



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA



DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA MÉDICA, PSIQUIATRÍA Y SALUD
MENTAL

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ

MACROPROYECTO: DESARROLLO DE NUEVOS MODELOS PARA LA PREVENCIÓN Y
EL TRATAMIENTO DE CONDUCTAS ADICTIVAS (MP6)

“PROYECTO PARA EL TRATAMIENTO DE ESTUDIANTES CON DEPENDENCIA AL
ALCOHOL DE BACHILLERATO Y LA LICENCIATURA DE LA UNAM” MP6-16

“VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO INVENTARIO DE SITUACIONES DE
CONSUMO DE ALCOHOL (ISCA) EN BEBEDORES CON DEPENDENCIA
AL ALCOHOL, CON CONSUMO PELIGROSO Y DAÑINO EN
ESTUDIANTES DE BACHILLERATO Y LICENCIATURA DE LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO”.

Tesis que para obtener el diploma de especialista en Psiquiatría.
PRESENTA:

Dra. Betty Marjorie Rothschild Fuentes

TUTOR TEÓRICO

TUTOR METODOLÓGICO

Dr. Alejandro Díaz Martínez

Dra. Leonila Rosa Díaz Martínez

Agosto 2009.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE	PÁGINA
AGRADECIMIENTOS	3
RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN	7
MARCO TEÓRICO	19
JUSTIFICACIÓN	51
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	53
OBJETIVOS	53
HIPÓTESIS	54
MATERIAL Y MÉTODOS	54
RESULTADOS	60
DISCUSIÓN	86
CONCLUSIONES	88
BIBLIOGRAFÍA	90
ANEXOS	98

AGRADECIMIENTOS

Si lo que hacemos es reflejo de lo que somos y esto a su vez lo es de lo que vivimos, de quienes nos rodean y nos acompañan, debo agradecer en primer lugar a en quien creo firmemente me ha acompañado, sostenido y fortalecido a lo largo de mi vida, su nombre es Dios, porque sin Él, nada soy y nada puedo.

Hace muchos años descubrí el significado más simple de las estrellas: siempre están ahí, aunque no siempre las veas, el recuerdo de su brillo hermoso permanece en el corazón y en la oscuridad brillan con más fuerza, agradezco a Margarita YiCheo López y a Angel Fuentes Domínguez, mis eternas estrellas personales, sin cuyo resplandor nunca hubiera encontrado la guía en mi vida.

Siempre he pensado que venimos a este mundo a aprender, agradezco a mis primeros maestros de vida: Margarita Fuentes Sandoval, gracias mamá por darme siempre lo mejor de ti, por luchar por mí y defenderme siempre con todas tus fuerzas. Y sí, a Erich Rothschild Goldenberg por haberme aceptado cuando te pedí el regalo de la vida, aunque te hayas ido a menudo recuerdo tus palabras.

Como los hermanos son regalos naturales de la vida, agradezco a mi mejor amiga, a Lourdes del Carmen Fuentes Sandoval.

Agradezco a personas fuertes por su ejemplo silencioso de trabajo y honestidad:
María Luisa Fuentes Domínguez y María Isabel Fuentes Sandoval.

Tendría que agradecer a mis Asesores en este trabajo, en principio a mi Asesor Teórico el Doctor Alejandro Díaz Martínez, sin cuya orientación este trabajo no habría sido concluido; sin embargo, agradezco más al hombre amigo, afectuoso y humano quien hace ya casi veinte años, sembrara en mí con su ejemplo y dedicación incansable, el amor y el interés por la Psiquiatría y el enfermo mental.

Del mismo modo por su ejemplo de trabajo y voluntad inquebrantables, agradezco a la Doctora Leonila Rosa Díaz Martínez, mi Asesora Metodológica, a quien además tengo el honor de poder llamar amiga.

Aunque al parecer los elegimos, y con esto se convierten en familia, agradezco a los amigos que me acompañan siempre, por su impulso en los momentos de debilidad y dificultad y por compartir las alegrías.

Gracias a todas las personas que de una u otra forma contribuyeron a mi formación profesional y a quienes cuyo trabajo y esfuerzo hicieron posible la realización de la presente investigación.

RESUMEN

OBJETIVO: Llevar a cabo el procedimiento para la validación interna del instrumento Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol en estudiantes universitarios que cumplen criterios diagnósticos de dependencia a alcohol, consumo peligroso y consumo dañino. **MATERIAL Y MÉTODOS:** La muestra consta de 596 estudiantes universitarios de primer ingreso a la Universidad Nacional Autónoma de México, del bachillerato y la licenciatura, de los cuales 160 cumplieron los criterios para dependencia al alcohol, 238 con consumo dañino y 198 con Consumo Perjudicial a través de la Entrevista CIDI y con una puntuación mínima en el AUDIT de 6. Las variables del estudio fueron analizadas mediante el paquete estadístico para ciencias sociales (SPSS versión 10). **RESULTADOS:** A través de un análisis factorial de componentes principales con rotación varimax donde se obtuvieron 18 factores que proporcionaron una confiabilidad de .978 y una varianza explicada de 67.763. **CONCLUSIONES:** El Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol es un instrumento válido y confiable para evaluar las situaciones de riesgo de consumo de alcohol en tres tipos de bebedores.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To accomplish the procedure for the internal validation of the instrument Inventory of Drinking Situations (IDS) among University students that fit with the Diagnostic Criteria of Alcohol Dependence and High Risk Consume.

MATERIAL AND METHOD: This is a transversal study, of the process to obtain the validity and reliability of the instrument. The sample is of 596 University students of first admission at the Universidad Nacional Autónoma de México from High School and Bachelor Degree, from which 160 accomplished the Alcohol Dependence Criteria, 238 with Harmful Consume and 198 with Hazardous Consume through the Composite International Diagnostic Interview and with a minimal score of 6 at the Alcohol Use Disorders Identification Test. The variables of the study were analyzed with The Statistical package for the Social Sciences 10(SPSS 10). **RESULTS:** The largest factors were extracted and varimax rotated through a factor analysis with principal components, with a reliability of .978 and a validity of 67.763. **CONCLUSIONS:** The IDS is a valid and reliable instrument for the evaluations of the risk situations of consumption of alcohol on at least three clinical diagnoses of alcohol related problems.

INTRODUCCIÓN

Dado que el alcoholismo es una condición crónica con alto riesgo de recaídas, no es sorprendente que el incremento de éstas y sus motivaciones sean reconocidas como un punto de tratamiento e investigación, para lo cual es necesario tener en consideración las condiciones que motivan que una persona consuma o no alcohol, es decir, lo que propicia las recaídas.

De acuerdo a lo anterior, el concepto de motivos para beber está basado en que la gente bebe para obtener una respuesta determinada, lo cual supone que el comportamiento de beber está motivado por diferentes necesidades o cumple diferentes funciones. En otras palabras, los motivos o razones para beber representan un marco de decisiones subjetivo para el uso de alcohol basado en la experiencia personal, situación y expectativas (7).

Dentro del modelo motivacional, las expectativas se definen como las creencias acerca de los comportamientos positivos y negativos, efectos emocionales y cognitivos de la ingesta de alcohol, expectativas definidas como “una probabilidad sostenida por el individuo de que un reforzamiento particular ocurrirá como una función de un comportamiento específico”; este término, supone que una persona toma una decisión de beber o no, la cual es una combinación de procesos emocionales y racionales en base a los cambios

afectivos que la persona espera obtener por beber comparados con el no beber (8).

De acuerdo a lo anterior, la decisión de beber se encuentra inmersa tanto en factores históricos y corrientes como en efectos esperados y motivos para beber. Los factores históricos se relacionan con la reactividad bioquímica al alcohol (por ejemplo la disposición genética para reaccionar positiva o negativamente al alcohol), características de personalidad (por ejemplo inconformidad, impulsividad, extroversión, búsqueda de sensación o auto devaluación), factores socio culturales y factores ambientales. (Por ejemplo, estilos específicos de beber según la cultura), y el reforzamiento pasado a partir de la bebida. Los factores comunes están asociados con calidad de vida en términos de la cantidad y calidad de los incentivos positivos o negativos prevaletentes para beber y factores situacionales (por ejemplo si el alcohol está disponible o expuesto a la gente que bebe).

En el área de investigación, históricamente se ha carecido de métodos estandarizados para evaluar y analizar las situaciones de consumo de alcohol. Un paso importante fue el desarrollo del Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (IDS) por Helen Annis en la Fundación de Investigación de Adicción en Toronto. Si bien es cierto que este Inventario ha sido utilizado en México por autores como Echeverría y Ayala (no publicado) primero, y posteriormente Barragán (29) y Medina Mora (23); en México se carece de

estudios formales que demuestren que dicho Inventario cumple características estadísticas y científicas aceptables para la población mexicana.

La importancia del estudio de las expectativas radica fundamentalmente en la posibilidad de modificarlas y de esta manera reducir los patrones de abuso de alcohol, o mejor aún, impedir que lleguen a desarrollarse. En diferentes trabajos se ha demostrado la posibilidad de manipular experimentalmente las Expectativas sobre el Alcohol (EA) (37) (38) (39). Con la implementación de programas tendientes a modificar los patrones de consumo de alcohol por medio de la modificación de las EA se han obtenido resultados satisfactorios.

Por todo lo anterior, es de vital importancia el contar con instrumentos confiables que definan las situaciones específicas que motivan el consumo de alcohol en adultos jóvenes con dependencia al alcohol para poder establecer programas dirigidos a atacar estos escenarios precipitantes, por lo que se propone el presente estudio para llevar a cabo la validación interna del instrumento Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol en estudiantes universitarios que cumplan criterios diagnósticos de dependencia a alcohol, consumo peligroso y consumo dañino de alcohol en una muestra de estudiantes universitarios, adolescentes y adultos jóvenes.

Para tales fines se propone el presente estudio transversal, de proceso para obtener validez y confiabilidad de un instrumento según lo indicado por Feinstein en el que se eligió una muestra la cual consta de 596 estudiantes universitarios de primer ingreso a la Universidad Nacional Autónoma de

México del bachillerato y la licenciatura, de los cuales 160 cumplieron los criterios para dependencia al alcohol, 238 con consumo dañino y 198 con consumo peligroso. Las variables del estudio fueron analizadas mediante el paquete estadístico para ciencias sociales (SPSS versión 10), se describen las características de la muestra obteniendo frecuencias simples y medias de edad. Posteriormente se hizo una prueba de consistencia interna de la escala ISCA, a través del coeficiente de confiabilidad alpha de Cronbach, con la finalidad de observar su funcionamiento en esta muestra (con reporte del valor de alpha y el valor en cada uno de los reactivos), para determinar si la escala resultó confiable. También se trabajó sobre la estructura interna de la escala a través del análisis factorial de componentes principales con rotación varimax donde se determinó cuántos factores se encontraron y con qué porcentaje de varianza explicada y que carga factorial se encuentran en cada uno de los reactivos; para determinar si la escala es válida. Se obtuvieron 18 factores que proporcionaron una confiabilidad de .978 y una varianza explicada de 67.763 con lo que el presente estudio muestra que el Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol es un instrumento válido y confiable para evaluar las situaciones de riesgo de consumo de alcohol en tres tipos de bebedores: dependientes, con consumo peligroso de alcohol y consumo dañino de alcohol estudiantes universitarios, adolescentes y adultos jóvenes.

Respecto de la validación existen todavía retos que solventar como la reproducción factorial que han podido llevar a cabo autores en diferentes países como Alemania y Estados Unidos y finalmente, es recomendable llevar a cabo estudios de validez y confiabilidad de este instrumento en otras

poblaciones como serían grupos de mayor edad, población general y población que acude a los servicios clínicos en busca de atención a problemas de alcohol y que suelen presentar problemas relacionados a este consumo de mayor severidad. Mas aún, se propone continuar con los pasos del método de validación de instrumentos que permitan obtener un Inventario mucho más depurado como sería la validación por consenso de profesionales en este campo.

y que suelen presentar problemas relacionados a este consumo de mayor severidad. Mas aún, se propone continuar con los pasos del método de validación de instrumentos que permitan obtener un Inventario mucho más depurado como sería la validación por consenso de profesionales en este campo.

ANTECEDENTES

EL ESTUDIO DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN MÉXICO

El uso de las bebidas alcohólicas comienza a plantearse como problema social o colectivo, cuando se dan circunstancias sociales y culturales que fomentan y permiten su uso generalizado, con todas sus consecuencias (24).

Los patrones de consumo de alcohol, y las consecuencias de dicho consumo, han sido considerados en formas diferentes según la cultura en que se han producido y han reaccionado de forma diferente en función de sus propios valores y situaciones (25).

En México y en general en la región de América Latina, el abuso de sustancias es un importante problema de salud pública. El informe mundial de salud de la OMS del 2002 (26) reporta el impacto de factores de riesgo sobre la mortalidad prematura y los días vividos con discapacidad, conocidos como DALY's por sus siglas en inglés, el estudio mostró que para el conjunto de países en vías de desarrollo con bajas tasas de mortalidad, entre los factores

incluidos en el análisis, el alcohol aparece en primer lugar; es responsable del 6.2% de los DALY's totales. En los países desarrollados, el consumo de alcohol aparece en tercer lugar (responsable del 9.2% de los DALY's)

En México se han hecho cuatro Encuestas Nacionales de Adicciones (ENA). En 1998 la prevalencia de consumo nacional de alcohol fue de 58.1% (77.0% en hombres y 44.6% en mujeres) (25). Esta prevalencia fue menor que la observada cinco años antes. En 1993, se informó una prevalencia global de 66.5%, mientras que la prevalencia en hombres no mostró gran cambio para 1998 (se había notificado una prevalencia de 77.2% en 1993), la correspondiente en mujeres fue sensiblemente menor a 57.5% estimado en 1993 (24). Sin embargo, ambas estimaciones, son mayores que las observadas en la primera ENA realizada en 1990, en la cual 73.4% de los hombres y 36.5% de las mujeres consumían bebidas alcohólicas (27).

La ENA realizada en el 2002, como en otras ocasiones incluye a individuos en el rango de edad de 12 a 65 años. En el país hay poco más de 32 millones de bebedores (32'315,760) que representan al 46% de la población entre 12 y 65 años de edad de ambos sexos. El consumo en comunidades rurales es menor pues alcanza solamente al 32% de la población de ambos sexos. Con respecto a anteriores encuestas la tendencia sugiere que son los hombres quienes más beben, en una proporción de 1.69 hombres por cada mujer cuando se considera a la población urbana y hay una diferencia

considerablemente mayor, de 3.2 hombres por cada mujer en las comunidades rurales (28).

Una proporción importante de la población mexicana entre 12 y 65 años, afronta problemas con el manejo del alcohol, ya que 4 % reportó haber experimentado tres o más síntomas de dependencia y de ellos casi 10 % eran menores de edad. Los problemas sociales fueron también importantes, 7% de la población de bebedores, reportó discusiones o peleas de pareja mientras estaba tomado (a), 2% admitió problemas con la policía mientras iba conduciendo después de beber y 4.6% tuvo problemas con las autoridades cuando no iba conduciendo (28).

Si bien estos datos demuestran la importancia de abordar el problema del consumo de alcohol como un problema de salud en México, y particularmente en la población joven; no se cuenta en México aún con instrumentos validados científicamente, que ayuden a identificar las características particulares del riesgo de consumo de la población mexicana para posteriormente desarrollar programas de acción dirigidos a estas situaciones de riesgo de consumo, bajo conceptos científicos universales que se mencionan a continuación.

VALIDACIÓN DE ESCALAS DE MEDICIÓN EN SALUD

El método científico, en su positivismo lógico, se ve avocado a un reduccionismo necesario pero a veces limitante, que supone colapsar conceptos anatómicos, fisiológicos, fisiopatológicos, nosológicos, psicológicos, antropológicos o sociales, en variables que, como sus representantes, deben ser medidas (33). El establecer la frecuencia de un evento relacionado con la salud, o determinar los factores que con él se asocian, implica una adecuada selección de los seres humanos que serán objeto del estudio y una cuidadosa medición de características que denominamos variables (34). Los aciertos o errores en el proceso de medición de estas variables pueden afectar la validez de los datos: esto quiere decir que se puede perder la correspondencia entre el resultado de la medición y la realidad del fenómeno que se está estudiando. Por lo tanto, medición y validez son dos elementos inseparables en todo tipo de investigación científica.

