisis epilépticas)
- C. Los síntomas del Criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad social laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto.
- D. Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Especificar si:

Con alteraciones perceptivas

1.1.4 El Control Deficiente

Los estudios de incidencia y prevalencia de alcoholismo a menudo son complicados de evaluar debido a la falta de criterios claros para el diagnóstico, las variaciones en las subpoblaciones estudiadas y la tolerancia de una cultura o subcultura particular para las conductas relacionadas con el alcohol. Muchos problemas relacionados con el alcohol comienzan entre los 16 y 30 años de edad tales como el tener conductas sexuales de riesgo, problemas en la actividad económica y escolar, sin olvidar la asociación que existe entre el consumo de alcohol y los conductas delictivas y los accidentes automovilísticos; el porcentaje más bajo de problemas se da en personas de más de 50 años, aunque muchos de éstos problemas son asociados al consumo crónico de alcohol, como cirrosis hepática o los problemas de divorcio y separación a nivel familiar.

El control deficiente en el consumo de alguna droga ha sido identificado como un problema al intentar limitarlo en una situación en particular y ha sido reconocido como uno de los ejes de la adicción.

La alteración en el control comenzó a describirse en el siglo XVIII por Benjamín Rush, aunque en esta época la dependencia a etanol era vista como una elección pecaminosa para beber en exceso. Fue hasta 1952 cuando Jellinek menciona que la alteración en el control de la bebida es un dato patognomónico. Sin embargo este concepto, de alteración en el control, fue evolucionando desde el ver al fenómeno como un todo o nada, hasta una disminución paulatina en el mismo. En la década de los 70's los conceptos sobre un control deficiente fueron acuñándose: Sëller, en 1972, lo llamaba como una pobre certeza sobre el control; Ludwing, en 1974, lo denominaba una relativa inhabilidad para regular y hasta 1977 la OMS lo llamó "*Una marcada incapacidad de una habilidad deteriorada para controlar la ingesta de alcohol*". Sin embargo, cabe mencionar que la Escala de Control Deficiente tiene poco tiempo de haberse formado y validado, apenas en 1993 en EEUU, además se ha validado en Australia e Inglaterra, encontrándose altamente confiable para medir este apartado del fenómeno llamado dependencia a etanol y en México no contamos con datos sobre esta escala. Este instrumento fue desarrollado para medir el grado del pobre control sobre el consumo de alcohol que muestran los bebedores problema. Dadas las dificultades reportadas en la literatura, en relación al grado de control alterado, se decidió formar la escala en cuestión. Este instrumento consta de 3 partes: Parte 1, Intento de Control, la cual mide el grado en el cual un sujeto ha sido capaz de tener control sobre la bebida en los últimos 6 meses; Parte 2, Control Fallido, que mide la frecuencia de las fallas del sujeto para controlar el consumo de alcohol durante los últimos 6 meses; y la Parte 3, Control Percibido, la cual mide las creencias del sujeto en relación a su habilidad para controlar el consumo una vez que se ha intentado (13, 14, 15).

I.2.- Marco conceptual

La importancia del control deficiente se refleja en dos de los criterios para dependencia a sustancias según el DSM-IV ⁽¹⁾: "*La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía*" y "*Existe*

un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia”. El control deficiente es de particular relevancia para los adultos jóvenes y otros con una historia breve de consumo, dada su aparición temprana. Los adolescentes con consumo excesivo y los adultos con una larga historia de consumo generalmente reportan al control deficiente como el síntoma de dependencia de aparición más temprana. Esto contrasta con los criterios de dependencia del DSM-IV tales como la abstinencia y los problemas físicos o psicológicos inducidos por el alcohol, que típicamente requieren una historia de consumo excesivo de mayor duración y que rara vez son reportadas por los adolescentes ^(1, 13, 14, 15). La alta prevalencia de reportes acerca del control deficiente en adultos jóvenes con historia breve de consumo y de aquéllos que no beben excesivamente ha generado preocupación acerca de la validez de este constructo como parte de la adicción. Se han encontrado otros factores tales como el beber en respuesta al estrés, motivación social, reforzamiento positivo, entre otros. Para algunos autores el control deficiente puede reflejar razones de tipo social y no de uso compulsivo; de ahí que sea importante el considerarlo como un predictor de problemas al beber por encima y más allá de otros factores contribuyentes como son los motivos sociales o de imitación. Cuando los bebedores manifiestan los síntomas de desarrollo tardío ya se han convertido en bebedores peligrosos por varios años, además de haber desarrollado la adicción. Dado que la supresión aumenta la vulnerabilidad a la recaída, el tratamiento se convierte en un reto una vez que los pacientes han llegado a este estadio ^(16, 17). De ahí que el tomar en cuenta al control pueda facilitar la identificación temprana en los sujetos en riesgo. La **Escala de Control Deficiente (ICS)** es un instrumento confiable y válido que ha sido correlacionado significativamente con los problemas inducidos por alcohol y la dependencia entre los bebedores en tratamiento y ha servido para predecir el pronóstico a éste en población no mexicana. Esta escala consiste en 3 partes que analizan la frecuencia de los *intentos* para dejar de beber (**Parte 1**); la frecuencia de *fallas* en controlar la bebida en los últimos 6 meses (**Parte 2**) y *creencias* sobre la habilidad de controlar la bebida *en el futuro* (**Parte 3**) ^(13, 14, 15).

II. JUSTIFICACIÓN

- En 1996 el Banco Mundial y la OMS estimaron que en América Latina el alcohol era responsable del 9.6% de la enfermedad, calculado a partir de la estimación de los días sanos perdidos por muerte prematura o discapacidad. Esta proporción es cercana a la estimada para los países con economía de mercado (10.3%), y de una considerable superioridad respecto del promedio estimado para los países en vías de desarrollo (2.7%).
- Según la Encuesta de estudiantes de nivel medio y medio superior de la Ciudad de México, los adolescentes entre los 16 y 17 están teniendo un patrón de abuso de alcohol de 34.8% y 45.5% respectivamente. Y esto es de preocupación ya que el valor incrementó en un 2% con respecto al valor encontrados hace 3 años

- En México, hasta un 13.6 % de los accidentes automovilísticos, están relacionados con el consumo de alcohol, es decir, hubo un consumo en las 6 horas previas al consumo y por alcosensor se detectó un valor entre 0.10 y 256mg/dl.
- De la población que tuvo el accidente automovilístico, 45.5% abarca a personas en edad joven (entre 18 y 29 años) y con un 10.8% con un patrón de abuso de alcohol según el TWEAK y un 7.8 y 3.0% con dependencia al alcohol, según la CAGE y CIDI respectivamente.
- Se ha visto que el abuso de alcohol, o en su defecto la dependencia al mismo, tiene una gran influencia para el desarrollo de sintomatología afectiva, con las implicaciones bio-psico-sociales que esto implica: deterioro académico, laboral, problemática familiar y conductas suicidas o en su defecto suicidio consumado.
- La detección precoz y el tratamiento del abuso y de la dependencia del alcohol se complican por el rechazo que tiende a manifestarse en el individuo, en la familia y en la sociedad en general. Tanto para el paciente como para el médico, el diagnóstico de alcoholismo (o abuso de sustancias psicoactivas) es más sencillo cuando el curso de la enfermedad está avanzado, aunque al llegar a ese punto el tratamiento resulta más complicado. Debido a la extensa prevalencia de alcoholismo y a las formas versátiles que presenta, el diagnosticador siempre debería tener un elevado índice de sospecha y conocer sus signos y síntomas. A menudo infradiagnosticados e infratratados, los pacientes con alcoholismo pueden resistirse y evitar a los médicos por vergüenza, problemas con las figuras de autoridad y por su autocuidado deficiente.
- El control deficiente se ha visto, en población no mexicana (inglesa y australiana), que tiene un gran valor en la predicción de las etapas iniciales de la dependencia a etanol, proporcionando así un valor pronóstico. Esto debido a que se ha visto que un puntaje menor a 25 (en la Parte 2 de la Escala de Control Deficiente) tiende a predecir un mejor éxito en el tratamiento orientado a la moderación del consumo, comparado con el Cuestionario sobre la Gravedad de la Dependencia del Alcohol (SADQ).
- La Escala de Control Deficiente de consumo de alcohol (ECD) en su versión inglesa tiene una alta confiabilidad y validez para medir el fenómeno en cuestión.
- En México no se tienen datos relacionados al control deficiente en el consumo de alcohol, y si contamos con esta escala podremos detectar

oportunamente a los pacientes con dependencia a alcohol y poder así dar un tratamiento oportuno y por ende prevenir muchos de las complicaciones médicas, psicológicas y sociales de la enfermedad.

III. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿La Escala de Control Deficiente (ECD) es un instrumento válido y confiable para determinar el grado de control alterado en el consumo de etanol de pacientes con dependencia a esta sustancia de la Clínica de los Trastornos Adictivos del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón De la Fuente Muñiz”?

IV. OBJETIVOS

Objetivo General

Determina la validez y confiabilidad de la Escala de Control Deficiente (ECD) en pacientes con dependencia a alcohol de la Clínica de los Trastornos Adictivos del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón De la Fuente Muñiz”.