De manera elemental la medición se define como situar algo al lado de un patrón de referencia para ver a qué valor de ese patrón corresponde.

A veces la condición que se quiere medir no se puede delimitar de manera precisa, o no puede establecerse para ella una medida simple: este caso es frecuente cuando el fenómeno de interés es muy complejo y presenta características en diferentes niveles, tal y como ocurre usualmente en fenómenos psicológicos o sociales, donde muchos de los diagnósticos o

definiciones que usualmente se manejan corresponden a categorías más bien inespecíficas.

El siguiente paso en la construcción de escalas es medir cada uno de los Dominios o Factores, lo cual habitualmente se hace mediante preguntas o aspectos de exploración específicos (item) cuya respuesta o resultado puede darse en un escalamiento categórico o continuo.

La resultante colección de ítem que miden Factores, que a su vez constituyen un síndrome que no es directamente mensurable, es lo que se denomina una escala (35).

El proceso de construcción de una escala puede esquematizarse en la siguiente secuencia:

- a. Estamos ante algo que creemos que realmente existe y que queremos medir.
- b. Lo que queremos medir es un fenómeno complejo, que no es observable directamente y que tiene manifestaciones o maneras de expresarse que no son constantes.
- c. Se descompone lo que queremos medir en grupos de síntomas o manifestaciones que siempre están presentes. Esos grupos se llaman Factores o Dominios.
- d. Se desarrolla una estrategia para medir los Factores o Dominios, usualmente mediante la construcción de ítem.

El proceso de "certificación" que se ha presentado es lo que se denomina "validación de escalas". Utilizando una terminología técnica, los pasos anteriores pueden describirse así:

- a. Validez de Apariencia: La escala parece medir lo que debe medir.
- b. Validez de Constructo: La escala no deja factores sin medir ni mide dominios que no son del síndrome.
- c. Validez de Criterio: La escala funciona parecido a otros instrumentos.
- d. Confiabilidad test–retest o ínter evaluador: La escala funciona bien bajo diferentes condiciones.
- e. Sensibilidad al Cambio: La escala detecta modificaciones de la realidad que mide.
- f. Utilidad: Es una escala fácil de aplicar y procesar.

En el área de la salud existen muchísimos instrumentos de medición que caben en el concepto de escala. Es lógico que esto sea así, dada la complejidad de muchos de los fenómenos que se tienen que medir (actitudes, creencias, comportamientos, adaptación, autonomía, ajuste social, etc.). La mayoría de estas escalas ha sido desarrollada en países de habla inglesa, lo cual genera una serie de inconvenientes cuando se van a utilizar en países con lenguajes o culturas diferentes. El tener que aplicar estas escalas en pacientes de una cultura diferente de la cultura en la cual se desarrolló, por parte de clínicos de una cultura distinta de la de los clínicos con quienes se creó el instrumento y con un ajuste lingüístico que supone la traducción, implica que

se debe repetir el proceso de certificación del instrumento, es decir, de validación de la escala (36).

A continuación se muestran brevemente los perfiles que Annis propone que se medirán con el Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol y que tuvo que ser evaluado como se ha descrito anteriormente para la realización y validación de todo instrumento.

ANTECEDENTES ISCA

Los perfiles del Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol ISCA de 286 bebedores con dependencia de moderada a severa, que inician un tratamiento (en la Clínica de la Addiction Research Foundation en Toronto, Canadá) fueron sujetos a un análisis de Perfil Modal, una estrategia de clasificación multivariada, basada en el concepto de "tipos ideales". Se encontró que el 88% de la muestra clínica se podía clasificar en uno de cuatro "tipos ideales": Perfil Negativo Alto (24%); Perfil Positivo Alto (8%); Perfil Bajo de Malestar Físico (30%); y Perfil Bajo de Probando Auto Control (26%). El grupo de Perfil Negativo Alto se caracterizó por un puntaje elevado en las subescalas: Emociones Desagradables y Conflicto con Otros, mientras que el grupo de Perfil Positivo Alto tenía puntajes bajos en estas dos subescalas y elevados en las subescalas de Emociones Agradables, Presión Social y Momentos Agradables con Otros. El Perfil de Malestar Físico Bajo reportó el menor puntaje en esta escala y el Perfil Bajo en Probando Autocontrol se distinguió

por los puntajes más bajos en los reactivos relacionados con consumo excesivo en estas situaciones (2).

Cannon en 1990 fue el primero en realizar el análisis factorial de la escala tratando de replicar el modelo de Annis obteniendo 3 factores principales de consumo (8) descritos como situaciones positivas, situaciones negativas y probando el autocontrol, siendo este estudio realizado en población adulta (31).

Posteriormente Victorio Estrada en Alemania intentó replicar el estudio de Cannon obteniendo efectivamente agrupación de los reactivos en 3 factores; si bien los reactivos no fueron los mismos que los elegidos según Cannon y Annis previamente, se obtuvieron índices de confiabilidad que van de 92 % a 96 % en dichos factores (30).

En este sentido, recientemente en 2005 sólo Parra (32) ha tratado de replicar el análisis factorial de la escala de 100 reactivos en adolescentes, obteniendo igualmente un análisis de 3 factores principales, los mismos descritos anteriormente por Cannon y Victorio Estrada (30).

En México, el Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol fue adaptado a la población mexicana en 1997 por Echeverría y Ayala, (no publicado) los puntajes de las 8 sub-escalas conformaron una distribución normal, mostrando confiabilidad en bebedores problema; y validez de contenido aceptable, representando el universo de situaciones de recaída, documento no publicado.

Posteriormente fue utilizado por Barragán (29) y Medina Mora (23) en un estudio piloto para la Adaptación de un modelo de intervención Cognoscitivo Conductual para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas.

De acuerdo a esto, el Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol parece ser una herramienta objetiva y útil para la evaluación estandarizada de situaciones de consumo en diferentes poblaciones

MARCO TEÓRICO

SISTEMAS DIAGNÓSTICOS EN ALCOHOLISMO

Al principio de la década de 1960, el programa de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS.) participó activamente en un proyecto destinado a mejorar el diagnóstico y la clasificación de los trastornos mentales. Durante ese período, la OMS. organizó una serie de reuniones para revisar la situación en este terreno. En ellas participaron representantes de distintas disciplinas y de varias escuelas del pensamiento psiquiátrico de todo el mundo. Esto sirvió para estimular y llevar a cabo investigaciones sobre criterios de clasificación y sobre fiabilidad diagnóstica y para diseñar y publicar instrumentos para evaluaciones conjuntas, entrevistas video grabadas y otros métodos prácticos de investigación. Hubo muchas propuestas para mejorar la clasificación de los trastornos mentales, que surgieron de éste gran número de consultas. Todas ellas se tuvieron en cuenta en el borrador de la Octava Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-8). En

MARCO TEÓRICO

SISTEMAS DIAGNÓSTICOS EN ALCOHOLISMO

Al principio de la década de 1960, el programa de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS.) participó activamente en un proyecto destinado a mejorar el diagnóstico y la clasificación de los trastornos mentales. Durante ese período, la OMS. organizó una serie de reuniones para revisar la situación en este terreno. En ellas participaron representantes de distintas disciplinas y de varias escuelas del pensamiento psiquiátrico de todo el mundo. Esto sirvió para estimular y llevar a cabo investigaciones sobre criterios de clasificación y sobre fiabilidad diagnóstica y para diseñar y publicar instrumentos para evaluaciones conjuntas, entrevistas video grabadas y otros métodos prácticos de investigación. Hubo muchas propuestas para mejorar la clasificación de los trastornos mentales, que surgieron de éste gran número de consultas. Todas ellas se tuvieron en cuenta en el borrador de la Octava Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-8). En paralelo con estas actividades, se elaboró un glosario que definía cada una de las categorías de los trastornos mentales. A continuación, el propio programa de la OMS. constituyó una red de personas y centros que continuaron trabajando en la mejora de la clasificación en psiquiatría (12).

En la década de 1970 creció aún más el interés por mejorar la clasificación psiquiátrica a nivel mundial, tendencia que se vio favorecida por el aumento del número de encuentros científicos internacionales, por el desarrollo de varios

estudios de colaboración internacional y por la disponibilidad de nuevos tratamientos. Sociedades psiquiátricas de muchos países impulsaron el desarrollo de criterios específicos para la clasificación y para mejorar la fiabilidad diagnóstica (13).

En concreto, la Asociación Psiquiátrica Americana de los EE.UU. de Norteamérica hizo y publicó su Tercera Revisión del Manual Diagnóstico y Estadístico, el cual incorpora criterios operativos de clasificación. En 1978 la OMS. se incorporó a un proyecto de colaboración a largo plazo con la Administración para Salud Mental y Abuso de Alcohol y Drogas (A.D.A.M.H.A.) en los EE.UU., con el objeto de facilitar mejoras posteriores de la clasificación y el diagnóstico de los trastornos mentales y de problemas relacionados con el alcohol y las drogas. Una serie de grupos de trabajo reunió a investigadores de diferentes escuelas psiquiátricas y culturas. Estos grupos de trabajo revisaron la situación en áreas concretas y dieron recomendaciones para investigaciones futuras. En 1982 se celebró en Copenhague (Dinamarca) un importante Congreso Internacional sobre Clasificación y Diagnóstico para revisar las recomendaciones de estos grupos de trabajo y para esbozar un programa de investigación y las directrices del trabajo a seguir (14).

A partir de ahí, nacieron esfuerzos de investigación para llevar a la práctica las recomendaciones del Congreso de Copenhague tan diversos como importantes. Uno de ellos, que implicó a centros de 17 países, tuvo como objetivo el desarrollo de un instrumento (Entrevista Diagnóstica Internacional

Compuesta, CIDI) adecuado para llevar a cabo estudios epidemiológicos sobre los trastornos mentales en grupos de población general en diferentes países. Otro esfuerzo importante, ha sido el desarrollo de un instrumento de evaluación para la utilización clínica (Escala de Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría, SCAN,). También se ha iniciado un estudio en diferentes países para lograr un instrumento para la evaluación de los trastornos de personalidad (Examen Internacional de Trastornos de Personalidad, IPDE). Además, se han preparado o están en preparación varios glosarios (15).

A partir de entonces se han hecho revisiones subsiguientes, encontrándonos en el momento actual en la Décima versión de la que corresponde a la Clasificación Internacional de las Enfermedades o CIE-10 que comprende la clasificación de los diagnósticos Médicos.

CIE-10

Esta Clasificación Internacional de Enfermedades incluye una sección específica para Trastornos Mentales muy diversos, entre los cuales se encuentran los relacionados con las distintas condiciones de adicciones, cuya gravedad va desde la intoxicación no complicada y el consumo perjudicial hasta cuadros psicóticos y de demencia manifiestos. Todos ellos son secundarios al consumo de una o más sustancias psicotropas (aun cuando hayan sido prescritas por un médico). La sustancia referida se indica mediante

el segundo o tercer carácter (los dos primeros dígitos tras la letra F) y el cuarto y quinto caracteres codifican los cuadros clínicos concretos. Para ahorrar espacio, todas las sustancias psicótropas se enumeran al principio, seguidas por los códigos del cuarto carácter, los cuales son aplicables a todas las sustancias psicótropas que lo requieran. Sin embargo, no todos los códigos del cuarto carácter son aplicables a todas y cada una de las sustancias.

Pautas para el diagnóstico

La identificación de la sustancia psicótropa involucrada en estos trastornos puede hacerse a partir de los datos proporcionados por el propio individuo, de los análisis objetivos de muestras de orina, sangre, etc. o de cualquier otra fuente (muestras de sustancias en las pertenencias del enfermo, síntomas y signos clínicos o información proporcionada por terceros). Siempre es aconsejable corroborar en varias fuentes la información sobre el consumo de la sustancia en cuestión.

Los análisis objetivos son la evidencia más fiable del consumo actual o reciente de una sustancia, pero tienen sus limitaciones a la hora de evaluar el consumo en el pasado o el grado del mismo en el presente. Muchos de los que consumen sustancias psicótropas no se limitan a una sola. No obstante, la clasificación diagnóstica del trastorno debe hacerse, cuando sea posible, de acuerdo con las sustancias (o de la clase de sustancias) consumidas más importantes. Por ello, en caso de duda, hay que tener en cuenta la sustancia o el tipo de sustancia que causa el trastorno presente en el momento y aquella

que se consume con más frecuencia, en especial cuando se trata de un consumo continuo o cotidiano. Únicamente en los casos en los que el consumo es errático e indiscriminado o en los que se recurre a una mezcla inseparable de diferentes sustancias, debería codificarse en F19, es decir, como Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples sustancias psicótropas o de otras sustancias psicótropas. Si se hubiera identificado el consumo de varias sustancias concretas, todas ellas deben ser codificadas. El uso patológico de otras sustancias no psicótropas como laxantes, aspirinas, etc., debe codificarse de acuerdo con F55, abuso de sustancias que no crean dependencia (con un cuarto carácter para especificar el tipo de sustancia consumida).

Los casos en los que los trastornos mentales (particularmente delirium en la edad avanzada) sean debidos a sustancias psicótropas, pero sin la presencia de uno de los trastornos incluidos en este capítulo (por ejemplo, uso perjudicial o síndrome de dependencia) deberían codificarse en F00-F09. Cuando un cuadro de delirium se superpone a uno de los trastornos incluidos en esta sección debería codificarse mediante F1x.3 ó F1x.4. El modo de implicación alcohólica puede ser indicado mediante un código suplementario del capítulo XX de la CIE-10, Y90 (evidencia de implicación alcohólica determinada por el contenido plasmático de alcohol) o Y91 (evidencia de implicación alcohólica determinada por el grado de intoxicación).

F1x.0 Intoxicación aguda

Se trata de un estado transitorio consecutivo a la ingestión o asimilación de sustancias psicotropas o de alcohol que produce alteraciones del nivel de conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de otras funciones y respuestas fisiológicas o psicológicas. Este es el diagnóstico principal sólo en los casos en los que la intoxicación se presenta en ausencia de problemas más graves o persistentes relacionados con el alcohol u otras sustancias psicotropas. Si no fuera así, tienen preferencia los diagnósticos de consumo perjudicial (F1x.1), síndrome de dependencia (F1x.2) o trastorno psicótico (F1x.5).

Hay que tener en cuenta a los traumatismos cráneo-encefálicos agudos y la hipoglucemia. También hay que considerar que la intoxicación puede ser la consecuencia de un consumo mixto de sustancias. Puede recurrirse al quinto carácter siguiente para indicar si la intoxicación aguda tiene alguna complicación.

F1x.00 no complicada (los síntomas varían de intensidad, pero suelen estar en relación con la dosis, en especial a los niveles más altos)

F1x.01 con traumatismo o lesión corporal

F1x.02 con otra complicación médica (por ejemplo, hematemesis, aspiración de vómitos, etc.)

F1x.03 con delirium

F1x.04 con distorsiones de la percepción

F1x.05 con coma

F1x.06 con convulsiones

F1x.07 Intoxicación patológica (se aplica sólo al alcohol). Consiste en la aparición brusca de un comportamiento agresivo o violento, nada característicos de individuo en estado sobrio, después de ingerir una cantidad de alcohol que no produciría intoxicación en la mayoría de las personas.

F1x.1 Consumo perjudicial

Se trata de una forma de consumo que está afectando ya a la salud física (como en los casos de hepatitis por administración de sustancias psicoactivas por vía parenteral) o mental, como por ejemplo, los episodios de trastornos depresivos secundarios al consumo excesivo de alcohol.

F1x.2 Síndrome de dependencia.

Se trata de un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto. La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo (a menudo fuerte y a veces insuperable) de ingerir sustancias psicótropas (aún cuando hayan sido prescritas por un médico), alcohol o tabaco. La recaída en el consumo de una sustancia después de un período de abstinencia lleva a la instauración más rápida del resto de las características del síndrome de lo que sucede en individuos no dependientes.

Pautas para el diagnóstico

El diagnóstico de dependencia sólo debe hacerse si durante ó en algún momento en los doce meses previos o de un modo continuo han estado presentes tres o más de tres de los rasgos siguientes:

Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir una sustancia.

Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia o alcohol, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para poder terminarlo para controlar la cantidad consumida.

Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia (ver F1x.4, F1x.3) cuando el consumo de la sustancia se reduzca o cese, cuando se confirme por: el síndrome de abstinencia característico de la sustancia; o el consumo de la misma sustancia (o de otra muy próxima) con la intención de aliviar o evitar síntomas de abstinencia.

Tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas (son ejemplos claros los de la dependencia al alcohol y a los opiáceos, en las que hay individuos que pueden llegar a ingerir dosis suficientes para incapacitar o provocar la muerte a personas en las que no está presente una tolerancia).

Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, a causa del consumo de la sustancia, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos.

Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, tal y como daños hepáticos por consumo excesivo de alcohol, estados de ánimo depresivos consecutivos a períodos de

consumo elevado de una sustancia o deterioro cognitivo secundario al consumo de la sustancia. Debe investigarse a fondo si la persona que consume la sustancia es consciente, o puede llegar a serlo de la naturaleza y gravedad de los perjuicios.

El diagnóstico de síndrome de dependencia se puede especificar más con los siguientes códigos de cinco caracteres:

F1x.20 en la actualidad en abstinencia

F1x.21 en la actualidad en abstinencia en un medio protegido (hospital, comunidad terapéutica, prisión, etc.)

F1x.22 en la actualidad en un régimen clínico de mantenimiento o sustitución supervisado (por ejemplo, con metadona, con chicles o parches de nicotina)

F1x.23 en la actualidad en abstinencia con tratamiento con sustancias aversivas o bloqueantes (por ejemplo, disulfiram o naltrexona)

F1x.24 con consumo actual de la sustancia

F1x.25 con consumo continuo

F1x.26 con consumo episódico (dipsomanía)

F1x.3 Síndrome de abstinencia

Se trata de un conjunto de síntomas que se agrupan según modos y niveles de gravedad diferentes que se presentan cuando hay una abstinencia absoluta o relativa de una determinada sustancia, tras un consumo reiterado, generalmente prolongado o a dosis elevadas. El comienzo y la evolución del estado de abstinencia están limitados en el tiempo y están relacionados con el

tipo de la sustancia y la dosis consumida inmediatamente antes de la abstinencia. El síndrome de abstinencia puede complicarse con convulsiones.

Pautas para el diagnóstico

Un síndrome de abstinencia es uno de los indicadores de la presencia del síndrome de dependencia (véase F1x.2), por lo cual este diagnóstico también debe ser tomado en consideración. El diagnóstico de síndrome de abstinencia debe tener prioridad si es el motivo de la consulta y si tiene una gravedad suficiente como para requerir por sí mismo atención médica. Los síntomas somáticos varían de acuerdo con la sustancia consumida. Los trastornos psicológicos (por ejemplo ansiedad, depresión o trastornos del sueño) son también rasgos frecuentes de la abstinencia. Es característico que los enfermos cuenten que los síntomas del síndrome de abstinencia desaparecen cuando vuelven a consumir la sustancia. Es necesario recordar que los síntomas del síndrome de abstinencia pueden inducirse por estímulos condicionados o aprendidos, aun en la ausencia de un uso previo inmediato de la sustancia. En estos casos el diagnóstico de síndrome de abstinencia sólo se hará si lo requiere su gravedad.

Diagnóstico diferencial

Hay que tener en cuenta que muchos síntomas del síndrome de abstinencia pueden ser consecuencia de otros trastornos psiquiátricos, por ejemplo de trastornos de ansiedad o depresivos. La simple "resaca" o un temblor de otra etiología no deben confundirse con los síntomas de un síndrome de abstinencia.

El diagnóstico de síndrome de abstinencia puede concretarse más con un quinto carácter:

F1x.30 no complicado

F1x.31 con convulsiones

F1x.4 Síndrome de abstinencia con delirium

Se trata de un trastorno en el que un síndrome de abstinencia (ver F1x.3) se complica con un delirium (ver las pautas de F05).

Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI)

Este instrumento fue desarrollado por la OMS en 1993, es una entrevista diagnóstica estandarizada altamente estructurada cuyo objetivo es identificar problemas de salud mental y consumo de drogas en población mayor de 15 años (13).

DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI)

A partir de la aplicación de este instrumento se pueden obtener diagnósticos de 13 trastornos diferentes ocurridos durante la vida, incluidos en la Clasificación de la Asociación Psiquiátrica Americana, DSM-IV y en la Clasificación Internacional de las Enfermedades, CIE-10, pudiendo establecerse la historia de los padecimientos y su comorbilidad. El instrumento fue diseñado para estudios epidemiológicos de diferentes culturas, con la finalidad de hacer estudios comparativos de la psicopatología, lo que permite

describir los patrones de comorbilidad y evaluar la universalidad de diversos factores de riesgo, así como las consecuencias sociales de los trastornos psiquiátricos específicos. Para los objetivos de este estudio, sólo se utilizó la sección I que se encarga de medir los trastornos debidos al consumo de alcohol (F 10) y la sección L que mide los trastornos debido al consumo de sustancias ilegales (F 11-F16, F18 Y F19) (15).

Alcohol Use Disorder Identification Test. AUDIT

En 1982 la Organización Mundial de la Salud (OMS) diseñó un instrumento de tamizaje simple llamado AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test) para identificar personas cuyo consumo de alcohol se haya convertido en un problema de salud, ya sea porque el consumo entrañe riesgos o daños a la salud, o bien dependencia (19). El AUDIT consta de 10 preguntas seleccionadas con base en su reproducibilidad y correlación con el consumo de alcohol. El AUDIT es un cuestionario frecuentemente utilizado y aplicado por su capacidad para medir el consumo problema de alcohol, dada su alta sensibilidad (92%) y especificidad (94%). En estudios de seguimiento se ha probado su capacidad predictiva de problemas médicos, trastornos sociales e incluso mortalidad, relacionados con el consumo de alcohol (20).

Se trata de un cuestionario autoadministrado que consta de 10 preguntas (21). Las 3 primeras hacen referencia a la cuantificación del consumo alcohólico (cantidad, frecuencia), de la 4 a la 6 comportamiento o actitud ante la bebida, de la 7 a la 8 reacciones adversas y las dos últimas problemas relacionados con el consumo de alcohol (22).

PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS. Confiabilidad: El alfa de Cronbach es de 0,8. Posee buen índice de correlación con el MAST ($r = 0,88$) y con determinaciones analíticas, como la GGT ($r = 0,31$ en varones y $0,46$ en mujeres). Siguiendo los criterios de la OMS sobre problemas relacionados con el consumo de alcohol, si se establece un punto de corte 11 la sensibilidad es de 0,84 y la especificidad de 0,71. Si el punto de corte se sitúa en 13 la sensibilidad es de 0,7 y la especificidad de 0,78. Se encuentra validada al español y ha sido usada ampliamente en México (23).

Es un instrumento para detectar problemas leves y moderados relacionados con el alcohol, centrándose en el consumo perjudicial o abuso de alcohol. Resulta especialmente adecuado cuando se siguen los criterios de la CIE-10 sobre problemas relacionados con el consumo alcohólico. En el trabajo de Saunders se proponen dos puntos de corte con los siguientes valores de sensibilidad y especificidad:

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

Para calificar el instrumento, se tomaron en cuenta los siguientes parámetros: Una puntuación alta puntuación en los ítems 1 a 3 sugiere consumo peligroso de alcohol, si está se da en los ítems 4 a 6, posible dependencia alcohólica y si se da en las preguntas 7 a 10 consumo perjudicial.

Factores de Riesgo relacionados con el consumo de alcohol

En relación con los factores de riesgo, se puede mencionar que en la literatura se los denomina como aquellas características personales o ambientales que podrían resultar facilitadoras para el inicio o mantenimiento del consumo de sustancias psicoactivas. Éstos, han sido agrupados tradicionalmente en factores de riesgo individuales, contextuales e interpersonales. La práctica de comportamientos riesgosos como abusar de sustancias psicoactivas (entre ellas el alcohol ocupa el primer lugar en relación al uso y daños), conducir vehículos bajo los efectos de sustancias, los cambios en la conducta por efecto de las mismas (irritabilidad, pérdida de coordinación, impulsividad, etc.), o sexo inseguro, son algunas de las consecuencias secundarias que se derivan del uso de sustancias. (Cooper, Word, Orcutt y Albino, 2003). Recientemente se ha enfatizado el estudio de los factores de riesgo y de protección, puesto que estos factores juegan un papel primordial en el inicio y el mantenimiento de la conducta del beber (41).

En las últimas décadas ha surgido una nueva línea de investigación dentro del estudio del consumo de alcohol, relacionada con algunos constructos de la Teoría Social Cognitiva. Según esta teoría se distinguen las “expectativas de acción–resultado” que se definen como las creencias individuales acerca de que un determinado comportamiento conducirá a resultados específicos; y las “expectativas sobre la propia eficacia” que se definen como la convicción que tiene un sujeto sobre si podrá ejecutar satisfactoriamente un comportamiento dado en la búsqueda de un determinado resultado. Estos conceptos han sido

trasladados al campo del estudio del uso y abuso del alcohol. En este ámbito, a los dos tipos de expectativas mencionadas se las define como *expectativas hacia el alcohol* (8).

Desde el presupuesto de que la conducta pasada es el mejor predictor de la conducta futura, se puede esperar que las situaciones (externas o internas) que han precipitado una recaída en el pasado, provoquen tentaciones de consumo en el futuro.

En el estudio de Kuntsche en 2004 se observó la evidencia de los motivos para beber en adultos jóvenes y su relación posible con consecuencias durante los últimos 15 años, en los que los motivos sociales parecen estar asociados con el uso moderado de alcohol, reforzado con bebedores excesivos y motivos de afrontamiento con problemas relacionados con el alcohol.

La forma en que un factor de riesgo actúa en una persona concreta entraña problemas a la hora de decidir cuáles serían los factores más importantes en un momento determinado. Es decir, que estamos ante un modelo teórico con investigación que lo avala, pero en la práctica todavía nos puede plantear dificultades. Por ejemplo, podemos tener un factor de riesgo bien definido e identificado, pero no resulta fácil conocer su peso en las diversas etapas del consumo (inicio, progresión, abuso, dependencia, remisión y recaída), o conocer su importancia de acuerdo al momento evolutivo de la persona.

La evaluación de las situaciones de Alto Riesgo de Consumo se puede realizar mediante diferentes técnicas entre las que se encuentran la autobiografía,

Descripción del paciente de las recaídas pasadas, Fantasías de Recaídas en las que es una técnica imaginaria en la que se le pide al paciente que imagine lo más vividamente posible cómo sucedería una recaída, con quién, cuáles serían las consecuencias a lo largo; otra herramienta la constituye la auto monitorización y finalmente los Cuestionarios para la Evaluación de un Perfil único de situaciones de alto riesgo que incluye el ISCA y el SARA (Substance Abuse Relapse Assessment) (43), la cual se basa también en la técnica de Entrevista Estructurada del modelo de prevención de recaídas y patrones de uso de sustancias para los 30 días previos al último consumo de la sustancia, el paciente tiene que describir antecedentes del abuso de sustancias, incluyendo lugares, actividades y compañías, evaluación de las habilidades para lograrlo, identifica las consecuencias del uso de la sustancia y en la sección final describe las respuestas del paciente a las recaídas anteriores (16).

Aunque los programas de tratamiento de adicciones pueden tener múltiples objetivos para los pacientes, el objetivo primario casi siempre se refiere a la reducción, si no es que eliminación, del uso o abuso de sustancias. Así los primeros resultados miden la relación entre el uso y consecuencias del alcohol y otras sustancias (17).

La investigación en uso de alcohol y drogas, abuso y recuperación ha producido un gran número de mediciones, que pretenden triunfar en el tratamiento y que pueden ser usadas como mediciones de resultados. Por

ejemplo, Annis y colegas desarrollaron en 1987 y 1988 el inventario de Situaciones de Consumo y el Cuestionario de Confianza Situacional (SCQ Situational Confidence Questionnaire) con formas paralelas incluso para drogas diferentes al de alcohol. Mientras que el ISCA mide los tipos de situaciones en las cuales el paciente ha tendido a consumir más fuertemente en el pasado, el CCS mide el nivel de confianza percibido por el paciente en que él o ella serán capaces de abstenerse de consumir en tipos particulares de situaciones en el futuro. El CCS y otras mediciones pertenecientes al consumo tienen utilidad potencial como mediciones de resultados directos y como predictores de estabilidad del resultado (17).

La fuente inicial del sistema de categorías de las situaciones de alto riesgo para las recaídas, que han sido utilizadas en investigación y en la práctica clínica los últimos 20 años, se obtuvieron como resultado de preguntas hechas después de una terapia de aversión a bebedores. Un aspecto clave de este estudio fue dirigir entrevistas detalladas con los 48 de los 65 pacientes (74%) que consumieron al menos una copa estándar durante los 3 primeros meses después de finalizar la terapia de aversión. En el seguimiento de 3 meses, las descripciones de la primera recaída (la primera bebida después de ser dado de alta del programa) se obtuvieron en persona por entrevistadores que administraron una versión de seguimiento del Perfil de Bebedores, un cuestionario diseñado para medir la cantidad, frecuencia y patrón situacional del uso de alcohol. Los entrevistadores hicieron 4 preguntas en el

seguimiento a 3 meses de 48 pacientes que habían consumido al menos una bebida o más durante los primeros 90 días después del tratamiento.

De estas preguntas se obtuvieron las 8 subcategorías (5 dentro de las determinantes del ambiente intrapersonal y 3 dentro de la categoría interpersonal)

I. DETERMINANTES INTRAPERSONALES-AMBIENTALES

Incluyen todos los determinantes que están inicialmente asociados con los factores intrapersonales (dentro de los individuales), y/o reacciones a eventos ambientales no personales. Incluye reacciones a eventos interpersonales en el pasado relativamente distante (por ej. En los cuales la interacción con otros ya no es de impacto significativo)

(A) ENFRENTANDO LOS ESTADOS EMOCIONALES NEGATIVOS.

Los determinantes incluyen lidiar con estados de ánimo, emocionales o sentimientos negativos (desagradables).

(1) *Enfrentarse con la frustración y/o enojo.* Los determinantes incluyen una experiencia de frustración (reacción a una actividad con objetivos dirigidos bloqueada), y/o enojo (hostilidad, agresión) en términos del propio o algún evento ambiental no personal. Incluye todas las referencias a culpa, y respuestas a demandas (líos) a partir de fuentes ambientales o a partir de sí mismo que también producen sentimientos de enojo.

(2) *Enfrentarse con otros estados emocionales negativos.* Los determinantes incluyen enfrentarse con estados emocionales

distintos a la frustración, enojo que son desagradables o aversivos, incluyendo sentimientos de miedo, ansiedad, tensión, depresión, soledad, tristeza, aburrimiento, preocupación, aprehensión, dolor, pérdida y otros estados disfóricos similares. Incluye reacciones a la evaluación al estrés (exámenes, ascensos, hablar en público, etc.) problemas en el trabajo y financieros y desventura personal o accidente.

(B) ENFRENTANDO ESTADOS FÍSICOS Y FISIOLÓGICOS NEGATIVOS.

Los determinantes incluyen enfrentarse con reacciones físicas o fisiológicas desagradables o dolorosas.

- (1) *Enfrentarse con estados físicos asociados al consumo previo de sustancias.* Enfrentarse con estados físicos que están asociados específicamente con el uso previo de una droga o sustancia, tales como “agonía de la abstinencia” o “antojo físico” asociado a abstinencia (nota: las referencias a “craving” o “antojo” en ausencia de abstinencia están clasificados en la sección E abajo).
- (2) *Enfrentarse con otros estados físicos negativos.* Enfrentarse con dolor, enfermedad, lesión, fatiga y trastornos específicos (por ejemplo: cefalea, cólicos menstruales, etc.) que no están asociados con el uso previo de sustancias.