Objetivos Específicos

- Traducir la Escala de Control Deficiente (ECD) al español de acuerdo a los lineamientos de la OMS
- Determinar la validez de criterio externo de la Escala de Control Deficiente (ECD) comparándola con el (SADQ) y el AUDIT en pacientes con dependencia a alcohol de la Clínica de los Trastornos Adictivos del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón De la Fuente Muñiz”, diagnosticados según los criterios del DSM IV-TR.
- Determinar la consistencia interna de la Escala de Control Deficiente (ECD).
- Describir el patrón de consumo de alcohol mediante la Parte 1 del AUDIT en pacientes con dependencia a alcohol de la Clínica de los Trastornos Adictivos del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón De la Fuente Muñiz”.

V. HIPÓTESIS

- Se encontrará una correlación mayor a 0.7 entre la Escala de Control Deficiente (ECD) con el SADQ y el AUDIT
- La consistencia interna de la escala ECD será mayor a 0.7

La Escala de Control Deficiente (ECD) es un instrumento confiable para determinar el grado de un control alterado en el consumo a etanol de pacientes con dependencia a esta sustancia de la Clínica de los Trastornos Adictivos del Instituto Nacional de Psiquiatría “*Ramón De la Fuente Muñiz*”.

VI. MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Estudio de proceso (validez y confiabilidad), transversal. De acuerdo a A. Feinstein.

Población en estudio; selección y tamaño de la muestra

Se incluyeron pacientes con dependencia a etanol de la de la Clínica de los Trastornos Adictivos del Instituto Nacional de Psiquiatría “*Ramón De la Fuente Muñiz*”.

Se incluyó una muestra de 100 pacientes con diagnóstico de dependencia a etanol, de acuerdo al DSM-IV TR.

Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

■ Criterios de inclusión

- Ser paciente mexicano de la de la Clínica de los Trastornos Adictivos del Instituto Nacional de Psiquiatría “*Ramón De la Fuente Muñiz*”
- Tener el diagnóstico de dependencia a etanol de acuerdo al DSM-IV TR como diagnóstico único
- Tener una edad entre 18 y 60 años
- Firmen el consentimiento informado y de esta manera formar parte del estudio

■ Criterios de exclusión

- Ser extranjero.

- Tener como diagnóstico abuso o dependencia a otra sustancia
- No desee participar en el estudio
- Tener enfermedad médica psiquiátrica y/o no psiquiátrica grave
- Estar bajo los efectos de alcohol u otra droga

■ Criterios de eliminación

- Muerte
- Abandono del estudio
- Inicio en el consumo de otra droga
- Negativa a contestar alguno de los instrumentos

Variables y escalas de medición

El siguiente cuadro muestra las variables e instrumentos utilizados:

<i>Variable</i>	<i>Tipo de variable</i>	<i>Instrumento a emplear</i>
<i>Diagnóstico de Dependencia a alcohol</i>	Categorica	Criterios del DSM-IV TR*
<i>Patrón de consumo de alcohol</i>	Categorica Ordinal	AUDIT**
<i>Gravedad de dependencia de alcohol</i>	Ordinal	SADQ***
<i>Grado de control deficiente para el consumo de alcohol</i>	Ordinal	ECD****
<i>Variables sociodemográficas</i>	Categorico Ordinal	No aplica

Según sus siglas en inglés:

* DSM-IV TR = Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales 4ª ed. (texto revisado)

** AUDIT = Prueba para la identificación de los Trastornos debidos al consumo de alcohol

*** SADQ = Cuestionario sobre la Gravedad de la Dependencia del Alcohol

**** ECD = Escala de Control Deficiente

INSTRUMENTOS:

1.- Prueba para la identificación de los Trastornos debidos al consumo de alcohol (AUDIT, por sus siglas en inglés).- Se trata de un cuestionario autoaplicable que consta de 10 preguntas que exploran el consumo de alcohol del sujeto, así como los problemas derivados de éste. De estas 10 preguntas se derivan 3 dominios y de cada dominio se determinan distintas variables, las cuales son de carácter mixto (ordinal y nominal).

Dominios e ítems del AUDIT		
Dominios	Número de la pregunta	Contenido del ítem
Consumo de riesgo de alcohol	1	Frecuencia de consumo
	2	Cantidad típica
	3	Frecuencia del consumo elevado
Síntomas de dependencia	4	Pérdida del control sobre el consumo
	5	Aumento de la relevancia del consumo
	6	Consumo matutino
Consumo perjudicial de alcohol	7	Sentimiento de culpa tras el consumo
	8	Lagunas de memoria
	9	Lesiones relacionadas con el alcohol
	10	Otros se preocupan por el consumo

Esta escala proporciona una puntuación total que se obtiene sumando las puntuaciones en los 10 reactivos; en cada pregunta, el valor de las respuestas oscila entre 0 y 4 (en los reactivos 9 y 10 los valores posibles son tan sólo 0, 2 y 4). El valor de la puntuación total oscila entre 0 y 40; existiendo puntos de corte diferenciados para hombres y mujeres que se proporciona en la siguiente tabla.

	Hombres	Mujeres
Sin problemas relacionados con el alcohol	<i>0-7</i>	<i>0-5</i>
Bebedor de riesgo	<i>8-12</i>	<i>6-12</i>
Problemas físico-psíquicos con la bebida y probable dependencia alcohólica	<i>13-40</i>	<i>13-40</i>

Esta escala tiene una alta confiabilidad prueba- re prueba ($r=0.86$), con una sensibilidad mayor al 90% y una especificidad mayor al 80%.

2.- Cuestionario sobre la Gravedad de la Dependencia del Alcohol (SADQ, por sus siglas en inglés).- Este instrumento autoaplicado que está diseñado para evaluar la gravedad de la dependencia del alcohol y tiene un marco de referencia temporal son los últimos 6 meses. Consta de 33 reactivos que se agrupan en 5 subescalas:

- Síntomas físicos de la abstinencia (reactivos 1 a 7)
- Síntomas afectivos de la abstinencia (reactivos 8 al 14)
- Conductas para aliviar los síntomas de abstinencia (reactivos 15 al 21)
- Consumo habitual de alcohol (reactivos 22 a 27)

- Reinstauración de los síntomas de abstinencia tras un periodo de recaída (reactivos 28 a 33)

En los reactivos 1-27 se emplea una escala de frecuencia de 4 puntos (nunca o casi nunca, 0; a veces, 1; a menudo, 2; casi siempre, 3). En los reactivos 28-33 se utiliza una escala de intensidad (nada, 0; un poco, 1; moderadamente, 2; bastante, 3). Para la interpretación se obtiene una puntuación total a partir de la puntuación obtenida en cada reactivo. No existen puntos de corte propuestos; a mayor puntuación, mayor gravedad. La utilidad clínica yace en que ayuda a determinar el grado de alcance para controlar el consumo de alcohol, además de predecir la severidad de la abstinencia.

Se han hecho estudios para medir la confiabilidad (confiabilidad prueba-reprueba de 0.85) y validez de este instrumento (de contenido, criterio y de constructo); además el análisis factorial explica un 53% de la varianza.

4.- Escala de Control Deficiente (ICS, por sus siglas en inglés).- Esta escala fue desarrollada por Heather et.al. en 1993, la cual sirve para medir el grado de control alterado para el consumo de alcohol, Tiene un α de Cronbach de 0.89 para la Parte 1, de 0.94 para la Parte 2 y de 0.95 para la Parte 3 y una correlación de 0.77, 0.94 y de 0.96 en la Parte 1, 2 y 3, respectivamente.

<i>Escala</i>	Confiabilidad	Otros datos	Estudios sobre validez
AUDIT*	0.86	Sensibilidad >90% Especificidad >80% Correlación: con MAST, r=0.88 con CAGE, r=0.78	De contenido, de criterio
SADQ**	0.85		De contenido, criterio y constructo (Análisis de varianza de 53%)
ECD***	a) 0.89 (Parte 1) 0.94 (Parte 2) 0.95 (Parte 3) b) Parte 1, 0.77 Parte 2, 0.94 Parte 3, 0.96		De validez concurrente

Según sus siglas en inglés:

* AUDIT = Prueba para la identificación de los Trastornos debidos al consumo de alcohol

** SADQ = Cuestionario sobre la Gravedad de la Dependencia del Alcohol

*** ECD = Escala de Control Deficiente

- a) Consistencia interna: α -Cronbach
- b) Confiabilidad Prueba-reprueba
- c) Correlación intraclase
- d) Valor κ

Procedimiento

Proceso de traducción

Con el objeto de asegurar la mayor equivalencia de la traducción al español, se siguieron los lineamientos de la Organización Mundial para la Salud:

- 1.- Un grupo bilingüe conformado por 2 personas revisó la estructura conceptual del instrumento en el idioma original (inglés) y aprobó su factibilidad de ser traducido.
- 2.- El investigador principal realizó la traducción al español.
- 3.- El grupo bilingüe y un grupo monolingüe constituido por 2 personas revisó la traducción.
- 4.- El grupo monolingüe propuso las modificaciones pertinentes.
- 5.- Un experto bilingüe tradujo al inglés la versión al español.
- 6.- El grupo bilingüe revisó la traducción al inglés y finalmente se consideró que la versión en español fue equivalente a la original en inglés.