(C) ENFRENTANDO ESTADOS EMOCIONALES POSITIVOS.

El uso de sustancias para aumentar los sentimientos de placer, júbilo, libertad, celebración y demás (Ej.: cuando se viaja o en vacaciones). Incluye el uso de sustancias por el efecto positivo inicial “sentirse arriba” o experimentar los efectos potenciadores de una droga.

(D) PROBANDO AUTO CONTROL.

El uso de una sustancia para “probar” la capacidad de alguien para mantenerse en control o uso moderado; para “probarlo sólo una vez” para ver qué pasa; o en casos en los que un individuo está probando los efectos del tratamiento o una indicación de abstinencia (incluyendo las pruebas de “voluntad”).

(E) CEDIENDO A LAS TENTACIONES O URGENCIAS.

El uso de sustancias en respuesta a urgencias “internas”, tentaciones, u otras incitaciones. Incluye referencias a “craving” o deseo subjetivo intenso, en ausencia de factores interpersonales (nota: referencia a “craving” las cuales están asociadas a uso previo de sustancias o abstinencia, se encuentran clasificadas bajo la Sección B-1 arriba).

(1) *En presencia de sustancias.* El uso ocurre en presencia de momentos asociados con el uso de sustancias (pasar por un bar, ver un anuncio de cigarros) (donde otros individuos están usando la sustancia se refiere en la categoría II-B)

(2) *En ausencia de momentos de sustancias.* Aquí, la urgencia o tentación viene de “la nada” y está seguida de un intento del individuo de procurarse la sustancia.

II. DETERMINANTES INTERPERSONALES.

Incluyen determinantes que están inicialmente asociados con factores interpersonales: la referencia está hecha en presencia o influencia de otros individuos como parte del evento precipitante. Implica la influencia o presencia de interacciones recientes con otra persona o personas, quienes ejercen alguna influencia en el usuario (reacciones o eventos que ocurrieron en el pasado relativamente lejano están clasificadas en la Categoría I). Sólo estando en la presencia de otros en el momento de la recaída no justifica una clasificación interpersonal, a menos que se haga alguna mención o implique que esa gente tuviera alguna influencia en la que de alguna forma incluyera el evento.

(A) ENFRENTARSE CON CONFLICTOS INTERPERSONALES.

Enfrentarse con conflictos frecuentes o relativamente recientes asociados con cualquier relación interpersonal como matrimonio, amistades, problemas familiares y relaciones jefe-empleado.

(1) *Enfrentarse a frustraciones y/o enojo.*

Determinantes incluyen frustración (reacción a bloqueo a actividades dirigidas), y/o enojo (hostilidad, agresión) originadas de una fuente interpersonal. Hacer énfasis en cualquier situación en la cual la persona se siente frustrada o enojada con alguien e incluye involucrarse en argumentos, desacuerdos, peleas, celos, discordia, líos, culpa y otros.

(2) *Enfrentarse con otros conflictos interpersonales.* Determinantes incluye enfrentarse con conflictos diferentes a la frustración y

enojo provenientes de una fuente interpersonal. Sentimientos como ansiedad, miedo, tensión, preocupación, aprehensión, etc., son ejemplos aquellos que están asociados con conflictos interpersonales. La evaluación al estrés en la cual otra persona o un grupo se menciona específicamente, deberían ser incluidos.

(B) PRESIÓN SOCIAL.

Determinantes incluyen respuestas a las influencias de otro individuo o grupo de individuos que ejercen presión (tanto directa como indirecta) en el individuo para usar la sustancia.

(1) Presión social directa. Casi es contacto directo (generalmente con interacción verbal) con otra persona o grupo que pone presión en el usuario o que provee la sustancia al usuario (por ej. Que le sea ofrecida la droga por otra persona, o que se les insista a usar una droga por alguien más). Distinguir de las situaciones en las cuales la sustancia se obtiene a partir de alguien más por la petición del usuario (que ya ha decidido usarla).

(2) Presión social indirecta. Responder a la observación de alguien más o de un grupo que está usando la sustancia o sirve como modelo de uso de sustancia para el usuario. Si el modelo ejerce cualquier presión directa en el individuo para usar la sustancia, después la recaída podría ser categorizada en la sección II-B1, arriba.

(C) MEJORA DE LOS ESTADOS EMOCIONALES POSITIVOS.

El uso de sustancias en una situación interpersonal inicialmente para aumentar los sentimientos de placer, celebración, excitación sexual, libertad y otros semejantes. Distinguir de las situaciones en las cuales la otra persona está usando la sustancia antes del primer uso del individuo (clasificar estos bajo la Sección II-B, arriba).

REGLAS DE LA EVALUACIÓN. Para cada episodio de recaída, sólo una categoría puede ser utilizada para evaluar. Cuando muchas categorías parecen puntuar, se debe elegir el evento precipitador más significativo para evaluar (el evento que precede inmediatamente la recaída). Cuando es imposible decidir entre dos categorías exactamente iguales, se debe asignar el puntaje en base de prioridad: Categoría I tiene preponderancia sobre la categoría II; dentro de cada categoría mayor, el orden de las categorías está dado como se presenta (A antes que B, etc) (18).

INVENTARIO DE SITUACIONES DE CONSUMO DE ALCOHOL

Es ampliamente sabido que el alcoholismo es una condición crónica con alto riesgo de recaídas. Entre los alcohólicos provenientes de programas de tratamiento orientados a la abstinencia, 80 % ó más se reportan que tienen comportamiento de consumo de alcohol en un período de 6 meses (4) y el desempeño en el beber de los individuos es conocido como ser inestable sobre el tiempo (5). Por lo tanto no es sorprendente que el incremento de éstas y sus

motivaciones sean reconocidas como un punto de tratamiento e investigación.

El concepto de motivos para beber está basado en el supuesto de que la gente bebe para obtener una respuesta determinada, esto también supone que el comportamiento de beber está motivado por diferentes necesidades o cumple diferentes funciones, y que los motivos específicos para beber están asociados con un patrón único de precursores y consecuencias. El abuso de alcohol, por ejemplo, se da particularmente entre gente que experimenta estrés y bebe para sobrellevarlo, así como aquellos cuyos amigos beben fuertemente y quienes beben por motivos sociales. En otras palabras, los motivos o razones para beber representan un marco de decisiones subjetivo para el uso de alcohol basado en la experiencia personal, situación y expectativas (7).

Las expectativas, por otro lado, se definen como las creencias acerca de los comportamientos positivos y negativos, efectos emocionales y cognitivos de la ingesta de alcohol, expectativas definidas como “una probabilidad sostenida por el individuo de que un reforzamiento particular ocurrirá como una función de un comportamiento específico”. Se ha visto que el tener una expectativa particular de beber está relacionado directamente con el hecho de que el individuo consuma para lograr tal efecto deseado, y no sólo el hecho de que dicho efecto esperado esté aprobado socialmente. En contraste, como está descrito en el modelo motivacional del uso de alcohol, tener un motivo o razón

particular es una condición necesaria para beber, conceptualizada por la decisión final de beber o no beber (8).

El modelo motivacional supone que una persona hace una decisión acerca de si él o ella consumirán o no alcohol. La decisión de beber es una combinación de procesos emocionales y racionales en lo que la decisión está hecha en base a los cambios afectivos que la persona espera obtener por beber comparados con el no beber. El cambio afectivo puede estar relacionado tanto con los efectos químicos directos del alcohol como por ejemplo reducción de la tensión o mejora en el estado de ánimo o con los efectos indirectos, como una pobre aceptación. De hecho, una persona no se tiene que preocupar ya sea de hacer la decisión de beber o de los factores que afectan esta decisión. En la mayoría de los casos, las decisiones acerca de beber son inconscientes y automatizadas.

De acuerdo al modelo, la decisión de beber está incrustada en factores históricos y corrientes, efectos esperados y motivos para beber. Los factores históricos se relacionan con la reactividad bioquímica al alcohol (por ejemplo la disposición genética para reaccionar positiva o negativamente al alcohol), características de personalidad (por ejemplo inconformidad, impulsividad, extroversión, búsqueda de sensación o auto devaluación), factores socio culturales y factores ambientales. (Por ejemplo, estilos específicos de beber según la cultura), y el reforzamiento pasado a partir de la bebida. Los factores comunes están asociados con calidad de vida en términos de la cantidad y

calidad de los incentivos positivos o negativos prevalecientes para beber y factores situacionales (por ejemplo si el alcohol está disponible o expuesto a la gente que bebe) (18).

Las situaciones en las que el alcohol y otras sustancias de abuso se consumen pueden jugar un papel importante para determinar el grado de ingesta de la sustancia. Algunas investigaciones indican que el estímulo para una situación de ingesta de drogas influye en el mantenimiento y reiniciación de la ingesta de la droga (44). Sin embargo, una falta generalizada de estudios sistemáticos en situaciones de ingesta de alcohol ha excluido muy vagamente el entendimiento completo de su rol actual en la ingesta de drogas y en el desarrollo de alcoholismo y más aún, del impacto que pudiera tener para el tratamiento (45).

Un problema en el área de investigación en situaciones de consumo de alcohol era la falta de métodos estandarizados para su análisis. En ese sentido, un paso importante fue el desarrollo del Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (IDS) por Helen Annis en la Fundación de Investigación de Adicción en Toronto. Este cuestionario de 100 puntos evalúa en una forma estandarizada las situaciones en el último año en que los bebedores lo hicieron excesivamente. Este instrumento de prueba ha sido aplicado en diversas poblaciones, incluyendo diferentes grupos culturales, sexos, y ha mostrado capacidad de dar medios para comparar los perfiles de situaciones de consumo (3) (31).

Un Análisis Funcional Discriminante, utilizando una serie de variables demográficas y de consumo de alcohol, relacionaron dos funciones en forma significativa; se encontró que tenían buena correlación al clasificar Perfiles Positivos Altos y Perfiles Negativos Altos y mostraron moderada correlación al clasificar personas con Perfiles de Malestar Físico Bajo (2).

Los resultados apoyan las siguientes conclusiones: Personas con Perfiles Negativos Altos es más probable que sean mujeres, que beban solas y que tengan puntajes de dependencia más altos. Personas con puntajes positivos Altos es más probable que sean hombres, que beban con otras personas y que tengan puntajes de dependencia más bajos. Este perfil positivo también se relaciona con personas mayores de edad, con menos años de consumo problemático y menor cantidad de consumo por ocasión (1).

SITUACIONES PERSONALES, en las cuales el beber involucra una respuesta a un evento de naturaleza psicológica o física; se subdivide en 5 categorías:

- Emociones desagradables
- Malestar físico
- Emociones agradables
- Probando auto-control
- Necesidad o urgencia por consumir

SITUACIONES QUE INVOLUCRAN A TERCERAS PERSONAS, que se subdividen en 3 subcategorías que son:

- Conflicto con otros

- Presión social
- Momentos agradables

Este sistema de clasificación se desarrolló con base en el trabajo de Marlatt (9) en donde alcohólicos crónicos del sexo masculino fueron entrevistados y se les preguntaron las circunstancias que rodeaban su primer episodio de recaída. Después de haber sido dados de alta de un programa de tratamiento orientado hacia la abstinencia; al hacer un análisis de contenido de las respuestas se derivó un sistema de clasificación de 8 categorías (7) (10).

INTERPRETACIÓN DEL ISCA

Los puntajes del **ISCA** pueden ser interpretados desde perspectivas distintas:

ÍNDICE DEL PROBLEMA: Los puntajes de cada subescala van de 0 a 100, e indican la magnitud del problema del paciente relacionado con su consumo excesivo en esa escala, (Ver Tabla 2).

Por ejemplo, un puntaje de 0 en una subescala indica que el cliente nunca bebió en exceso en esa situación durante el año pasado, y por lo tanto, es una situación que no presenta riesgo para el cliente. En el otro extremo, un puntaje de entre 67 y 100 indica consumo excesivo muy frecuente en esa situación durante el año pasado, y por lo tanto el terapeuta debe considerar esta situación como de alto riesgo. El terapeuta puede analizar cada una de las 8 subescalas, pero un mejor perfil se obtiene del análisis de las 8 subescalas en conjunto. La jerarquía de situaciones de alto riesgo se hace poniendo primero los puntajes más altos, y estos 3 puntajes más altos representan las áreas de mayor riesgo para consumir en exceso.

PERFIL DEL PACIENTE: El perfil del paciente se construye graficando las 8 subescalas en una gráfica de barras. Primero se incluyen las 5 subescalas que corresponden a estados personales y después las 3 escalas de situaciones que involucran a terceras personas. De esta forma se puede observar si el paciente consume en forma excesiva en situaciones personales o de grupo. Otra forma de obtener un perfil del paciente es categorizando las subescalas en situaciones POSITIVAS o NEGATIVAS, por ejemplo, emociones desagradables, conflicto, necesidad de consumir, son situaciones negativas, mientras que emociones agradables o momentos agradables son consideradas positivas.

PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DEL ISCA

Para establecer las propiedades psicométricas del ISCA, se obtuvo una muestra de 247 pacientes que habían buscado tratamiento voluntariamente en la Clínica del Instituto de Fundación de Investigación de Adicción. Los pacientes fueron entrenados un período de 2 años y representan todos aquellos que se presentaron para evaluación y deseaban participar en el proyecto. La muestra de estudio era inicialmente hombres(81.8%) y no casados (70.9 %). Las edades iban de 18 a 75 con una media de 40.0 (\pm 12.2) años. En términos de educación, 41.3 % había terminado el nivel de bachillerato y de esos 22.9 % tenían alguna educación más allá de ese nivel. La media de la Escala de Dependencia a Alcohol (Skinner y Horn, 1984) fue de 17.5 \pm 9.6 y reportaron un promedio de consumo de 10.3 \pm 5.7 de bebidas estándar (1).

ESTRUCTURA INTERNA

Las puntuaciones de cada una de las 8 escalas conformaron casi completamente a una distribución normal. La media, la desviación estándar, la mediana, evaluación y cohorte para cada subescala (2)

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO ORIGINAL

VALIDEZ DE CONTENIDO

El ISCA fue diseñado para medir frecuencia del beber excesivamente a través de 8 tipos específicos de situación de recaída. Como se dijo anteriormente, los ítems para cada una de las ocho categorías fueron dispuestos a partir de una revisión de la literatura de recaída, así como una discusión con los clínicos, antiguos alcohólicos y pacientes alcohólicos. Cinco clínicos con experiencia en el campo de las adicciones fueron invitados para hacer sugerencias asegurando la claridad de los ítems y la adecuada cobertura de cada reactivo del universo de las situaciones de recaída comunes en bebedores. Para probar la confiabilidad con la cual los 100 ítems podían ser colocados en categorías, se instruyeron tres personas en el sistema de clasificación y se les pidió que los organizaran en las ocho categorías. Se obtuvo una alta confiabilidad de la ubicación de cada ítem (confiabilidad interna de 92 %- 99%). En suma, las subescalas del ISCA demostraron buena validez de contenido y son tomadas para representar adecuadamente el universo de las situaciones comunes de recaídas en bebedores (1).

VALIDEZ EXTERNA DEL INSTRUMENTO ORIGINAL

El ISCA pretende medir la frecuencia de bebida excesiva e identificar los patrones específicos de situaciones de consumo. Estimados de la validación externa de estos dos aspectos del ISCA se hicieron correlacionando los puntajes de las subescalas con medidas del consumo de alcohol, dependencia a alcohol, contexto social del consumo y características demográficas del paciente.

Buscando la frecuencia del consumo excesivo, se encontró que la cantidad total de consumo durante el año pasado estaba significativamente correlacionada con cada una de las subescalas.

Buscando la identificación de los patrones de situaciones específicas de consumo, se esperaba que muchas variables externas mostraran diferentes relaciones con las 8 escalas del ISCA. El contexto social, definido como el porcentaje de tiempo gastado en beber solo contra el tiempo gastado en consumir con otros, mostró un distinto patrón de relación con el ISCA.

DESARROLLO DE LA VERSIÓN REDUCIDA (ISCA 42 ítems)

Para algunas propuestas de investigación, se pensó en una medición más breve de los patrones de situaciones específicas de consumo con una estructura de subescala derivada empíricamente. Para este fin, el análisis principal de componente de las ocho subescalas fue usado como el primer paso para desarrollar una versión más corta del ISCA.

Seis de las subescalas eran unifactoriales:

Emociones desagradables

Malestar físico

Emociones agradables

Probando Auto Control

Necesidades Físicas

Presión Social para Beber

Las dos subescalas restantes, tenían cuatro y dos componentes factoriales respectivamente:

Conflictos con Otros y

Momentos Agradables con otros

Para cada una de las seis subescalas unifactoriales, se seleccionaron cuatro reactivos como indicadores variables para la forma reducida. Con el objeto de preservar la complejidad multifactorial de Conflicto con Otros y Momentos Agradables con Otros, se seleccionaron 2 ó más reactivos como indicadores variables para cada uno de los componentes factoriales de dichas subescalas.

Los reactivos para la versión reducida del ISCA (ISCA-42) fueron elegidos seleccionando los reactivos de la prueba en cada subescala que tenían la correlación más alta de reactivo por subpuntaje. Sin embargo, en casos en los cuales dos de los reactivos seleccionados tuvieran contenido muy similar, esta regla de decisión era modificada de modo que uno de los reactivos seleccionados fuera sustituido por el reactivo de la prueba con el reactivo de correlación más alta en el subpuntaje. Los coeficientes de confiabilidad para las subescalas reducidas oscilaban en un rango de .80 a .92.

La relación entre el ISCA de 42 reactivos y el original de 100 reactivos es muy fuerte, con correlaciones de subescalas situadas entre .93 y .98. Por lo tanto, para todos los propósitos prácticos, los puntajes obtenidos por los pacientes en la versión original y reducida del ISCA son equivalentes. Sin embargo, se recomienda que en las aplicaciones clínicas del ISCA como herramienta de planeación de trabajo, se administre la versión de 100 reactivos para aportar una descripción más completa de las situaciones de riesgo de consumo de los pacientes.

Un ejemplo de esto lo constituye el estudio realizado por Estrada en Alemania en 1995 (30), evaluando que el beber tenía lugar predominantemente en situaciones de estados negativos, de estados positivos y probando el control personal, encontrándose semejanza con los resultados obtenidos por Cannon en Estados Unidos (31).

JUSTIFICACIÓN

El uso excesivo de alcohol ha mostrado estar asociado a diversas consecuencias y problemas de salud como lesiones, intentos de suicidio, embarazo no deseado, enfermedades de transmisión sexual, fracaso académico y violencia. Debido a que la mayoría inician el uso de alcohol y uso excesivo en la adolescencia es importante establecer esfuerzos de prevención en este período de la vida o antes si es posible. Sin embargo, para tener éxito limitando el uso prematuro y excesivo de alcohol en adolescentes, es necesario entender los antecedentes y etiología del comportamiento de beber, en esta búsqueda la motivación para beber es un aspecto importante. Las investigaciones empíricas demuestran por ejemplo, que los motivos para beber están más fuertemente asociados con el uso de alcohol más que con las expectativas del alcohol. Aunque los motivos para beber están asociados en diferentes contextos, estos explican una cantidad substancial de diferencias en el uso de alcohol además de factores situacionales como las circunstancias, localización, día de la semana, tamaño del grupo, tipo de relación, normas locales y residencia.

Por todo lo anterior, es de vital importancia el contar con instrumentos confiables que definan las situaciones específicas que motivan el consumo de alcohol en adultos jóvenes con dependencia al alcohol para poder establecer programas dirigidos a atacar estos escenarios precipitantes.

Las características de este instrumento lo hacen de fácil aplicación para la realización de este estudio, ya que se requiere de un tiempo corto para su aplicación; por otro lado no requiere cumplir requisitos preestablecidos en estudios pretest-postest con la consecuente ventaja de que al contar con este instrumento adecuadamente validado en población estudiantil mexicana, puede favorecer el tratamiento del alcoholismo, incidiendo sobre sus causas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Tomando en cuenta los reportes anteriores, nos planteamos la siguiente pregunta de trabajo, ¿El Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCA) es válido y confiable para identificar, y calificar las situaciones de riesgo para el consumo de alcohol en estudiantes de bachillerato y universitarios con dependencia al alcohol, con consumo peligroso y con consumo dañino?

OBJETIVOS:

GENERAL:

Llevar a cabo el procedimiento para la validación interna del instrumento Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol en estudiantes universitarios que cumplen criterios diagnósticos de dependencia a alcohol, consumo peligroso y consumo dañino.

ESPECÍFICOS:

Describir las características demográficas de la muestra.

Determinar la Consistencia interna del ISCA a través del análisis de rotación factorial de varimax.

Evaluar la confiabilidad de los instrumentos a través de α de Cronbach.

HIPÓTESIS:

Hipótesis nula: El Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol no es un instrumento válido ni confiable para evaluar, identificar, y calificar las situaciones de riesgo para el consumo de alcohol en estudiantes universitarios con dependencia al alcohol, consumo perjudicial y consumo dañino.

Alternativa: El Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol es un instrumento válido y confiable para evaluar identificar, y calificar las situaciones de riesgo para el consumo de alcohol en estudiantes universitarios con dependencia al alcohol, consumo peligroso y consumo dañino.

De trabajo: El Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol es un instrumento válido y confiable para evaluar, identificar, y calificar las situaciones de riesgo para el consumo de alcohol en estudiantes universitarios con dependencia al alcohol, consumo peligroso y consumo dañino así como en otras sustancias de abuso.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Diseño del estudio.

Se trata de un estudio transversal, de proceso para obtener validez y confiabilidad de un instrumento (Feinstein).

Muestra

Consta de 596 estudiantes universitarios de primer ingreso a la Universidad Nacional Autónoma de México del bachillerato y la licenciatura, de los cuales 160 cumplieron los criterios para dependencia al alcohol, 238 con consumo dañino y 198 con consumo peligroso.

SELECCIÓN DE LA MUESTRA:

Criterios de inclusión

1. Estudiantes de bachillerato y licenciatura de nuevo ingreso a la UNAM.
2. Tener el diagnóstico dependencia al alcohol (CIE-10 y DSM-IV)
3. Tener en el AUDIT un puntaje de 6 ó más en estudiantes de licenciatura y bachillerato (instrumento de tamizaje) y cumplir los criterios para consumo peligroso o consumo dañino.
4. Los estudiantes deben aceptar voluntariamente su participación en el estudio y firmar consentimiento informado.

Criterios de exclusión

1. Estudiantes que no acepten participar en el estudio
2. Estudiantes que no cumplan los criterios de inclusión.

VARIABLES:

TIPO DE CONSUMO DE ALCOHOL: Dependiente (CIDI) , Peligroso (AUDIT) y Dañino (AUDIT).

Situación de consumo: La situación de alto riesgo de consumo se define como cualquier situación (incluyendo las reacciones emocionales a la situación) que representa una amenaza para la sensación de control del individuo y aumenta el riesgo de recaída.

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN:

CIDI en su sección de alcohol. Se requiere la presencia de tres o más síntomas característicos de Dependencia al Alcohol, de acuerdo a los criterios de LA CIE-10 para éste diagnóstico.(Ver Marco Teórico).

AUDIT. El cuestionario investiga el consumo de alcohol en el último año. Las ocho primeras preguntas tienen 5 posibles respuestas, que se puntúan de 0 a 4 y las dos últimas 3 posibles respuestas que puntúan 0-2-4. El rango es de 0 a 40.

En este trabajo la forma de obtener el peligroso y el consumo perjudicial alcohol fue la siguiente:

- Consumo peligroso: Valor de 4 ó más en la sumatoria de las preguntas 1 a 3; valor igual o menor a 2 en la sumatoria de las preguntas 4 a 6 y valor igual o menor a 2 en la sumatoria de las preguntas 7 a 10

- Consumo dañino: Valor de 4 ó más en la sumatoria de las preguntas 1 a 3; valor igual o menor a 2 en las preguntas 4 a 6 y valor mayor que 2 en la sumatoria de las preguntas 7 a 10

Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol. El Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol **ISCA** es un cuestionario de 100 reactivos diseñado para medir situaciones en las que un individuo bebió en exceso durante el año anterior. Los 100 reactivos están diseñados para medir 8 categorías (situaciones de consumo de alcohol) divididas en dos grandes grupos: Situaciones Personales y Situaciones que involucran a otros (Ver Marco Teórico).

PROCEDIMIENTO

Procedimiento para recolección de la información de instrumentos a utilizar.

Para cumplir el objetivo de adaptar y validar el instrumento se seguirán los siguientes pasos:

1. Identificación de pacientes con dependencia a través de la aplicación de LA SECCIÓN DE ALCOHOL DEL CIDI (CIE-10 y DSM-IV) (Por los terapeutas del Proyecto para tratamiento de bebedores con dependencia al alcohol de bachillerato y licenciatura de la UNAM). Identificación de estudiantes de primer ingreso a la UNAM que contestaron el cuestionario

AUDIT y que cumplieron los criterios para consumo peligroso y dañino de alcohol.

2. Contacto con el alumno por terapeuta quien lo canalizó con la responsable de la aplicación
3. Explicación del objetivo del proyecto.
4. Entrega, explicación y firma del formato de consentimiento informado.
5. Enfatizar la confidencialidad de la información proporcionada.
6. Aplicación del Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol:

Se aplicó el instrumento utilizando lápiz y papel. Se requirió de 20 minutos aproximadamente para completar el cuestionario de 100 reactivos. Se aplicó en forma individual.

Se dieron las siguientes instrucciones:

- Lea con cuidado cada frase, y marque la respuesta, que en forma más precisa describe con qué frecuencia consumió en exceso, ante diversas situaciones el año pasado.
- Cada uno de los 100 reactivos se contesta en una escala de 4 puntos.

Si usted "NUNCA" bebió en exceso en esa situación.

Si "OCASIONALMENTE" bebió en exceso en esa situación.

Si "FRECUENTEMENTE" bebió en exceso en esa situación.

Si "CASI SIEMPRE" bebió en exceso en esa situación.

ANÁLISIS DE LOS DATOS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

FORMA DE CALIFICACIÓN DEL ISCA

Los 100 reactivos se califican de la siguiente manera:

- una respuesta de "0"
- una respuesta de "1"
- una respuesta de "2"
- una respuesta de "3"

Se calcularon 8 sub-puntajes que corresponden a las 8 subescalas, sumando los puntos de los reactivos que corresponden a esa categoría o subescala. (Ver Marco Teórico).

Los subpuntajes obtenidos se convirtieron en un puntaje final llamado "ÍNDICE DEL PROBLEMA", esto se hizo dividiendo cada subpuntaje obtenido entre el subpuntaje máximo posible en esa subescala, y multiplicando por 100. Las fórmulas para calcular el "ÍNDICE DEL PROBLEMA" se encuentran en la TABLA 1 ANEXOS.

Análisis Estadístico:

Las variables del estudio fueron analizadas mediante el paquete estadístico para ciencias sociales (SPSS versión 10), se describen las características de la muestra obteniendo frecuencias simples y medias de edad.

Se hizo una prueba de consistencia interna de la escala ISCA, a través del coeficiente de confiabilidad alpha de Cronbach, con la finalidad de observar su

funcionamiento en esta muestra (con reporte del valor de alpha y el valor en cada uno de los reactivos), para determinar si la escala resultó confiable.

También se trabajó sobre la estructura interna de la escala a través del análisis factorial de componentes principales con rotación varimax donde se determinó cuántos factores se encontraron y con qué porcentaje de varianza explicada y que carga factorial se encuentran en cada uno de los reactivos; para determinar si la escala es válida.

RESULTADOS:

I. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN:

Se realizó este estudio con una población de 596 sujetos, de los cuales 400 (67.1%) fueron hombres y 196 (32.9%) mujeres. 417 (70%) eran de nivel licenciatura y 179 (30 %) se encontraban cursando algún grado del bachillerato. Como ya se mencionó anteriormente la muestra estuvo constituida por pacientes con diferentes grados de consumo de alcohol detectado, es decir 436 de ellos eran bebedores excesivos (43.1 %) y 160 habían alcanzado un nivel de dependencia (26.8%). Finalmente se establecieron rangos de edades que se muestran en la tabla correspondiente.

SEXO	Frecuencia	Porcentaje
MASCULINO	400	67.1
FEMENINO	196	32.9
Total	596	100.0

NIVEL DE ESTUDIOS	Frecuencia	Porcentaje
LICENCIATURA	417	70.0
BACHILLERATO	179	30.0
Total	596	100.0

TIPO DE CONSUMO	Frecuencia	Porcentaje
Dependiente	160	26.8
C. Perjudicial	238	39.9
C. Peligroso	198	33.2
Total	596	100.0

RANGOS DE EDADES	Frecuencia	Porcentaje
------------------	------------	------------

14 A 15 AÑOS	122	20.5
16 A 17 AÑOS	87	14.6
18 A 19 AÑOS	234	39.3
20 A 21 AÑOS	93	15.6
22 A 23 AÑOS	32	5.4
24 A 25 AÑOS	9	1.5
26 O MAS AÑOS	9	1.5
Total	586	98.3
Perdidos en el sistema	10	1.7
Total	596	100.0

II. VALIDACIÓN DE LA ESCALA

II.A DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO DE 100 REACTIVOS.

Se corrió a través del programa estadístico SPSS por medio de un análisis factorial de componentes principales con rotación varimax.

Se obtuvieron 18 factores que proporcionaron una confiabilidad de .978 y una varianza explicada de 67.763; sin embargo, estos 18 factores constituían mucho más de lo esperado de acuerdo a las 8 subescalas de la prueba, por lo que se eliminaron los reactivos que correlacionaron en menos de 0.40; A pesar de ello se siguieron obteniendo 16 factores.

Lo anterior llevó a decidir hacer el análisis por subescalas, pero en algunas ocasiones este análisis arrojaba 2 ó más factores, por lo que tampoco era útil; así que se eliminaron los reactivos que puntuaban bajo en el factor 1 particularmente por debajo de .30, eligiendo que permanecerían los reactivos que puntuaban alto en el primer factor o donde la mayoría de los reactivos puntuaban más alto de

todos los factores, esto sucedió particularmente en la subescala 6 Conflicto con Otros, en donde al correr el análisis estadístico se obtuvieron 4 factores.