Captación de sujetos participantes y aplicación de instrumentos.

Los participantes fueron pacientes con dependencia al alcohol de la Clínica de los Trastornos Adictivos del Instituto Nacional de Psiquiatría “*Ramón De la Fuente Muñiz*”; se les invitó a participar y se les dio una explicación breve sobre el motivo e importancia del estudio; se esclarecieron las dudas y proporcionó la carta de consentimiento informado, cuestionario e instrucciones de las escalas. Posteriormente fue autoaplicado el Cuestionario sobre la Gravedad de la Dependencia del Alcohol (SADQ), la Escala de Control Deficiente (ECD) así como el Prueba para la identificación de los Trastornos debidos al consumo de alcohol (AUDIT). Al final, se guardaron los elementos en el sobre contenedor y se evaluaron los cuestionarios. Teniéndose el resultado de éstos, se proporcionaron al médico tratante, para que los pacientes puedan continuar con su seguimiento institucional.

Plan de análisis de los resultados

Para realizar el análisis estadístico se usó el paquete estadístico SPSS. Se determinaron frecuencias y porcentajes para variables categóricas y para variables dimensionales, promedios y desviación estándar para el análisis descriptivo de los datos. Empleamos α -Cronbach para determinar la consistencia interna del instrumento y coeficiente de correlación de Spearman para determinar la validez de criterio externo. Además se hizo un análisis factorial con rotación varimax para determinar validez de constructo.

Implicaciones Éticas

Este tipo de estudio fue considerado con riesgo mínimo ya que toca un aspecto importante de la persona en estudio: sobre el control deficiente para el consumo de alcohol; aunque es minimizado por el anonimato de la encuesta (tanto en el cuestionario como en el sobre contenedor).

Organización

Recursos humanos y materiales

Los cuestionarios fueron anónimos y autoaplicables. Para el análisis estadístico se solicitó el apoyo de personal capacitado.

Evaluación de costos

El costo contemplado fue el implicado en cada carta-instructivo, cuestionario y sobre contenedor, el cual fue costado por el investigador.

VII. RESULTADOS

VII. 1 Universo de estudio

Para el estudio se obtuvo una muestra de 100 pacientes de la Clínica de los Trastornos Adictivos con diagnóstico de Dependencia a etanol, y dadas las características del universo de estudio, además del diagnóstico adictológico, poseían un cuadro psiquiátrico concomitantemente (lo que se llama diagnóstico dual). Asimismo, se invitaron a participar a otros 11 pacientes, sin embargo, no se

presentaron a la cita para la aplicación de las escalas. En la Tabla 1 se puede ver los datos sociodemográficos de la muestra estudiada.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los sujetos estudiados

<i>Características estudiadas</i>	<i>Población (n=100)</i>
<i>Sexo (%)</i>	
<i>Hombres</i>	81
<i>Mujeres</i>	19
<i>Edad promedio (± de)</i>	33.92 ± 11.79
<i>Estado civil (%)</i>	
<i>Soltero</i>	47
<i>Casado</i>	24
<i>Unión libre</i>	14
<i>Divorciado</i>	7
<i>Viudo</i>	5
<i>Otro</i>	3
<i>Escolaridad (%)</i>	
<i>Primaria</i>	19
<i>Secundaria</i>	33
<i>Bachillerato</i>	30
<i>Licenciatura</i>	14
<i>Postgrado</i>	3
<i>Otro</i>	1
<i>Ocupación (%)</i>	
<i>Empleado</i>	43
<i>Desempleado</i>	39
<i>Otro</i>	18
<i>Religión (%)</i>	
<i>Católico</i>	76
<i>Mormón</i>	5
<i>Testigo de Jehová</i>	3
<i>Cristiano</i>	7
<i>Otra</i>	9

Como podemos ver, de la población estudiada, la mayoría fueron del sexo masculino abarcando el 81% de la muestra, comparado con el 19% de las mujeres participantes en este estudio. Esto debido a que la mayoría de los pacientes de la Clínica de los Trastornos Adictivos son hombres y en su minoría mujeres.

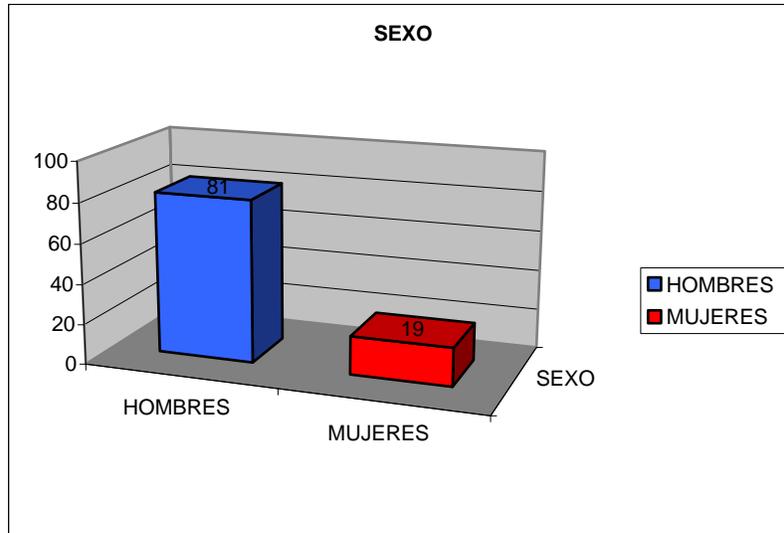


Fig. 1. Distribución por sexo.

Asimismo el estado civil de la muestra en su mayoría era de personas solteras, con un 47%, seguidas de un 24% de personas casadas y un 14% de personas que viven en unión libre. A esto hay que añadirle que la edad media de la muestra fue de 33 años.

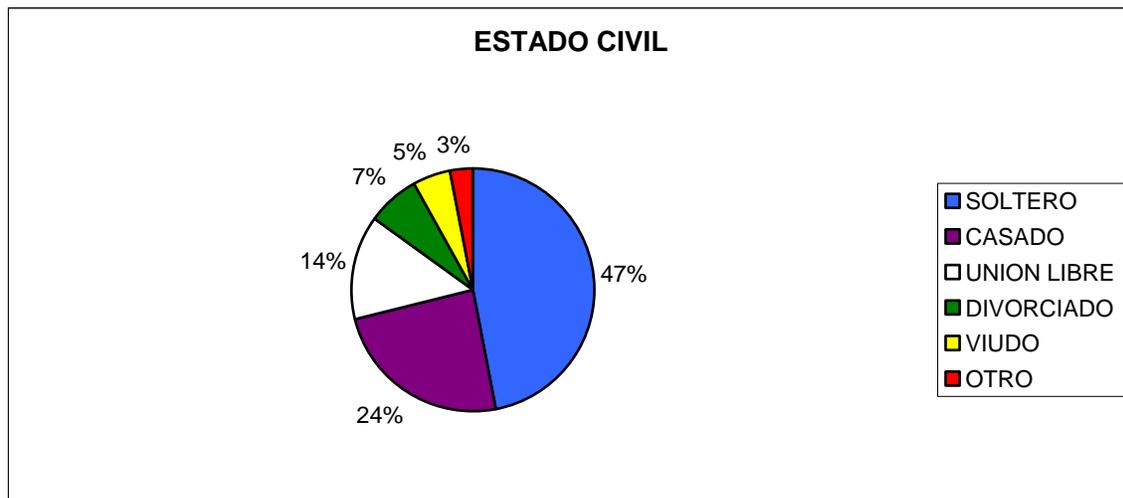


Fig. 2. Estado civil.

Además en relación al grado máximo de escolaridad, una tercera parte había cursado la secundaria y otra tercera parte hasta el bachillerato y casi la quinta parte habían estudiado solamente la primaria. Sin embargo es de preocuparse que menos de la quinta parte hayan tenido estudios superiores (dando un total de 17% entre licenciatura y postgrado).

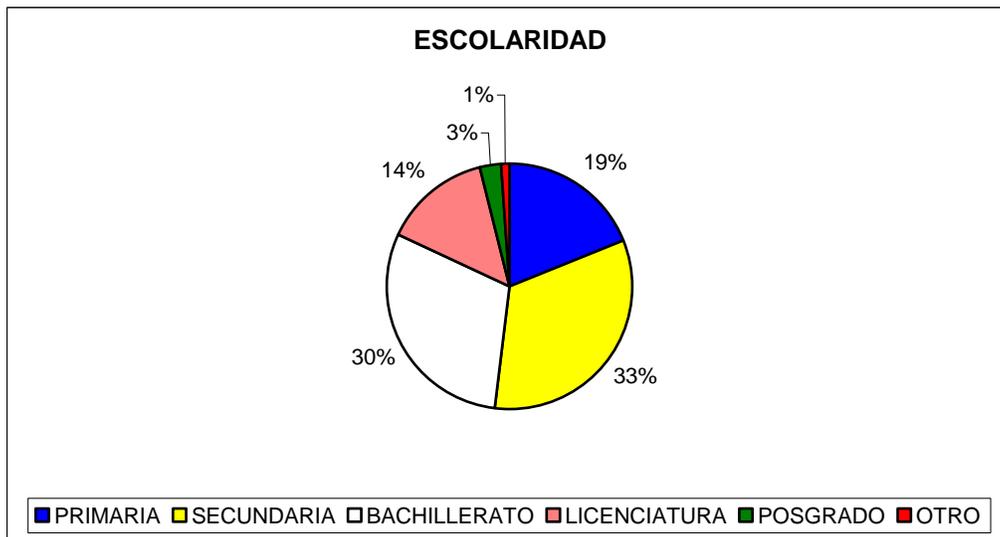


Fig. 3. Escolaridad.