VALIDEZ. FACTORES ESTRUCTURALES DE LAS SUBESCALAS DE ISCA

VALOR DE VARIANZA TOTAL EXPLICADA ESCALA DE 100 ÍTEMS: 67.763

SUBESCALA	NÚMERO DE FACTORES	% TOTAL DE VARIANZA
1. Emociones desagradables	2	54.490 5.178
2. Malestares Físicos	2	46.08 11.130
3. Emociones Agradables	1	56.415
4. Probando Auto Control	1	50.917
5. Necesidad Física	1	49.335
6. Conflictos con Otros	4	37.112 6.524 5.775 5.067
7. Presión Social	1	47.249
8. Momentos Agradables con Otros	2	49.724 10.988

CONFIABILIDAD EN LA ESCALA DE 100 ÍTEMS

ESCALA TOTAL 100 ÍTEMS	VALOR DE ALPHA: .978		
REACTIVO ISCA	Media/ Desviación Estándar	Valor de correlación de Reactivos	Alpha
ISCA01.Cuando tuve una discusión con un amigo	.13/.380	.371	.978
ISCA02.Cuando estaba deprimido	.57/.749	.584	.978
ISCA03.Cuando sentía que finalmente todo iba por buen camino	.58/.773	.524	.978
ISCA04.Cuando me sentía nervioso y mal de salud	.12/.391	.529	.978
ISCA05.Cuando decidí mostrar mi fuerza de voluntad dejando de beber después de tomar una o dos copas	.26/.582	.429	.978
ISCA06.Cuando mis amigos llegaban de visita y me sentía emocionado	.94/.865	.599	.978
ISCA07.Cuando veía un anuncio de mi bebida favorita	.14/.414	.563	.978
ISCA08.Cuando me sentía a disgusto en la presencia de alguien	.15/.487	.496	.978
ISCA09.Cuando alguien me criticaba	.07/.332	.451	.978
ISCA10.Cuando alguien me invitaba a su casa y me ofrecía una copa	1.03/.870	.581	.978
ISCA11.Cuando no podía dormir	.07/.336	.484	.978
ISCA12.Cuando quería aumentar mi placer sexual	.08/.319	.433	.978
ISCA13.Cuando me daban como regalo una botella de mi bebida favorita	.73/.870	.553	.978
ISCA14.Cuando me sentía muy contento	.84/.893	.676	.978

ISCA15.Cuando volvía a estar en reuniones en donde siempre bebía	1.14/.935	.640	.978
ISCA16.Cuando me entristecía al recordar algo que me había sucedido	.44/.747	.612	.978
ISCA17.Cuando pensaba que el alcohol ya no era un problema para mi	.21/.555	.627	.978
ISCA18.Cuando algunas personas a mi alrededor me ponían tenso	.14/.431	.608	.978
ISCA19.Cuando al salir con amigos estos entraban a un bar a beber una copa	1.10/.955	.614	.978
ISCA20.Cuando pensaba que fresca y sabrosa podría ser la bebida	.66/.846	.679	.978
ISCA21.Cuando quería estar más cerca de alguien que me gusta	.25/.573	.625	.978
ISCA22.Cuando alguien en la misma habitación estaba bebiendo	.54/.761	.648	.978
ISCA23.Cuando sentía que no tenía a quien acudir	.14/.486	.607	.978
ISCA24.Cuando sentía que me estaba deprimiendo	.29/.666	.626	.978
ISCA25.Cuando me sentía rechazado sexualmente	.05/.320	.489	.978
ISCA26.Cuando estaba aburrido	.23/.554	.630	.978
ISCA27.Cuando era capaz de expresar mis sentimientos	.21/.519	.610	.978
ISCA28.Cuando la gente era injusta conmigo	.12/.420	.539	.978
ISCA29.Cuando me acordaba lo bien que sabía mi bebida favorita	.45/.741	.655	.978

ISCA30.Cuando me sentía rechazado por mis amigos	.09/.378	.458	.978
ISCA31.Cuando me sentía seguro y relajado	.45/.700	.546	.978
ISCA32.Cuando veía algo que me recordaba la bebida	.15/.433	.583	.978
ISCA33.Cuando me empezaba a sentir harto de la vida	.24/.650	.674	.978
ISCA34.Cuando estaba confundido y necesitaba pensar más claramente	.15/.446	.551	.978
ISCA35.Cuando me sentía solo	.20/.553	.602	.978
ISCA36.Cuando me podía convencer que era una nueva persona que podía tomar unas cuantas copas	.21/.496	.658	.978
ISCA37.Cuando me estaba sintiendo el dueño del mundo	.20/.552	.491	.978
ISCA38.Cuando pasaba por donde vendían bebidas	.14/.417	.534	.978
ISCA39.Cuando estaba en una situación en la que siempre bebía	.64/.850	.606	.978
ISCA40.Cuando me sentía somnoliento y quería estar alerta	.07/.327	.455	.978
ISCA41.Cuando estaba cansado	.08/.299	.511	.978
ISCA42.Cuando tenía dolor físico	.06/.305	.560	.978
ISCA43.Cuando me sentía seguro de que podía beber solo unas cuantas copas	.44/.647	.521	.978
ISCA44.Cuando alguien cercano a mi estaba sufriendo	.21/.518	.537	.978

ISCA45.Cuando comencé a pensar que nunca conocería mis límites al respecto de la bebida a menos que los probara	.26/.643	.604	.978
ISCA46.Cuando Salí con mis amigos a divertirme y quise disfrutar más	1.07/.927	.636	.978
ISCA47.Cuando de repente me encontraba una botella de mi bebida favorita	.41/.735	.661	.978
ISCA48.Cuando estaba platicando a gusto y quise contar una anécdota	.32/.616	.586	.978
ISCA49.Cuando me ofrecieron una copa y me sentía incomodo de rechazarla	.50/.691	.542	.978
ISCA50.Cuando no le simpatizaba a algunas personas	.07/.341	.486	.978
ISCA51.Cuando me sentía mareado o con náuseas	.04/.219	.399	.978
ISCA52.Cuando me sentía inseguro de poder lograr lo que esperaban de mí	.16/.497	.578	.978
ISCA53.Cuando me sentía muy presionado	.28/.630	.668	.978
ISCA54.Cuando dudaba de mi auto control y quería probarlo tomando una copa	.14/.442	.608	.978
ISCA55.Cuando parecía que nada de lo que hago me estaba saliendo bien	.29/.629	.668	.978
ISCA56.Cuando otras personas interferían con mis planes	.11/.410	.621	.978
ISCA57.Cuando pensaba que finalmente me había curado y que podía controlar la bebida	.14/.429	.433	.978
ISCA58.Cuando todo estaba saliendo bien	.53/.768	.631	.978

ISCA59.Cuando sentía que a nadie le importaba realmente lo que me pasaba	.23/.603	.650	.978
ISCA60.Cuando en una fiesta otras personas estaban bebiendo	1.00/.952	.568	.978
ISCA61.Cuando me sentía inseguro y quería funcionar mejor	.15/.498	.603	.978
ISCA62.Cuando me sentía presionado por las exigencias de mi jefe debido a la calidad de mi trabajo	.09/.382	.444	.978
ISCA63.Cuando me parecía que no podía hacer las cosas que intentaba	.17/1.000	.417	.979
ISCA64.Cuando tenía miedo de que las cosas no me iban a salir bien	.14/.467	.629	.978
ISCA65.Cuando me sentía satisfecho por algo que había hecho	.57/.775	.615	.978
ISCA66.Cuando sentía envidia por algo que había hecho otra persona	.04/.284	.493	.978
ISCA67.Cuando pasaba frente a un bar	.20/.500	.569	.978
ISCA68.Cuando me sentía vacío interiormente	.25/.630	.595	.978
ISCA69.Cuando estaba en un restaurante y las personas junto a mí ordenaban unas copas	.30/.614	.463	.978
ISCA70. Cuando me sentía muy cansado.	.09/.364	.464	.978
ISCA71. Cuando todo me estaba saliendo mal	.24/.632	.644	.978
ISCA72.Cuando quería celebrar con un amigo	1.21/.894	.618	.978
ISCA73.Cuando alguien me presionaba a demostrar que podía tomar una copa	.22/.542	.541	.978

ISCA74.Cuando me sentía culpable de algo	.19/.517	.623	.978
ISCA75. Cuando me sentía nervioso y tenso	.21/.522	.670	.978
ISCA76.Cuando estaba enojado respecto al curso que habían tomado algunas cosas	.28/.640	.675	.978
ISCA77.Cuando me sentí muy presionado por mi familia	.18/.539	.565	.978
ISCA78.Cuando algo bueno sucedía y quería celebrarlo	1.00/.884	.672	.978
ISCA79.Cuando me sentía contento con mi vida	.63/.830	.682	.978
ISCA80.Cuando pensaba que realmente no dependía de la bebida	.20/.556	.598	.978
ISCA81.Cuando pensaba que una copa no podía hacerme daño	.25/.555	.585	.978
ISCA82.Cuando me estaba divirtiendo con mis amigos y quería aumentar la diversión	.85/.945	.668	.978
ISCA83.Cuando me sentía confundido respecto a lo que debía de ser	.21/.598	.674	.978
ISCA84.Cuando me reunía con un (a) amigo (a) y sugería tomar una copa juntos	1.07/.873	.616	.978
ISCA85.Cuando quería celebrar una ocasión especial como la navidad o un cumpleaños	1.27/.921	.533	.978
ISCA86.Cuando tenía dolor de cabeza	.04/.281	.379	.978
ISCA87.Cuando no me llevaba bien con mis compañeros de trabajo	.07/.292	.305	.978
ISCA88.Cuando me estaba divirtiendo en una fiesta y quería sentirme mejor	.71/.892	.649	.978

ISCA89.Cuando de repente tenía urgencia de beber una copa	.18/.543	.658	.978
ISCA90.Cuando necesitaba valor para enfrentarme a alguien	.13/.426	.566	.978
ISCA91.Cuando quería probarme a mí mismo que podía beber pocas copas sin emborracharme	.23/.512	.588	.978
ISCA92.Cuando había problemas (pleitos) en mi hogar	.19/.562	.538	.978
ISCA93.Cuando disfrutando de una comida con amigos pensaba que una copa lo haría más agradable	.50/.697	.607	.978
ISCA94.Cuando tenía problemas en el trabajo	.06/.306	.494	.978
ISCA95.Cuando estaba a gusto con un(a) amigo(a) y quería tener mayor intimidad	.31/.619	.674	.978
ISCA96.Cuando mi jefe me ofrecía una copa	.16/.436	.312	.978
ISCA97.Cuando sentía el estómago hecho “nudo”	.08/.368	.549	.978
ISCA98.Cuando me sentía feliz al recordar algo que me había pasado	.35/.644	.672	.978
ISCA99.Cuando necesitaba valor para enfrentarme a alguien	.12/.415	.559	.978
ISCA100.Cuando sentía que alguien estaba tratando de controlarme y quería sentirme más independiente y poderoso	.11/.388	.557	.978

El análisis primario de los cien reactivos muestra un panorama estadístico inicial de los reactivos que potencialmente pudieran o no ser eliminados aún sin hacer el análisis teórico y clínico de los mismos, tales reactivos fueron:

ISCA 1. Se recomienda eliminar dicho reactivo que cuenta con una correlación de 0.3724 y al eliminarlo mantiene el instrumento con una confiabilidad de 0.9783, así como el reactivo ISCA 87 que es el reactivo de toda la escala con la menor correlación encontrada en 0.3063 y una confiabilidad al eliminarlo de 0.9783 que no altera la confiabilidad inicial del instrumento.

Ninguno de los reactivos muestran que al ser eliminados se eleve la confiabilidad total del instrumento en términos estadísticos únicamente.

En la situación contraria, existen reactivos que estadísticamente brindan sustento para NO ser eliminados, tal es el caso del reactivo ISCA 20 cuya correlación si bien es efectivamente satisfactoria en 0.677, si fuera eliminado la confiabilidad descendería a 0.9779 siendo el valor más bajo junto con el reactivo ISCA 79 cuya correlación es de 0.6777 y una confiabilidad total de la prueba al ser eliminado de 0.9779.

Más adelante analizamos efectivamente si el reactivo ISCA 1 e ISCA 87 mostraron evidencia por subescalas para ser eliminados como se propone inicialmente y si por el contrario, los reactivos ISCA 20 e ISCA 79 muestran valores para ser mantenidos dentro de la prueba.

II. B PROCESO DE ELIMINACIÓN DE REACTIVOS POR SUBESCALAS

Subescala 1. Emociones Desagradables

Al realizar el análisis estadístico con los 20 reactivos originales, se obtuvo una varianza total de 59.668 dividida en los 2 factores, por lo que se eliminaron los reactivos 26, 34, 53, 61, 63, 74 y 90, sin que al eliminar ninguno de ellos se viera

disminuida o afectada la confiabilidad global del instrumento, de acuerdo al análisis teórico necesario.

REACTIVO ELIMINADO SUBESCALA 1	CORRELACIÓN DEL REACTIVO	CONFIA BILIDAD
26	0.634	0.978
34	0.560	0.978
53	0.668	0.978
61	0.601	0.978
63	0.415	0.978
74	0.672	0.978
90	0.567	0.978

Subescala 2. Malestar Físico.

Al realizar el análisis estadístico con los 10 reactivos originales, se obtuvo una varianza total de 57.216 dividida en los 2 factores, por lo que se eliminaron los reactivos 4,11, 75 y 97 sin que al eliminar ninguno de ellos se viera disminuida o afectada la confiabilidad global del instrumento, de acuerdo al análisis teórico necesario.

REACTIVO ELIMINADO SUBESCALA 2	CORRELACIÓN DEL REACTIVO	CONFIANZA BILIDAD
4	0.533	0.978
11	0.487	0.978
75	0.672	0.987
97	0.554	0.978

Subescala 3. Emociones Agradables.

Subescala 4. Probando Auto Control.

Subescala 5. Necesidad Física.

Subescala 7. Presión Social.

El análisis estadístico de cada una de estas subescalas agrupó los 10 reactivos de la misma en un solo factor con correlaciones por arriba de 0.30, por lo que no fue necesario eliminar ningún reactivo, de acuerdo al análisis teórico necesario.

Subescala 6. Conflicto con Otros.

Al realizar el análisis estadístico con los 20 reactivos originales, se obtuvo una varianza total de 54.477 dividida en los 4 factores, por lo que se eliminaron los reactivos 1, 8, 9, 18, 27, 30, 44, 62, 77, 87, 92, 94 y 99 sin que al eliminar ninguno de ellos se viera disminuida o afectada la confiabilidad global del instrumento, de acuerdo al análisis teórico necesario.

REACTIVO ELIMINADO SUBESCALA 6	CORRELACIÓN DEL REACTIVO	CONFIA BILIDAD
1	0.372	0.978
8	0.505	0.978
9	0.455	0.978
18	0.607	0.978
27	0.605	0.978
30	0.456	0.978
44	0.537	0.978
62	0.447	0.978
77	0.565	0.978
87	0.306	0.978
92	0.545	0.978
94	0.498	0.978
99	0.556	0.978

Subescala 8. Momentos Agradables con Otros.

Al realizar el análisis estadístico con los 10 reactivos originales, se obtuvo una varianza total de 60.712 dividida en los 2 factores, por lo que se eliminaron los reactivos 12, 21, 48 y 95 sin que al eliminar ninguno de ellos se viera disminuida o afectada la confiabilidad global del instrumento, de acuerdo al análisis teórico necesario.

REACTIVO ELIMINADO SUBESCALA 8	CORRELACIÓN DEL REACTIVO	CONFIA BILIDAD
12	0.428	0.978
21	0.626	0.978
48	0.584	0.978
95	0.674	0.978

II. C DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO OBTENIDO: 72 REACTIVOS
VALOR DE VARIANZA TOTAL EXPLICADA CON 72 ÍTEMS: 59.465

SUBESCALA	NÚMERO DE REACTIVOS	% TOTAL DE VARIANZA
1. Emociones desagradables	13	63.308
2. Malestares Físicos	6	54.045
3. Emociones Agradables	10	56.415
4. Probando Auto Control	10	50.917
5. Necesidad Física	10	49.335
6. Conflictos con Otros	7	50.414
7. Presión Social	10	47.249
8. Momentos Agradables con Otros	6	62.479

CONFIABILIDAD

SUBESCALA 1

EMOCIONES DESAGRADABLES	VALOR DE ALPHA: .951		
REACTIVO	Media/ Desviación Estándar	Valor de Correlación Reactivos	Alpha
2. Cuando estaba deprimido	.61/.770	.689	.949
16. Cuando me entristecía al recordar algo que me había sucedido	.47/.766	.704	.949
23. Cuando sentía que no tenía a quien acudir	.15/.509	.747	.947
24. Cuando sentía que me estaba deprimiendo	.31/.678	.832	.944
33. Cuando me empezaba a sentir harto de la vida	.25/.668	.803	.945
35. Cuando me sentía solo	.22/.578	.756	.947
55. Cuando parecía que nada de lo que hago me estaba saliendo bien	.31/.643	.799	.946
59. Cuando sentía que a nadie le importaba realmente lo que me pasaba	.26/.651	.746	.947
64. Cuando tenía miedo de que las cosas no me iban a salir bien	.16/.494	.718	.948
68. Cuando me sentía vacío interiormente	.27/.651	.784	.946
71. Cuando todo me estaba saliendo mal	.26/.642	.794	.946
76. Cuando estaba enojado respecto al curso que habían tomado algunas cosas	.30/.667	.732	.947
83. Cuando me sentía confundido respecto a lo que debía de hacer	.22/.615	.767	.946

SUBESCALA 2

MALESTAR FÍSICO	VALOR DE ALPHA: .822		
REACTIVO	Media/ Desviación Estándar	Valor de Correlación Reactivos	Alpha
40. Cuando me sentía somnoliento y quería estar alerta	.07/.321	.451	.824
41. Cuando estaba cansado	.08/.302	.659	.780
42. Cuando tenía dolor físico	.07/.315	.685	.773
51. Cuando me sentía mareado o con náuseas	.05/.244	.558	.803
70. Cuando me sentía muy cansado	.10/.383	.622	.791
86. Cuando tenía dolor de cabeza	.05/.283	.606	.792

SUBESCALA 3

EMOCIONES AGRADABLES	VALOR DE ALPHA: .91		
REACTIVO	Media/ Desviación Estándar	Valor de Correlación Reactivos	Alpha
3. Cuando sentía que finalmente todo iba por buen camino	.60/.777	.638	.903
14. Cuando me sentía muy contento	.86/.886	.741	.897
31. Cuando me sentía seguro y relajado	.46/.702	.631	.904
37. Cuando me estaba sintiendo el dueño del mundo	.20/.550	.468	.912
58. Cuando todo estaba saliendo bien	.54/.770	.790	.894
65. Cuando me sentía satisfecho por algo que había hecho	.59/.780	.744	.897
78. Cuando algo bueno sucedía y quería celebrarlo	1.03/.884	.751	.896
79. Cuando me sentía contento con mi vida	.66/.836	.828	.891
85. Cuando quería celebrar una ocasión especial, como la Navidad	1.29/.936	.530	.912
98. Cuando me sentía feliz al recordar algo que me había pasado	.37/.658	.657	.903

SUBESCALA 4

PROBANDO AUTO CONTROL	VALOR DE ALPHA: .888		
REACTIVO	Media/ Desviación Estándar	Valor de correlación reactivos	Alpha
5. Cuando decidí mostrar mi fuerza de voluntad dejando de beber después de tomar una o dos copas	.28/.601	.541	.865
17. Cuando pensaba que el alcohol ya no era un problema para mi	.24/.586	.577	.862
36. Cuando me podía convencer que era una nueva persona que podía tomar unas cuantas copas	.24/.525	.580	.865
43. Cuando me sentía seguro de que podía beber solo unas cuantas copas	.46/.650	.712	.849
45. Cuando comencé a pensar que nunca conocería mis limites al respecto de la bebida a menos que los probara	.27/.657	.682	.851
54. Cuando dudaba de mi auto control y quería probarlo tomando una copa	.15/.458	.630	.860
57. Cuando pensaba que finalmente me había curado y que podía controlar la bebida	.16/.452	.543	.865
80. Cuando pensaba que realmente no dependía de la bebida	.23/.579	.707	.849
81. Cuando pensaba que una copa no podía hacerme daño	.27/.587	.617	.859
91. Cuando quería probarme a mí mismo que podía beber pocas copas	.26/.543	.548	.863

SUBESCALA 5

NECESIDAD FÍSICA	VALOR DE ALPHA: .871		
REACTIVO	Media/ Desviación Estándar	Valor de correlación Reactivos	Alpha
7. Cuando veía un anuncio de mi bebida favorita	.15/.425	.541	.865
13. Cuando me daban como regalo una botella de mi bebida favorita	.73/.863	.577	.862
15. Cuando volvía a estar en reuniones en donde siempre bebía	1.18/.943	.580	.865
20. Cuando pensaba que fresca y sabrosa podría ser la bebida	.69/.863	.712	.849
29. Cuando me acordaba lo bien que sabía mi bebida favorita	.45/.736	.682	.851
32. Cuando veía algo que me recordaba la bebida	.16/.443	.630	.860
38. Cuando pasaba por donde vendían bebidas	.16/.433	.543	.865
47. Cuando de repente me encontraba una botella de mi bebida favorita	.42/.747	.707	.849
67. Cuando pasaba frente a un bar	.21/.511	.617	.859
89. Cuando de repente sentía urgencia de beber una copa	.18/.541	.548	.863

SUBESCALA 6

CONFLICTOS CON OTROS	VALOR DE ALPHA: .826		
REACTIVO	Media/ Desviación Estándar	VALOR DE CORRELACIÓN REACTIVOS	ALPHA
25. Cuando me sentía rechazado sexualmente	.05/.309	.601	.802
28. Cuando la gente era injusta conmigo	.12/.426	.572	.803
50. Cuando no le simpatizaba a algunas personas	.08/.357	.568	.804
52. Cuando me sentía inseguro de poder lograr lo que esperaban de mí	.17/.506	.572	.809
56. Cuando otras personas interferían con mis planes	.12/.426	.664	.787
66. Cuando sentía envidia por algo que había hecho otra persona	.04/.283	.575	.807
100. Cuando sentía que alguien estaba tratando de controlarme y quería sentirme más independiente y poderoso	.11/.384	.531	.809

SUBESCALA 7

PRESIÓN SOCIAL	VALOR DE ALPHA: .874		
REACTIVO	Media/ Desviación Estándar	Valor de Correlación Reactivos	Alpha
10. Cuando alguien me invitaba a su casa y me ofrecía una copa	1.04/.884	.673	.856
19. Cuando al salir con amigos estos entraban a un bar a beber una copa	1.12/.962	.688	.855
22. Cuando alguien en la misma habitación estaba bebiendo	.58/.784	.695	.855
39. Cuando estaba en una situación en la que siempre bebía	.67/.875	.633	.859
49. Cuando me ofrecieron una copa y me sentía incomodo de rechazarla	.52/.713	.565	.865
60. Cuando en una fiesta otras personas estaban bebiendo	1.02/.964	.664	.857
69. Cuando estaba en un restaurante y las personas junto a mí ordenaban unas copas	.31/.625	.485	.870
73. Cuando alguien me presionaba a demostrar que podría tomar una copa	.24/.560	.487	.870
84. Cuando me reunía con un(a) amigo (a) y sugería tomar una copa juntos	1.12/.890	.714	.852
96. Cuando mi jefe me ofrecía una copa	.16/.445	.334	.878

SUBESCALA 8

MOMENTOS AGRADABLES CON OTROS	VALOR DE ALPHA: .879		
REACTIVO	Media/Desviación Estándar	Valor de correlación de reactivos	Alpha
6. Cuando mis amigos llegaban de visita y me sentía emocionado	.98/.870	.604	.872
46. Cuando Salí con mis amigos a divertirme y quise disfrutar mas	1.11/.935	.723	.852
72. Cuando quería celebrar con un amigo (a)	1.26/.908	.680	.860
82. Cuando me estaba divirtiendo con mis amigos y quería aumentar la diversión	.88/.965	.754	.846
88. Cuando me estaba divirtiendo en una fiesta y quería sentirme mejor	.75/.907	.773	.843
93. Cuando disfrutando de una comida con amigos pensaba que una copa lo haría más agradable	.53/.729	.591	.874

TABLA COMPARATIVA DE LAS ESCALAS REALIZADAS EN DIFERENTES

PAÍSES.

REACTIVO	ISCA-42 EUA	ISCA- 40 ALEMANIA	ISCA-72 MÉXICO	
ISCA1	SI	NO	NO	
ISCA2	NO	si	si	
ISCA3	NO		si	
ISCA4	NO		no	NO
ISCA5	NO	si	si	
ISCA6	NO	si	si	
ISCA7	NO		si	
ISCA8	SI	NO	NO	
ISCA9	SI	SI	NO	
ISCA10		si	si	
ISCA11	SI	NO	NO	
ISCA12	SI	NO	NO	
ISCA13			si	
ISCA14		si	si	
ISCA15			si	
ISCA16			si	
ISCA17		si	si	
ISCA18	SI	NO	NO	
ISCA19	SI	SI	SI	SI
ISCA20			si	
ISCA21	SI	NO	NO	
ISCA22			si	
ISCA23		si	si	
ISCA24	SI	NO	SI	
ISCA25			si	
ISCA26			no	NO
ISCA27			no	NO
ISCA28	SI	SI	SI	SI
ISCA29	SI	NO	SI	
ISCA30		si	no	
ISCA31	SI	NO	SI	
ISCA32			si	
ISCA33		si	si	
ISCA34			no	NO
ISCA35			si	
ISCA36	SI	SI	SI	SI
ISCA37			si	
ISCA38	SI	NO	SI	
ISCA39			si	

ISCA40	SI	NO	si	
ISCA42			SI	
ISCA43		si	si	
ISCA44			no	NO
ISCA45		si	si	
ISCA46	SI	SI	SI	SI
ISCA47	SI	NO	SI	
ISCA48			no	NO
ISCA49			si	
ISCA50	SI	NO	SI	
ISCA51	SI	NO	SI	
ISCA52		si	si	
ISCA53		si	no	
ISCA54	SI	SI	SI	SI
ISCA55		si	si	
ISCA56	SI	NO	SI	
ISCA57		si	si	
ISCA58	SI	NO	SI	
ISCA59		si	si	
ISCA60	SI	SI	SI	SI
ISCA61			no	NO
ISCA62	SI	NO	NO	
ISCA63			no	NO
ISCA64	SI	SI	SI	SI
ISCA65	SI	NO	SI	
ISCA66			si	
ISCA67			si	
ISCA68			si	
ISCA69	SI	SI	SI	SI
ISCA70			si	
ISCA71		si	si	
ISCA72	SI	SI	SI	SI
ISCA73			si	
ISCA74		si	no	
ISCA75			no	NO
ISCA76	SI	SI	SI	SI
ISCA77	SI	NO	NO	
ISCA78	SI	SI	SI	SI
ISCA79			si	
ISCA80		si	si	
ISCA81	SI	SI	SI	SI
ISCA82		si	si	
ISCA83	SI	NO	SI	
ISCA84	SI	SI	SI	SI
ISCA85		si	si	

ISCA1	SI	NO	NO	NO
ISCA2	NO	si	si	
ISCA3	NO		si	
ISCA4	NO		no	
ISCA5	NO	si	si	
ISCA6	NO	si	si	
ISCA7	NO		si	
ISCA8	SI	NO	NO	
ISCA9	SI	SI	NO	
ISCA10		si	si	
ISCA11	SI	NO	NO	
ISCA12	SI	NO	NO	
ISCA13			si	
ISCA14		si	si	
ISCA15			si	
ISCA16			si	

DISCUSIÓN

Particularmente nuestro estudio presenta la mayor cantidad de reactivos con bajos puntajes en la subescala de “Conflictos con Otros”, en la cual se eliminaron la mayor cantidad de reactivos, suponiendo que esto pudiera obedecer al tipo particular de población en la que validamos la escala (adolescentes y adultos jóvenes), en quienes las preguntas relacionadas particularmente a problemas por ejemplo en el trabajo, o relacionados con la intimidad no representan aún factores de riesgo de consumo de alcohol, como lo representa para otro tipo particular de poblaciones adultas en los que se han realizado los análisis psicométricos de la prueba con los que la comparamos en esta ocasión (Annis media de edad de 40 años y Victorio Estrada promedio de edad de 44.3 años).

Si bien es cierto que el objetivo principal del presente estudio es realizar la validación interna del instrumento, en concordancia con el estudio realizado por Victorio Estrada en población alemana, en que intenta replicar el modelo de tres factores usado para población norteamericana, en el cual se muestra una varianza explicada de 43 % en comparación con la obtenida por nosotros de 59.465 %, debemos considerar que en ambos estudios los reactivos se agruparon estadísticamente en 3 factores principales: que puntuaban mejor para lo siguiente: *Situaciones Negativas* ($\alpha = 0.98$), *Situaciones Sociales* ($\alpha = 0.95$) y *Situaciones de Tentación* ($\alpha = 0.84$), así como otros estudios que indican los patrones de asociación entre los reactivos representados igualmente por 3 factores de alto orden, igualmente descritos como Situaciones Negativas, Positivas y de Tentación.

Por otro lado el presente estudio muestra cómo la limpieza de reactivos por subescalas basado en la eliminación de los mismos según la carga factorial, permitieron obtener un instrumento válido y confiable ya que se obtuvieron resultados satisfactorios para cada subescala de forma independiente.

La comparación de la revisión de estos dos estudios principales arroja resultados que concuerdan con los obtenidos en México, principalmente para los reactivos 4, 26, 27, 34, 44, 48, 61, 63, 75 y 99 que presentan bases estadísticas sólidas para su eliminación. De otro modo, como se mostró anteriormente, existen reactivos con una correlación estadística alta apoyado en un análisis clínico para la

permanencia de reactivos como el 19, 28, 36, 46, 54, 60, 64, 69, 72, 76, 78, 81, 84, 88 y 91.

Finalmente, con base en los resultados estadísticos, clínicamente reactivos como el 1 *“Cuando tuve una discusión con un amigo”* y 87 *“Cuando no me llevaba bien con mis compañeros de trabajo”* muestran lo poco específicos que pueden ser evaluando las situaciones de riesgo de consumo de alcohol, toda vez que se encuentran repetidos (el reactivo 87 pareciera coincidir con el reactivo 94 *“Cuando tenía problemas en el trabajo”* (que también fue eliminado); así como los reactivos 8 *“Cuando me sentía a disgusto en la presencia de alguien”* en relación al reactivo 18 *“Cuando algunas personas a mi alrededor me ponían tenso”*; que constituyen justamente parte de la subescala de Conflictos con Otros cuyas características ya fueron analizadas previamente.

CONCLUSIONES

El presente estudio muestra que el Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol es un instrumento válido y confiable para evaluar las situaciones de riesgo de consumo de alcohol en tres tipos de bebedores: dependientes, con consumo peligroso de alcohol y consumo dañino de alcohol estudiantes universitarios, adolescentes y adultos jóvenes.

Consideramos que aún existen retos más ambiciosos como el poder realizar la reproducción factorial que han venido mostrando otros autores, comprobando efectivamente que las situaciones de consumo se agrupan principalmente en 3 factores estadísticos que coinciden con los 3 principales precipitadores clínicos e incluso teóricos: Situaciones Negativas, Situaciones Positivas y Situaciones en las que se pone a prueba la capacidad para resistir la tentación o urgencia para beber.

Sería recomendable llevar a cabo estudios de validez y confiabilidad de este instrumento en otras poblaciones como serían grupos de mayor edad, población general y población que acude a los servicios clínicos en busca de atención a problemas de alcohol y que suelen presentar problemas relacionados a este consumo de mayor severidad. Mas aún, se propone continuar con los pasos del método de validación de instrumentos que permitan obtener un Inventario mucho más depurado como sería la validación por consenso de profesionales en este campo.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Annis, H.M. Inventory of Drinking Situations. Toronto: Addiction Research Foundation of Ontario. 1982. 1-11.
2. Annis, H.M. A relapse prevention model for treatment of alcoholics. En W.R. Miller y Heather, N. The addictive behaviors: Processes of change. New York: Pergamon Press. 1986; Vol. 11. 284-292.
3. Annis, H.M. y Davis, C.S. Assessment of expectancies in alcohol dependent clients. En Marlatt, G.A. y Donovan, D. Assessment of addictive behaviors. New York: Guilford Press. 1987. 38-46.
4. Armor, D.J. Polish, J.M. y Stambul, H.B. Alcoholism and Treatment. New York: Wiley: 1978.
5. Finney, J.W., Moos, R.H. y Newborn, C.R. Posttreatment experiences and treatment outcome of alcoholic patients six months and two years after hospitalization. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1980: 48(1), 17-29.
6. Marlatt, .G.A. The drinking profile: A questionnaire for the behavioral assessment of alcoholism. En Mash, E.J. y Terdal, L.G. Behavior

Therapy Assessment: diagnosis, design and evaluation. New York: Springer.1976. 56-98.

7. Marlatt, G.A. Craving for alcohol, loss of control, and relapse: A cognitive-behavioral analysis. En Nathan, P.E., Marlatt, G.A. y Loberg, T. Alcoholism: New directions in behavioral research and treatment. New York: Academic Press. 1978. 77-93.