En relación a la ocupación, un poco más de la tercera parte de la muestra eran personas con un trabajo (43%), sin embargo, una proporción no muy distante estaban desempleados (39%) y si a esto le agregamos la edad promedio de la muestra, podemos ver que en promedio la población estudiada está en una edad de ser productivos económicamente, sin embargo, más de una tercera parte no ejercen una labor determinada, con lo cual, podemos deducir el impacto socio económico que genera este problema médico psiquiátrico. En relación a las actividades definidas como otras, en su mayoría fueron estudiantes y la otra proporción fueron personas que se dedicaron al hogar.

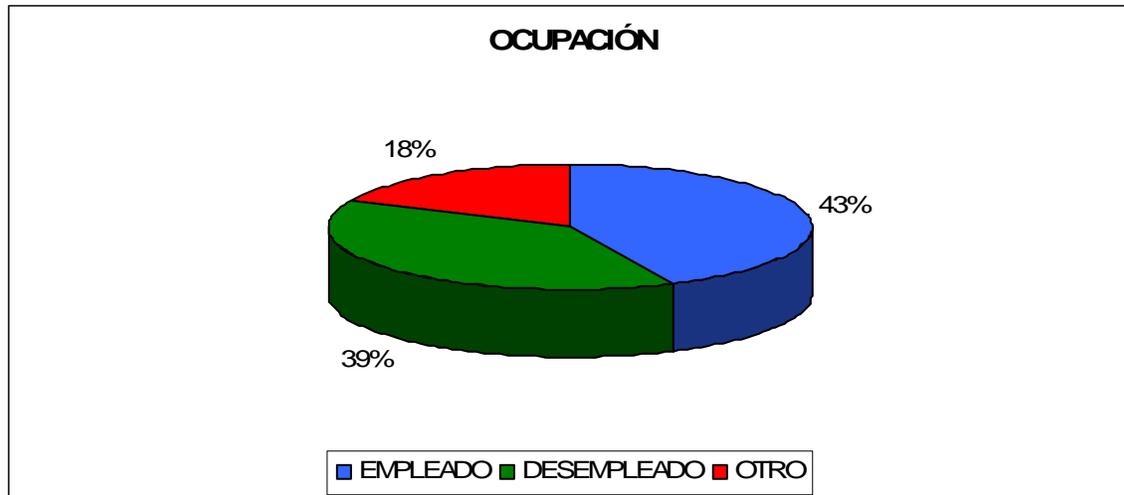


Fig. 4. Ocupación.

Finalmente, al ver la distribución por religión, observamos que en su mayoría eran personas católicas, sin embargo, llama la atención que también hubieron integrantes de otras religiones y sobre todo de aquéllas en las que no se permite la ingesta de alcohol, por ejemplo mormones o testigos de Jehová y entre los dos dando un porcentaje aproximado de menos del 10% de la muestra estudiada. En relación al apartado de otras religiones, fueron sobre todo agnósticos.

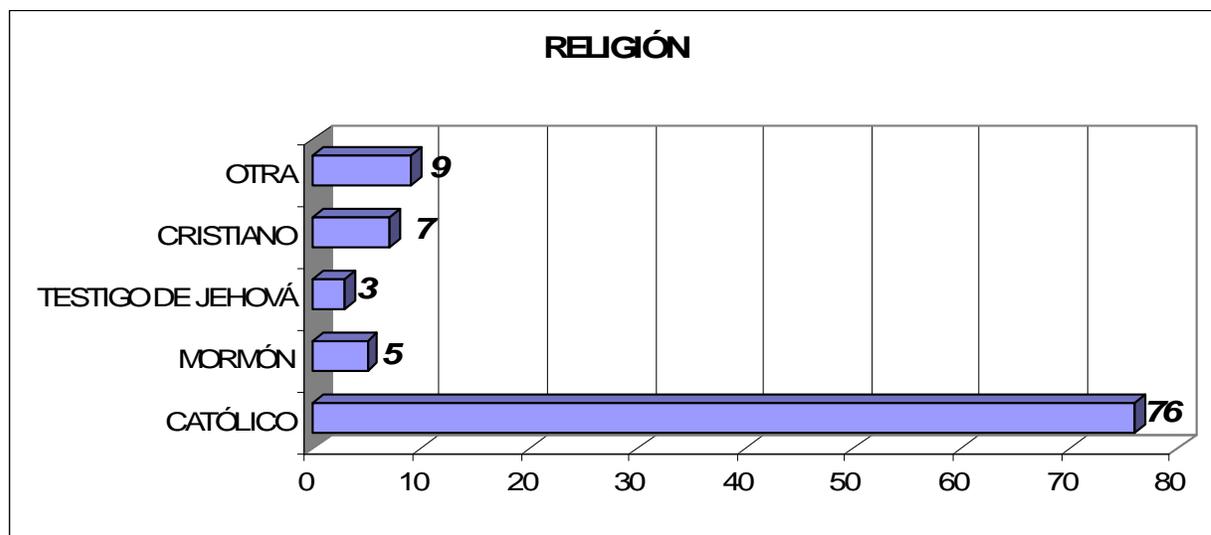


Fig. 5. Religión.

VII. 2 Características clinimétricas de la Escala de Control Deficiente (ECD)

Se calculó la consistencia interna de esta escala mediante el α de Cronbach, dándonos un valor superior a 0.8 en cada una de las partes de la Escala, como puede observarse en la Tabla 2. En la Tabla 3 podemos ver los valores de la consistencia interna de cada ítem que conforma la ECD, por lo que podemos ver que existe una confiabilidad interna, es decir, cada ítem de la escala medía cada rubro que se preguntaba y estaban relacionados entre sí.

Tabla 2. Consistencia interna de cada parte de la Escala de Control Deficiente (ECD)

	Parte 1	Parte 2	Parte 3
<i>α de Cronbach</i>	0.8718	0.8816	0.8365

Tabla 3. Consistencia interna de cada ítem de la Escala de Control Deficiente (ECD)

Parte 1	Valor del α de Cronbach
(A)...traté de limitar la cantidad que iba a tomar"...	0.8601
(B)...traté de resistirme la oportunidad a empezar a beber"...	0.8495
(C)...traté de frenar mi consumo"...	0.8294
(D)...traté de interrumpir mi consumo (o beber menos)"...	0.8250
(E)...traté de dejar de beber por un tiempo"...	0.8580
Parte 2	
(A)...encontré difícil limitar la cantidad que consumía"...	0.8593
(B)...empecé a beber aún después de haber decidido que no lo haría"...	0.8646
(C)...he intentado sólo tomar 1 ó 2 tragos y termino consumiendo más"...	0.8578
(D)...fui capaz de suspender el consumo (o beber menos) cuando yo quise"...	0.8745
(E)...empecé a beber en ocasiones incluso aunque sabía que me traería problemas (por ejemplo en el trabajo, con familiares o amigos o con la policía, etc.)"...	0.8718
(F)...fui capaz de suspender el consumo fácilmente aún después de 1 ó 2 copas"...	0.8734
(G)...fui capaz de suspender el consumo antes de llegar a la embriaguez"...	0.8753
(H)...tuve la urgencia de seguir bebiendo una vez que había empezado"...	0.8652
(I)...encontré difícil el resistirme a beber incluso durante 1 día"...	0.8741
(J)...fui capaz de frenar el consumo cuando quise"...	0.8810
Parte 3	
(A)"encontraría difícil limitar la cantidad que consumía"...	0.8142
(B)"empezaría a beber incluso después de haber decidido que no lo haría"...	0.8081
(C)"intentaría sólo tomar 1 ó 2 tragos y terminaría consumiendo más"...	0.8083
(D)"podría suspender el consumo (o beber menos) cuando yo quisiera"...	0.8329
(E)"empezaría a beber en ocasiones incluso aunque supiera que me traería problemas (por ejemplo en el trabajo, con familiares o amigos o con la policía, etc.)"...	0.8165
(F)"podría suspender el consumo fácilmente aún después de 1 ó 2 copas"...	0.8282
(G)"podría suspender el consumo antes de llegar a la embriaguez"...	0.8280

(H)"tendría la urgencia de seguir bebiendo una vez que haya empezado"...	0.8231
(I)"encontraría difícil el resistirme a beber incluso durante 1 día"...	0.8125
(J)"podría frenar el consumo cuando quisiera"...	0.8388

En la Tabla 4, mediante el método de extracción del Análisis Factorial por Extracción del Componente principal se obtuvieron diferentes porcentajes de la varianza para cada una de las partes de la ECD, llegando a tener una varianza acumulada total 42.852 lo cual explica la validez de constructo de esta escala.

Tabla 4. Explicación total del Análisis Factorial por extracción de componente principal

Componente	Extracción de la suma de cuadrados			Rotación de la suma de cuadrados		
	Total	% de Varianza	% Acumulada	Total	% de Varianza	% Acumulada
<i>1</i>	4.145	18.843	18.843	3.438	15.628	15.628
<i>2</i>	2.916	13.255	32.098	3.187	14.486	30.114
<i>3</i>	2.366	10.754	42.852	2.802	12.739	42.852

En la Tabla 5 podemos ver cada uno de los resultados promedio obtenidos en cada parte de la Escala de Control Deficiente (ECD), del Cuestionario sobre la Gravedad de la Dependencia al Alcohol (SADQ, por sus siglas en inglés) y de la Prueba para la Identificación de los Trastornos debidos al consumo de Alcohol (AUDIT, por sus siglas en inglés).

Podemos observar que en la Parte 1 de la ECD, se obtuvo un valor aproximado de 14, con lo que podemos intuir que, en los últimos 6 meses y de una manera leve a moderada, se ha intentado controlar el consumo de alcohol. En la Parte 2 de la ECD, observamos que el valor promedio obtenido fue de 29, por lo que el mal control (o control deficiente) en esta muestra es aparentemente moderado; en la última parte de esta escala, es decir, sobre como se percibe el control sobre la bebida para el futuro, aquél es referido como moderado, esto intuido por el puntaje obtenido (25 aproximadamente).

Ahora bien, enfocándonos hacia la gravedad de la Dependencia al alcohol, con el puntaje obtenido (de 46), se puede deducir que la población estudiada tuvo una gravedad moderada (esto partiendo a partir del valor máximo de 99). En relación al valor total obtenido con el AUDIT, podemos deducir que la población estudiada tuvo en promedio problemas físicos y/o psicológicos asociados al consumo de

alcohol y se corroboró la dependencia al mismo (puesto que se da como punto de corte un valor de 13 tanto para hombres como para mujeres).

Tabla 5. Valores promedio (\pm DE) para la Parte 1, 2 y 3 de la ECD, SADQ y AUDIT

	Parte 1 (valor máx = 25)	Parte 2 (valor máx = 50)	Parte 3 (valor máx = 50)	Total (valor máx = 125)	SADQ (valor máx = 99)	AUDIT TOTAL (valor máx = 40)
Promedio (\pm DE)	14.14 ± 3.72	29.48 ± 5.02	25.65 ± 6.63	69.28 ± 15.38	46.01 ± 23.39	26.05 ± 7.71

Ahora bien, con la Tabla 6 podemos determinar el patrón de consumo promedio de la población estudiada; ya que a partir de cada pregunta podemos deducir la frecuencia con que se consume alguna bebida alcohólica (con la pregunta 1), la cantidad de copas consumidas por ocasión (mediante la Pregunta 2) y la frecuencia con que se consumen más de 6 copas por ocasión, es decir, un consumo mayor al permitido por la Organización Mundial para la Salud (esto a través de la pregunta tres).

Desglosando el patrón de consumo podemos ver que la población estudiada, consume, en promedio, de 2 a 4 veces al mes hasta 2 a 3 veces por semana; llegando a beber, en promedio, de 5 a 6 copas por ocasión y llegando a sobrepasar los lineamientos permitidos por la OMS por lo menos mensualmente.

Tabla 6. Valores promedio (\pm DE) para la Parte 1 del AUDIT

	Pregunta 1	Pregunta 2	Pregunta 3	Total de Parte 1
Promedio (\pm DE)	2.97 \pm 0.87	2.44 \pm 1.27	2.84 \pm 1.09	8.26 \pm 2.04

Ahora bien, en la Tabla 7 se describen los valores promedio de cada ítem de la Parte 2 del AUDIT, los cuales están orientados hacia la dependencia al alcohol. Se puede ver que, en esta población en promedio, por lo menos mensualmente se es incapaz de parar de beber una vez que se ha empezado, es decir, un control deficiente (a través de la pregunta 4), además de que no se pudo realizar lo que se esperaba porque los sujetos habían bebido e incluso han tenido que beber en ayunas para atenuar los síntomas de abstinencia.

Tabla 7. Valores promedio (\pm DE) para la Parte 2 del AUDIT

	<i>Pregunta 4</i>	<i>Pregunta 5</i>	<i>Pregunta 6</i>	<i>Total de Parte 2</i>
Promedio (\pm DE)	2.33 ± 1.18	2.37 ± 1.20	2.15 ± 1.47	6.86 ± 2.56

La Tabla 8 nos permite ver algunas de las consecuencias por el consumo perjudicial de alcohol, como son los black out's, remordimientos o sentimientos de culpa así como el haber puesto en riesgo la integridad de alguna persona, debido al consumo de alcohol; y a través de esta tabla podemos ver que dichas consecuencias se presentaron, en la población estudiada, por lo menos mensualmente.

Tabla 8. Valores promedio (\pm DE) para la Parte 3 del AUDIT

	<i>Pregunta 7</i>	<i>Pregunta 8</i>	<i>Pregunta 9</i>	<i>Pregunta 10</i>	<i>Total de Parte 3</i>
Promedio (\pmDE)	2.86 ± 1.18	1.89 ± 1.34	2.40 ± 1.65	3.75 ± 0.72	10.92 ± 3.10

Como podemos ver en la Tabla 9, no se encontró correlación entre cada una de las partes de la ECD y el SADQ ni con el AUDIT.

Tabla 9. Coeficientes de correlación ente las Partes 1, 2 y 3 de la ECD con las mediciones de dependencia del SADQ y la Parte 2 del AUDIT así como con el AUDIT total

	<i>SADQ</i>	<i>AUDIT-2</i>	<i>AUDIT-Tot</i>
<i>Parte 1 ECD</i>	-0.039	-0.166	-0.138
<i>Parte 2 ECD</i>	0.167	0.069	-0.008
<i>Parte 3 ECD</i>	$0.0.90$	-0.040	-0.001

Finalmente, como podemos ver en la Tabla 10, al hacer la correlación entre el SADQ y la parte 2 del AUDIT, y por ende saber si había una relación entre la gravedad de la dependencia al alcohol (mediante el SADQ) y la dependencia encontrada con el AUDIT (en su parte 2) se encontró un valor de 0.393 y al correlacionarlo con el valor total del AUDIT se obtuvo un resultado de 0.498, por lo que no podemos decir que no son valores estadísticamente significativos.

Tabla 10. Correlación entre el SADQ y la Parte 2 del AUDIT y el puntaje total del AUDIT

	Parte 2 de AUDIT	Puntaje total de AUDIT
SADQ	<i>0.393</i>	<i>0.498</i>

VIII. DISCUSIÓN

Inicialmente pudimos encontrar que en su mayoría la población estudiada fueron hombres, siendo un 81% de la muestra y sólo menos de la quinta parte eran mujeres; aspecto que es de importancia ya que con este universo de estudio no se pudo encontrar un fenómeno de salud pública que se ha ido presentando en los últimos años: el incremento a nivel nacional sobre la prevalencia de las mujeres que padecen un consumo perjudicial de alcohol ^(21, 22, 23).

Además llama la atención que casi dos terceras partes de la población estudiada sean personas sin una relación sentimental estable, siendo esto de importancia ya que el ser soltero, viudo o divorciado son factores de riesgo para que se tenga un consumo patológico de alcohol ^(4, 6). Aunque esto puede ser un factor que sea influido por la población estudiada, es decir, pacientes de la Clínica de los Trastornos Adictivos, ya que en este lugar sólo entran a tratamiento pacientes con un diagnóstico dual (con un trastorno adictológico y otro cuadro psiquiátrico de manera concomitante). Por lo tanto, la condición de soltería, divorcio o viudez pueden ser factores desencadenantes para un cuadro psiquiátrico que refuerce o desencadene el consumo patológico de alcohol. Por lo que sería conveniente que en estudios posteriores se detallara más sobre el tiempo de consumo de alcohol y del estado civil, con la finalidad de poder esclarecer este factor aislado o correlacionado.

Además, en relación a las personas que se encuentran solteras, debemos considerar que en un futuro existirá la posibilidad de formar una familia y por ende, la posibilidad de engendrar hijos; con lo que existirá la posibilidad de aumentarles el riesgo a estos últimos de desarrollar la dependencia al alcohol (hasta 4 veces más que en la población general) o de algún otro trastorno de índole psiquiátrico, como sería Depresión o Trastorno borderline de la personalidad en las mujeres ^(1, 4, 6, 7, 35).

En relación a la escolaridad, casi dos terceras partes estudiaron el bachillerato y la secundaria, lo cual tiene gran importancia, ya que bien se sabe que la escolaridad es un factor protector para que un adolescente no desarrolle una adicción; así es que si sólo estudian hasta la secundaria o preparatoria, el riesgo para desarrollar un consumo patológico de alcohol será mucho mayor que los pares que tienen

mayores estudios ⁽³⁸⁾. Además esto tiene relevancia en la parte del rompecabezas llamado Control Deficiente para el consumo de alcohol, puesto que esto es de los primeros pasos en el camino llamado Dependencia.

Además, si a esto le sumamos que la población estudiada tiene una edad promedio de casi 34 años (con un rango de edad de 23 a 44 años), con lo que los coloca en una etapa de ser económicamente productivos. Y si, por el problema de dependencia a alcohol, no pueden ser activas laboralmente de una forma constante (por lo menos de manera mensual), el impacto socioeconómico será de importancia. Y pensando en las personas casadas (y por ende con la posibilidad de tener una familia), el estilo de crianza se verá muy influenciado por la educación de un padre dependiente a alcohol y con las consecuencias que esto implica ^(6, 7, 37).

En relación a la religión que profesan los sujetos estudiados, podemos ver que en su mayoría son católicos y en un menor porcentaje protestantes. Esto tiene una gran relevancia, ya que uno de las reglas religiosas de los protestantes (particularmente Testigos de Jehová y Mormones) es el que está prohibido beber alcohol; por lo que esto podría ser un factor “protector” para el desarrollo de un consumo perjudicial de alcohol. Aunque como pudimos ver en dicha población estudiada, esta característica religiosa al parecer no tuvo la suficiente fuerza “protectora” para el desarrollo de una dependencia al alcohol. En relación a la población católica, esto puede tener gran importancia en uno de los aspectos durante el tratamiento, ya que como bien es sabido, muchos de los grupos de autoayuda (específicamente Alcohólicos Anónimos) tienen una gran influencia religiosa como soporte durante el tratamiento.

Ahora bien, en relación a otro de los objetivos de este estudio, se pudo encontrar que la Escala de Control Deficiente tiene una alta confiabilidad interna, por lo que cada ítem tiene una congruencia ente sí, siendo demostrado en que cada ítem tenía valores del α de Cronbach mayores a 0.8 ⁽¹⁸⁾.

Con respecto al patrón de consumo de alcohol, por parte de la población estudiada, pudimos ver que el consumo es de beber por lo menos 1 vez por semana (aunque se podía llegar a beber hasta tres veces por semana) y llegando a beber por ocasión hasta 6 copas por ocasión (e incluso llegando a beber más de seis copas por ocasión por lo menos 1 vez por mes), aspecto que contrasta con los lineamientos permitidos por la Organización Mundial de la Salud, en los cuales se permite consumir hasta 3 copas por ocasión en el caso de los hombres y hasta 2 copas por ocasión en el caso de las mujeres; todo esto sin llegar a pasar más de 3 veces a la semana ⁽³²⁾.

En relación a los síntomas de dependencia al alcohol, reportados mediante el AUDIT, se encontró que mensualmente fallan en controlar el consumo de alcohol

y que el consumo llega a tener tal magnitud que suelen beber en ayunas para controlar algunos síntomas de abstinencia. Si comparamos esta magnitud reportada por el AUDIT con aquella reportada por el SADQ, podemos ver que la severidad de la dependencia al alcohol es moderada, sin embargo la correlación entre ambas mediciones no es muy fuerte, teniendo un valor de 0.41 al correlacionar la Parte dos del AUDIT con el SADQ y de 0.52 cuando se correlacionaba con el puntaje total del AUDIT.

Al analizar sobre la Parte 3 del AUDIT, podemos ver que las consecuencias de la dependencia al alcohol han generado la presencia de black out's o de sentimientos de culpa presentándose por lo menos una vez al mes; además de haber recibido el consejo de alguna persona de dejar de beber. Lo cual muestra algunas de las consecuencias sociales, físicas y psicológicas asociadas a la dependencia al alcohol. Al ver detalladamente hacia los síntomas más frecuentemente referidos por los pacientes, según el SADQ, se encuentra el *craving* por el alcohol, seguidos por nerviosismo al despertar, temblor en manos, sudoración matutina así como disforia matutina. Con esto, podemos deducir que estas son reforzadores negativos hacia el paciente con dependencia al alcohol, y por ende, se completará el ciclo ya descrito por el Dr. Koob y la Dra. Volkow ^(38, 39).

Ahora bien, en relación a la correlación entre cada parte de la ECD con el SADQ y el AUDIT, no se encontró alguna, dato que contrasta con la literatura previa reportada por Heather y col ^(13, 14, 15). Existen varias posibilidades a este respecto: que la población estudiada haya tenido una mejoría sobre el control de consumo y esto debido a que se encuentran bajo tratamiento médico psiquiátrico y psicoterapéutico. Por lo que sería conveniente replicar este estudio teniendo como universo de estudio a sujetos vírgenes a un tratamiento médico psiquiátrico ni psicoterapéutico, lo cual traería grandes implicaciones éticas, como son el que se tendrá que romper la confidencialidad del sujeto y se le tendrá que ofrecer un tratamiento médico, con la posibilidad que el sujeto la rechace (como parte de la negación formadora de la enfermedad). Ante esto, considero necesario el replicar este estudio, en otro universo poblacional, como son los dependientes a alcohol sin un diagnóstico dual, así como delimitar aspectos sobre el tiempo de evolución de la dependencia a etanol.

Se realizó un análisis factorial por extracción de componente principal, encontrándose una varianza acumulada de 42.852% para el presente estudio, sin embargo, dicho resultado que contrasta con el reportado en el artículo original de Heather, el cual reporta un 75% de la varianza.

Llama la atención que los datos obtenidos para la correlación no coinciden con los artículos originalmente descritos por Heather y col., aún cuando muchos de los resultados coinciden con el artículo original, entre los que caben mencionar los

valores promedio obtenidos en cada una de las partes de la ECD, por ejemplo en el artículo original de Heather se tenía para la Parte 1, 2 y 3 un puntaje promedio de 9.2, 27 y 23 respectivamente y comparado con los valores de este estudio que fueron de 14.14, 29.48 y 25.65 para las Partes 1, 2 y 3 respectivamente. Inclusive, algunos valores fueron mayores en este estudio comparados con los de Heather, por ejemplo, el puntaje promedio del SADQ en aquel estudio era de 20 (teniendo un rango de 1 a 59), comparado con el promedio de nuestro estudio que fue de 46 (teniendo un rango de 2 a 89), por lo que podemos deducir que el universo de este estudio tiene mayor severidad de la dependencia al alcohol y por ende, tendrían un peor control deficiente, situación que no se pudo documentar usando la ECD.

•

IX. CONCLUSIÓN

- Los hombres fueron los más afectados en la dependencia a etanol, siendo en su mayoría solteros, estando en el rango de población económicamente activa, y hasta una tercera parte estando desempleados; todo esto con las consecuencias familiares, de pareja, sociales, económicas y de crianza a los elementos de la familia.
- La religión y la escolaridad pueden seguir siendo considerados como factores “protectores” para el desarrollo de la dependencia a alcohol, aunque se necesitan hacer los estudios pertinentes para tener un sustento estadísticamente significativo.
- Se encontró que la Escala de Control Deficiente tiene una adecuada consistencia interna (con una α de Cronbach altamente significativa, mayor a 0.8), con lo que se cumplió uno de los objetivos de la investigación.
- Se encontró que la población con dependencia a etanol de la Clínica de los Trastornos Adictivos tiene un patrón de consumo de 4 veces por mes hasta 3 veces por semana, llegando a beber hasta 6 copas por ocasión como mínimo y en ocasiones (por lo menos una vez al mes o hasta por semana) llegan a beber más de 6 copas por ocasión.
- La mayoría de los síntomas reportados como severos, mediante el SADQ, para dependencia al alcohol son *craving* por el alcohol, síntomas neurovegetativos (como la sudoración matutina y temblor de manos) y síntomas cognitivos (como el nerviosismo y disforia matutina). Comparados con los síntomas referidos mediante el AUDIT, que son sentimientos de culpa, black out's, un control deficiente para el consumo de

alcohol y el beber en ayunas para recuperarse de un consumo fuerte el día anterior.

- No se encontró una validez de criterio externo estadísticamente significativa en la Escala de Control Deficiente entre los pacientes con dependencia a etanol de la Clínica de los Trastornos Adictivos del Instituto Nacional de Psiquiatría “*Ramón De la Fuente Muñiz*”. Aunque sería conveniente replicar este estudio en otro tipo de poblaciones.

X. REFERENCIAS

1. American Psychiatric Association (APA) (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edn. American Psychiatric Association, Washington, DC.
2. BABOR T.F., HIGGINS-BIDDLE J. C., SAUNDERS J. B. AND MONTEIRO M. G. Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol. Pautas para su utilización en Atención primaria, *Organización Mundial de la Salud*, 2001
3. BAER, J. S., KIVLAHAN, D. R. AND MARLATT, G. A. High-risk drinking across the transition from high school to college. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 19: 54–61, 1995.
4. CAETANO, R. The identification of alcohol dependence criteria in the general population. *Addiction*, 94: 255–267, 1999.
5. CARPENTER, K. M. AND HASIN, D. S. Drinking to cope with negative affect and DSM-IV alcohol use disorders: a test of three alternative explanations. *Journal of Studies on Alcohol*, 60: 694–704, 1999.
6. CHALDER, M., ELGAR, F. J. AND BENNETT, P. Drinking and motivations to drink among adolescent children of parents with alcohol problems. *Alcohol and Alcoholism*, 41: 107–113, 2006.
7. CHICK, J. AND DUFFY, J. C. Application to the alcohol dependence syndrome of a method of determining the sequential development of symptoms. *Psychological Medicine*, 9: 313–319, 1979.
8. CHUNG, T. AND MARTIN, C. S. Concurrent and discriminant validity of DSM-IV symptoms of impaired control over alcohol consumption in adolescents. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 26: 485–492, 2002.
9. FEINSTEIN A. Principles of medical statistics. Chapman & Hall/CRC, 2002

10. GARCÍA-PORTILLA M.P., MASCARÁN M.T., SÁIZ P.A., BOUSOÑO M., BOBES J. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. 4ª ed. Ars Medica, México, 2006
11. GÓMEZ ESPINOSA, M, CARAVEO ANDUAGA, J. Instrumentos de diagnóstico en la epidemiología psiquiátrica. Estado actual y perspectivas. *Salud Mental*, 19 (Supl 1): 60 - 64, 1996.
12. GONZÁLEZ-FORTEZA C, BORGES G, GÓMEZ C, JIMENEZ A. Los problemas psicosociales y el suicidio en jóvenes. Estado actual y perspectivas. *Salud Mental*, 19 (Supl abril): 33-38, 1996.
13. HEATHER, N., TEBBUTT, J. S., MATTICK, R. P. ET AL. Development of a scale for measuring impaired control over alcohol consumption: a preliminary report. *Journal of Studies on Alcohol*, 54: 700–709, 1993.
14. HEATHER, N., BOOTH, P. G. AND LUCE, A. Impaired control scale: cross-validation and relationships treatment outcome. *Addiction*, 93: 761–771, 1998.
15. HEATHER, N. AND DAWE, S. Level of impaired control predicts outcome of moderation-oriented treatment for alcohol problems. *Addiction*, 100: 945–952, 2005.
16. KNIGHT, J. R., WECHSLER, H., KUO, M. ET AL. Alcohol abuse and dependence among US college students. *Journal of Studies on Alcohol*, 63: 263–270, 2002.
17. KYPRI, K., LANGLEY, J. AND STEPHENSON, S. Episode-centered analysis of drinking to intoxication in university students. *Alcohol and Alcoholism*, 40: 447–452, 2005.
18. LARA MUÑOZ MC. PAC Psiquiatría-4. LIBRO 3 Evaluación clínica en Psiquiatría. Intersistemas, México, 2003.
19. MARSH, A., SMITH, L, SAUNDERS, B. ET AL. The Impaired Control Scale: confirmation of factor structure and psychometric properties for social drinkers and drinkers in alcohol treatment. *Addiction*, 97: 1339–1346, 2002.
20. MCLELLAN, A. T., LEWIS, D. C., O'BRIEN, C. P. ET AL. Drug dependence, a chronic mental illness: implications for treatment, insurance and outcomes evaluation. *JAMA*, 284: 1689–1695, 2000.
21. MEDINA-MORA ME. Mexicans and alcohol: patterns, problems and policies. *Addiction*, 102: 1041-1045, 2007.
22. MEDINA-MORA ME, BORGES G, FLEIZ C, BENJET C, ROJAS E, ZAMBRANO J, VILLATORO J, AGUILAR-GAXIOLA S. Prevalence and correlates of drug use disorders in Mexico. *Rev Panam Salud Publica*, 19(4): 265–76, 2006.
23. México, Secretaría de Salud, Consejo Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría, Dirección General de Epidemiología. Encuesta Nacional de Adicciones. México, D.F. Secretaría de Salud; 2002

24. LEEMAN R F., FENTON M., VOLPICELLI J R. Impaired control and undergraduate problem drinking. *Alcohol & Alcoholism*, 42 (1): 42-48, 2007.
25. PATOCK-PECKHAM, J. A., CHEONG, J., BALHORN, M. E. ET AL. A social learning perspective: a model of parenting styles, self-regulation, perceived drinking control, and alcohol use and problems. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 25: 1284-1292, 2001.
26. RUBIO G, BERMEJO J, CABALLERO MC, SANTO DOMINGO J. Validación de la prueba para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT) en atención primaria. *Rev Clin Esp*, 198: 11-14, 1998.
27. RUBIO G, UROSA B, RUBIO MC, ULIBARRI S, MATA F. Validación del cuestionario sobre la gravedad de la dependencia del alcohol en población española. *An Psiquiatría*, 12: 285-289, 1996.
28. RUBIO G, UROSA B, SANTO DOMINGO J. Validación de la escala de la intensidad de la dependencia al alcohol. *Psiquiatría Biológica*, 5 (Supl 1): 44-47, 1998.
29. SAINZ R. Unhealthy alcohol use. *N Eng J Med*, 352: 596-607, 2005.
30. SARTORIUS S., JANCA A. Psychiatric assessment instruments developed by the World Health Organization. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 31: 55-69, 1996.
31. SHER, K. J., WALITZER, K. S., WOOD, P. K. ET AL. Characteristics of children of alcoholics: putative risk factors, substance use and abuse, and psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 100: 427-448, 1991.
32. SLUTSKE, W. R. Alcohol use disorders among US collage students and their non-college-attending peers. *Archives of General Psychiatry*, 62: 321-327, 2005.
33. VILLATORIO J.A., MEDINA-MORA M.E., HERNÁNDEZ M., FLEIZ C., AMADOR N.G., BERMÚDEZ P. La Encuesta de estudiantes de nivel medio y medio superior de la Ciudad de México: noviembre 2003. Prevalencia y evolución del consumo de drogas. *Salud Mental*, 28 (1): 38-51, 2005.
34. WINTERS, K. C., LATIMER, W. AND STINCHFIELD, R. D. The DSM-IV criteria for adolescent alcohol and cannabis use disorders. *Journal of Studies on Alcohol*, 60: 337-344, 1999.
35. CARAVEO J., MEDINA-MORA, M.E., VILLATORO J.; RASCÓN M.L.; MARTÍNEZ-VÉLEZ N.A. El consumo de alcohol en adultos como factor de riesgo asociado con trastornos psíquicos en los niños. *Salud Mental*, 18(2) : 18-24, 1995.
36. ARELLANEZ-HERNÁNDEZ J., DIAZ-NEGRETE D.B., WAGNER-ECHEAGARAY F., PÉREZ-ISLAS V. Factores psicosociales asociados con el abuso y la dependencia de drogas entre adolescentes: análisis bivariados de un estudio de casos y controles. *Salud Mental*, 27 (3): 54-64, 2004.

37. VILLATORIO-VELASQUEZ J, MEDINA-MORA M. E., HERNÁNDEZ-VALDÉS M., FLEIZ C.M., AMADOR-BUENABAD N.G., BERMÚDEZ-LOZANO. La encuesta de Estudiantes de Nivel Medio y Medio Superior de la Ciudad de México: noviembre 2003. Prevalencias y evolución del consumo de drogas *Salud Mental*, 28(1): 38-51, 2003.
38. KOOB G.F. The neurobiologý of addiction: a neuroadaptational view relevant for diagnosis. *Addiction*, 101 (Suppl 1): 23-30, 2006.
39. VOLKOW N.D., FOWLER J. S., WANG G.J. The addicted human brain: insights from imaging studies. *J Clin Invest*, 111: 1444-1451, 2003.

Anexos

I. Prueba para la Identificación de los Trastornos debidos al consumo de alcohol (AUDIT)

Cuadro 4 Test de Identificación de Trastornos por consumo de alcohol: versión de entrevista.	
<p>Lea las preguntas tal como están escritas. Registre las respuestas cuidadosamente. Empezce el AUDIT diciendo «Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre su consumo de bebidas alcohólicas durante el último año». Explique qué entiende por «bebidas alcohólicas» utilizando ejemplos típicos como cerveza, vino, vodka, etc. Codifique las respuestas en términos de consumiciones («bebidas estándar»). Marque la cifra de la respuesta adecuada en el recuadro de la derecha.</p>	
<p>1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?</p> <p>(0) Nunca (Pase a las preguntas 9-10)</p> <p>(1) Una o menos veces al mes</p> <p>(2) De 2 a 4 veces al mes</p> <p>(3) De 2 a 3 veces a la semana</p> <p>(4) 4 o más veces a la semana</p>	<p>6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p>
<p>2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?</p> <p>(0) 1 o 2</p> <p>(1) 3 o 4</p> <p>(2) 5 o 6</p> <p>(3) 7, 8, o 9</p> <p>(3) 10 o más</p>	<p>7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p>
<p>3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p> <p>Pase a las preguntas 9 y 10 si la suma total de las preguntas 2 y 3 = 0</p>	<p>8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p>
<p>4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p>	<p>9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?</p> <p>(0) No</p> <p>(2) Si, pero no en el curso del último año</p> <p>(4) Si, el último año</p>
<p>5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p>	<p>10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?</p> <p>(0) No</p> <p>(2) Si, pero no en el curso del último año</p> <p>(4) Si, el último año.</p>
<p>Registre la puntuación total aquí</p>	
<p><i>Si la puntuación total es mayor que el punto de corte recomendado, consulte el Manual de Usuario</i></p>	

II. Cuestionario sobre la Gravedad de la Dependencia del Alcohol (SADQ)

En los últimos 6 meses, durante bebía mucho:

	<i>Nunca o casi nunca (0)</i>	<i>A veces (1)</i>	<i>Frecuentemente (2)</i>	<i>Casi siempre (3)</i>
1.- Me despertaba sudando				
2.- Tenía palpitaciones a primera hora de la mañana				
3.- Me temblaban las manos a primera hora de la mañana				
4.- Tenía náuseas a primera hora de la mañana				
5.- Todo mi cuerpo temblaba violentamente, si no bebía algo				
6.- Despertaba completamente bañado en sudor				
7.- Vomitaba a primera hora de la mañana				
8.- Temía que llegase la hora de levantarme				
9.- Temía con encontrarme con alguien la primera hora de la mañana				
10.- Me encontraba a disgusto al despertarme por la mañana				
11.- Me sentía próximo a la desesperación al despertarme				
12.- Me sentía aturdido al despertarme				
13.- Me sentía muy nervioso al despertarme				
14.- Me sentía asustado al despertarme				
15.- Me gustaba beber alcohol por la mañana				
16.- Me aseguraba que me quedara algo de alcohol para por la mañana				
17.- Tenía ganas de beber alcohol al despertarme				
18.- Me tomaba lo antes posible y de un trago las primeras copas de la mañana				
19.- Consumía por lo menos 4 copas de licor durante la hora siguiente al haberme levantado				
20.- Bebía por la mañana para calmar los temblores				
21.- Sentía una fuerte necesidad de alcohol al despertarme				
22.- Bebía más de 4 copas de licor al día				
23.- Bebía más de 8 copas de licor al día				
24.- Bebía más de 16 copas de licor al día				
25.- Bebía más de 32 copas de licor al día				
26.- Llegaba a beber en menos de 1hr 8 copas de licor				
27.- Llegaba a beber en menos de 1hr 16 copas de licor				

Si tras varias semanas de abstinencia tiene una recaída durante la cual pasa dos días bebiendo en exceso, ¿cómo se encontraría a la mañana siguiente a esos dos días?

	<i>Nada (0)</i>	<i>Un poco (1)</i>	<i>Moderadamente (2)</i>	<i>Bastante (3)</i>
28.- Por la mañana comenzaría a sudar				
29.- Tendría palpitaciones				
30.- Tendría temblor en las manos				
31.- Tendría nauseas				
32.- Mi cuerpo temblaría				
33.- Mis deseos de beber serían				

III. Escala de Control Deficiente (ECD)

Instrucciones: Este cuestionario consta de 3 partes con preguntas en relación a que tanto se puede controlar el consumo de alcohol a lo largo del tiempo establecido en cada apartado. Cada parte tiene un bloque de preguntas (marcadas con letras mayúsculas del abecedario) y cada una de las cuales deberán ser respondidas con lo siguiente:

(1): Nunca

(2): Rara vez

(3): A veces

(4): Frecuentemente

(5): Siempre

(0): No aplica [esta respuesta trate de usarla sólo cuando no encuentre otra opción de respuesta]

Parte 1

Intento de control. “Durante los últimos 6 meses...”

	No aplica (0)	Nunca (1)	Rara vez (2)	A veces (3)	Frecuentemente (4)	Siempre (5)
(A)...traté de limitar la cantidad que iba a tomar”...						
(B)...traté de resistirme la oportunidad a empezar a beber”...						
(C)...traté de frenar mi consumo”...						
(D)...traté de interrumpir mi consumo (o beber menos)”...						
(E)...traté de dejar de beber por un tiempo”...						

Parte 2

Mal control. “Durante los últimos 6 meses...”

	No aplica (0)	Nunca (1)	Rara vez (2)	A veces (3)	Frecuentemente (4)	Siempre (5)
(A)...encontré difícil limitar la cantidad que consumía”...						
(B)...empecé a beber aún después de haber decidido que no lo haría”...						
(C)...he intentado sólo tomar 1 ó 2 tragos y termino consumiendo más”...						
(D)...fui capaz de suspender el consumo (o beber menos) cuando yo quise”...						
(E)...empecé a beber en ocasiones incluso aunque sabía que me traería problemas (por ejemplo en el trabajo, con familiares o amigos o con la policía, etc.)”...						
(F)...fui capaz de suspender el consumo fácilmente aún después de 1 ó 2 copas”...						

(G)...fui capaz de suspender el consumo antes de llegar a la embriaguez”...						
(H)...tuve la urgencia de seguir bebiendo una vez que había empezado”...						
(I)...encontré difícil el resistirme a beber incluso durante 1 día”...						
(J)...fui capaz de frenar el consumo cuando quise”...						

Parte 3

Control percibido. “¿Qué piensa sobre lo que **pasará** ahora?”

	No aplica (0)	Nunca (1)	Rara vez (2)	A veces (3)	Frecuentemente (4)	Siempre (5)
(A)”encontraría difícil limitar la cantidad que consumía”...						
(B)”empezaría a beber incluso después de haber decidido que no lo haría”...						
(C)”intentaría sólo tomar 1 ó 2 tragos y terminaría consumiendo más”...						
(D)”podría suspender el consumo (o beber menos) cuando yo quisiera”...						
(E)”empezaría a beber en ocasiones incluso aunque supiera que me traería problemas (por ejemplo en el trabajo, con familiares o amigos o con la policía, etc.)”...						
(F)”podría suspender el consumo fácilmente aún después de 1 ó 2 copas”...						
(G)”podría suspender el consumo antes de llegar a la embriaguez”...						
(H)”tendría la urgencia de seguir bebiendo una vez que haya empezado”...						
(I)”encontraría difícil el resistirme a beber incluso durante 1 día”...						
(J)”podría frenar el consumo cuando quisiera”...						

IV. Consentimiento informado

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRIA DR RAMON DE LA FUENTE MUÑIZ CLINICA DE TRASTORNOS ADICITIVOS

Título del proyecto:

Validez y confiabilidad de la Escala de Control Deficiente de Consumo de Alcohol (ICS) en pacientes con dependencia a etanol de la Clínica de Trastornos Adictivos del Instituto Nacional de Psiquiatría

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Usted ha sido invitado a este estudio porque se le ha diagnosticado dependencia al alcohol. Este estudio requiere su consentimiento voluntario, así que por favor lea cuidadosamente la siguiente información y no dude en preguntar cualquier duda que se le genere. Podrá servir para orientarnos para identificar más tempranamente sobre la dependencia a alcohol y de esta forma poder dar un tratamiento oportuno que pueda mejorar el pronóstico y calidad de vida.

OBJETIVO

El objetivo de este estudio es conocer acerca del control que se tiene sobre el consumo de alcohol en pacientes mexicanos con dependencia a esta droga, lo cual nos permitirá mejorar el diagnóstico y así poder brindar un tratamiento oportuno.

PLAN DEL ESTUDIO

De aceptar participar en esta investigación, se le pedirá que complete 2 cuestionarios que contiene preguntas sencillas y breves; si tiene alguna duda sobre el significado o sentido de alguna pregunta no dude en acercarse a su médico para preguntarle. Los resultados de este cuestionario serán entregados a su médico tratante una vez que sean evaluados por el equipo de investigación.

PASOS A SEGUIR

1. Le pedimos 30 minutos de su tiempo, aproximadamente.
2. Esta evaluación no tendrá costo
3. Su participación es voluntaria y podrá retirar su consentimiento en el momento que lo desee sin inconvenientes para el tratamiento en el INPRF.

VENTAJAS POSIBLES

Al participar en esta investigación no tendrá un beneficio directo, sin embargo, ayudará a que en el Instituto Nacional de Psiquiatría conozcamos más sobre el de la dependencia al alcohol y podamos así ofrecer un mejor servicio de atención y calidad.

CONFIDENCIALIDAD

Los datos obtenidos a partir de estos cuestionarios serán manejados con estricta confidencialidad. En ningún momento se hará del conocimiento de terceros (fuera de su médico) o su nombre o datos personales que permitan tu identificación.

DISPOSICIONES GENERALES

Si tiene alguna duda o necesita información adicional no dude en solicitarla al médico quien le entregó este sobre o podrá comunicarse con el Dr. Christian Emmanuell González Escobar al teléfono 56552811 ext 527, ó con la Dra. Rosa Díaz Martínez 362.

Nombre y firma del paciente: _____

Fecha: _____

Nombre y firma del médico: _____

Nombre y firma de un testigo 1: _____

Nombre y firma de un testigo 2: _____