8. Marlatt, G.A. A cognitive-behavioral model of the relapse process. En Krasnegor, N.A. Behavioral analysis and treatment of substance abuse. National Institute on Drug Abuse Research Monograph. Rockville, Maryland. 1979. 25, pp. 191-200.

9. Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. Determinants of relapse: Implications for the maintenance of behavior change. Davidson, P. y Davidson, S. Behavioral medicine: Changing health lifestyles. New York: Brunner/Mazel. 1990. 56-98.

10. Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. New York: Guilford Press. 1985. 25-116.

11. Skinner, H.A. y Horn, J.L. Alcohol Dependence Scale (ADS): User's guide. Toronto: Addiction Research Foundation of Ontario. 1984.

12. Kessler, R.C., & Ustun, T.B. The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *The International Journal of Methods in Psychiatric Research*. 2004.

13. Kessler, R.C., Abelson, J., Demler, O., Escobar, J.I., Gibbon, M., Guyer, M.E., Howes, M.J., Jin, R., Vega, W.A., Walters, E.E., Wang, P., Zaslavsky, A., Zheng, H. Clinical Calibration of DSM-IV Diagnoses in the World Mental Health (WMH) Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *The International Journal of Methods in Psychiatric Research*. 2004.

14. Wittchen, H.-U., Kessler, R.C., Zhao, S., & Abelson, J. Reliability and clinical validity of UM-CIDI DSM-III-R generalized anxiety disorder. *Journal of Psychiatric Research*. 1995;29(2), 95-110.

15. Wittchen, H.-U., Zhao, S., Abelson, J.M., Abelson, J.L., & Kessler, R.C. Reliability and procedural validity of UM-CIDI DSM-III-R phobic disorders. *Psychological Medicine*, 1996;26(6), 1169-1177.

16. Substance Abuse Relapse Assessment by Lawrence Schonfeld, Roger Peters, and Addis Colente, Psychological Assessment Resources, Inc. 1993.

17. Directory of Client Outcome Measures for use by Addictions Treatment Programs in Ontario: an Initial Draft of Selected Sections to elicit feedback. 1980. 22-31.

18. Marlatt, G. A. Taxonomy of high-risk situations for alcohol relapse: evolution and development of a cognitive-behavioral model, *Addiction*. Volume 91, Supplement, December 1996, Perspectives on Precipitants of Relapse. 78-80.

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

20. Saunders JB, Aasland OG. WHO Collaborative Project on the Identification and Treatment of Persons with Harmful Alcohol Consumption. Report on Phase I: Development of a Screening Instrument (Geneva, World Health Organization), 1987.

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

22. Rubio G, Bermejo J, Cabellero MC, Santo Domingo J. Validación de la prueba para la identificación de trastorno por uso de alcohol (AUDIT) en atención primaria. *Rev Clin Esp* 1998; 198:11-14.

23. Medina-Mora E, Carreño S, De la Fuente JR. Experience with the alcohol use disorders identification test (AUDIT) in Mexico. *Recent Dev Alcohol* 1998;14: 383-396.
24. Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones. México 2002. México, D.F: SSA-INEGI, 2004:44-100.
25. Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones. México 1998. México, D.F: SSA, 1999:12-18.
26. Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones. México 1993. México, D.F: SSA, 1994:34,38.
27. Tapia R, Medina-Mora ME, Sepúlveda J, De la Fuente JR, Kumate J. La Encuesta Nacional de Adicciones de México. *Salud Publica Mex* 1990; 32:507-522.
28. Resultados del Censo del 2002. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. México. INEGI. 2002. 48-67.
29. Barragan T. Lydia. Modelo Integral de Satisfacción Cotidiana en usuarios dependientes de alcohol y otras drogas. *Salud Mental*, 2007; 30(3): 29-38.

30. A. Victorio-Estrada, R. F. Mucha, E. R. Stephan Excessive drinking situations in German alcoholics: Replication of a three-factor model used for North Americans *Drug and Alcohol Dependence*, May 1996; Volume 41, Issue 1, 75-79.
31. Cannon, D.S., Leeka, J.K., Patterson, E.T. and Baker, T.B. Principal components analysis of the Inventory of Drinking Situations: empirical categories of drinking by alcoholics. *Addict. Behav.* 1990; 15, 265-269.
32. Gilbert R. Parra, Christopher S. Martin, Duncan B. Clark. The drinking situations of adolescents treated for alcohol use disorders: A psychometric and alcohol-related outcomes investigation *Addictive Behaviors*, Volume 30, Issue 9, October 2005, 1725-1736.
33. Leach DC. Changing education to improve patient care. *Quality in Health Care* 2001; 10 (supp II):54-58.
34. Echeverry J. Definiendo Enfermedad. *Rev Col Neumol* 2003;15(2):69-81.
35. DeVellis RF. *Scale Development. Theory and Applications*. Newbury Park: Sage Publications; 1991.

36. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross – Cultural Adaptation of Life Measures: Literature Review and Proposed Guidelines. *J Clin Epidemiol.* 1993;46:1417-1432.

37. Dunn, M.E. y Iniguez, R.M. Experimental demonstration of the influence of alcohol advertising on the activation of alcohol expectancies in memory among Fourth- and Fifth- Grade Children. *Experimental and Clinical Psychology.* 1999;7, 4, 473-483.

38. Fillmore, M. y Vogel-Sprott, M. Evidence that expectancies mediate behavioral impairment under alcohol. *Journal of Studies on Alcohol.* 1996;1 57, 598-603.

39. Sharkansky, E. y Finn, P. Effects of outcome expectancies and disinhibition on ad lib alcohol consumption. *Journal of Studies on Alcohol.* 1998: 59, 198-206.

40. Cooper, ML; Wood, PK, Orcutt, HK y Austin, A. Personality and the predisposition to engage in risky or problem behaviors during adolescence. *Journal of Personality and Social Psychology.* 2003: 84, 2, 390-410.

41. Carballo Crespo, JL; García Rodríguez, O; Secade Villa, R; Fernández Hermida, JR; García Cueto, E; Errasti Pérez, JM y Al-Halabi

Díaz, S. Construcción y validación de un cuestionario de factores de riesgo interpersonales para el consumo de drogas en la adolescencia. *Psicothema*. 2004:4, 674-679.

42. Kuntsche, E. Kuntsche, J. Rehm and G. Gmel, Characteristics of binge drinkers in Europe, *Social Science & Medicine*. 2004: 59, 113–127.

43. Substance abuse treatment and the stages of change. Gerard Joseph Connors, Dennis Michael Donovan, Carlo C. *Psychology*: New York: 1983.

44. Stewart, de Witt, & Eikelboon; Biological Variables in Psychopathology: A Psychobiological Perspective en: “Comprehensive Handbook of Psychopathology”. Springer US: 3a ed. 2007: 85-104.

45. Tobeña A, Fernández-Teruel A, Escorihuela RM, Núñez JF, Zapata A, Ferré P, and Sánchez R. Limits of habituation and extinction: implications for relapse prevention programs in addictions. *Drug and alcohol dependence*. 1993: 32(3):209-17.

ANEXOS

FORMATO DE CONSENTIMIENTO

Yo _____ otorgo mi consentimiento para participar como paciente en el "Proyecto para el tratamiento de bebedores con dependencia al alcohol en estudiantes de la UNAM de Bachillerato y Licenciatura" cuyo objetivo es disminuir los riesgos asociados al consumo de alcohol, evaluar modalidades de tratamiento psicoterapéutico en el manejo de la dependencia al alcohol y la comorbilidad psiquiátrica.

Estoy de acuerdo en que como parte del tratamiento se obtendrá una muestra de aliento en algunas de las sesiones y llevaré registros diarios de mi consumo de alcohol. En el entendido de que la información y datos que proporcione durante el proceso de tratamiento y el seguimiento, serán resguardados y considerados como confidenciales.

Me comprometo a asistir a las 8 sesiones terapéuticas que serán programadas semanalmente. Una vez que el tratamiento haya concluido participaré en los seguimientos durante el primero, tercero, sexto y doceavo mes. Tengo entendido que estas sesiones tienen como propósito evaluar la efectividad del tratamiento, por lo cual se me solicitará información relativa a mi consumo de alcohol y de las conductas relacionadas con el mismo.

Acepto dar el nombre, dirección y número telefónico de por lo menos una persona cercana a mí, para que sea entrevistada e informe sobre mi consumo reciente de alcohol, así como de otras conductas relacionadas al mismo y seguimiento del tratamiento al que seré sometido. A esta persona se le informará de los motivos de la entrevista y de mi autorización para que proporcione la información requerida. A pesar de que sólo se requiere obtener información de una de ellas, proporcionaré los datos de dos por si alguna de ellas no puede ser localizada o se rehúse a participar. Tengo el derecho a revocar esta autorización en cualquier momento y dejar de participar en este estudio sin que por ello se creen perjuicios.

FIRMA DEL PACIENTE

DIRECCION:

(Calle) (Numero) (Colonia) (Ciudad) (Código postal)

TELÉFONOS:

(Casa) (Oficina) (Correo electrónico)

REGISTRO DE TESTIGOS

Nombre:

Dirección:

Teléfonos. Casa
Trabajo

Relación o Parentesco

EN CASO DE DUDA DIRIGIRSE A:

Nombre:

Dirección:

Teléfonos. Casa

Relación o Parentesco

DRA. BETTY MARJORIE ROTHSCHILD FUENTES

TEL. CELULAR. 04455.20951324

ESCALA AUDIT

<i>Ítems</i>	<i>Criterios operativos de valoración</i>
1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	0. Nunca 1. Una o menos veces al mes 2. De 2 a 4 veces al mes 3. De 2 a 3 veces a la semana 4. Cuatro o más veces a la semana
2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?	0. Una o 2 1. Tres o 4 2. Cinco o 6 3. De 7 a 9 4. Diez o más
3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión de consumo?	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario
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?	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario
7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario
8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario
9. ¿Usted o alguna otra persona han resultado heridos porque usted había bebido?	0. No 2. Sí, pero no en el curso del último año 4. Sí, el último año
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?	0. No 2. Sí, pero no en el curso del último año 4. Sí, el último año

INVENTARIO DE SITUACIONES DE CONSUMO DE ALCOHOL ISCA

Fecha de entrevista: _____ Nombre: _____

INSTRUCCIONES: A continuación se le presenta una lista de situaciones o eventos en las cuales algunas personas consumen bebidas alcohólicas en exceso.

Lea cuidadosamente cada reactivo, y responda de acuerdo a su consumo durante el año pasado.

Marque:

0. Si usted **"NUNCA"** bebió en exceso en esa situación.
1. Si usted **"OCASIONALMENTE"** bebió en exceso en esa situación.
2. Si usted **"FRECUENTEMENTE"** bebió en exceso en esa situación.
3. Si usted **"CASI SIEMPRE"** bebió en exceso en esa situación.

PREGUNTAS	BEBÍA EN EXCESO			
	NUNCA	OCASIONALMENTE	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
1. Cuando tuve una discusión con un amigo	0	1	2	3
2. Cuando estaba deprimido	0	1	2	3
3. Cuando sentía que finalmente todo iba por buen camino	0	1	2	3
4. Cuando me sentía nervioso y mal de salud	0	1	2	3
5. Cuando decidí demostrar mi fuerza de voluntad dejando de beber después de tomar 1 o 2 copas.	0	1	2	3
6. Cuando mis amigos llegaban de visita y me sentía emocionado	0	1	2	3
7. Cuando veía un anuncio de mi bebida favorita	0	1	2	3
8. Cuando me sentía a disgusto en la presencia de alguien	0	1	2	3
9. Cuando alguien me criticaba	0	1	2	3
10. Cuando alguien me invitaba a su casa y me ofrecía una copa	0	1	2	3
11. Cuando no podía dormir	0	1	2	3
12. Cuando quería aumentar mi placer sexual	0	1	2	3
13. Cuando me daban como regalo una botella de mi bebida favorita	0	1	2	3
14. Cuando me sentía muy contento	0	1	2	3
15. Cuando volvía a estar en reuniones en donde siempre bebía	0	1	2	3
16. Cuando me entristecía al recordar algo que me había sucedido	0	1	2	3
17. Cuando pensaba que el alcohol ya no era un problema para mí	0	1	2	3
18. Cuando algunas personas a mi alrededor me ponían tenso.	0	1	2	3
19. Cuando al salir con amigos éstos entraban a un bar a beber una copa	0	1	2	3
20. Cuando pensaba que fresca y sabrosa podía ser la bebida	0	1	2	3
21. Cuando quería estar más cerca de alguien que me gustaba	0	1	2	3
22. Cuando alguien en la misma habitación estaba bebiendo	0	1	2	3
23. Cuando sentía que no tenía a quién acudir	0	1	2	3
24. Cuando sentía que me estaba deprimiendo	0	1	2	3
25. Cuando me sentía rechazado sexualmente	0	1	2	3
26. Cuando estaba aburrido	0	1	2	3
27. Cuando no era capaz de expresar mis sentimientos	0	1	2	3
28. Cuando la gente era injusta conmigo	0	1	2	3
29. Cuando me acordaba lo bien que sabe mi bebida favorita	0	1	2	3
30. Cuando me sentía rechazado por mis amigos	0	1	2	3

PREGUNTAS	BEBÍA EN EXCESO			
	NUNCA	OCASIONALMENTE	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
31. Cuando me sentía seguro y relajado	0	1	2	3
32. Cuando veía algo que me recordaba la bebida	0	1	2	3
33. Cuando me empezaba a sentir harto de la vida	0	1	2	3
34. Cuando estaba confundido y necesitaba pensar más claramente	0	1	2	3
35. Cuando me sentía solo	0	1	2	3
36. Cuando me podía convencer que era una nueva persona que podía tomar unas cuantas copas	0	1	2	3
37. Cuando me estaba sintiendo el "dueño" del mundo	0	1	2	3
38. Cuando pensaba por donde venden bebidas	0	1	2	3
39. Cuando estaba en una situación en la que siempre bebía	0	1	2	3
40. Cuando me sentía soñoliento y quería estar alerta	0	1	2	3
41. Cuando estaba cansado	0	1	2	3
42. Cuando tenía dolor físico	0	1	2	3
43. Cuando me sentía seguro de que podía beber sólo unas cuantas copas	0	1	2	3
44. Cuando alguien cercano a mí estaba sufriendo	0	1	2	3
45. Cuando comencé a pensar que nunca conocería mis límites respecto a la bebida a menos que los probara	0	1	2	3
46. Cuando salí con mis amigos a divertirme y quise disfrutar más	0	1	2	3
47. Cuando de repente me encontraba una botella de mi bebida favorita.	0	1	2	3
48. Cuando estaba platicando a gusto y quise contar una "anécdota"	0	1	2	3
49. Cuando me ofrecían una copa y me sentía incómodo de rechazarla	0	1	2	3
50. Cuando no le simpatizaba a algunas personas	0	1	2	3
51. Cuando me sentía mareado o con náuseas	0	1	2	3
52. Cuando me sentía inseguro de poder lograr lo que esperaban de mí.	0	1	2	3
53. Cuando me sentía muy presionado	0	1	2	3
54. Cuando dudaba de mi auto-control respecto al alcohol y quería probarlo tomando una copa	0	1	2	3
55. Cuando parecía que nada de lo que hago me estaba saliendo bien	0	1	2	3
56. Cuando otras personas interferían con mis planes	0	1	2	3
57. Cuando pensaba que finalmente me había curado y que podía controlar la bebida.	0	1	2	3
58. Cuando todo estaba saliendo bien	0	1	2	3
59. Cuando sentía que a nadie le importaba realmente lo que me pasaba	0	1	2	3
60. Cuando en una fiesta otras personas estaban bebiendo	0	1	2	3
61. Cuando me sentía inseguro y quería funcionar mejor	0	1	2	3
62. Cuando me sentía presionado por las exigencias de mi jefe debido a la calidad de mi trabajo	0	1	2	3
63. Cuando me parecía que no podía hacer las cosas que intentaba	0	1	2	3
64. Cuando tenía miedo de que las cosas no me iban a salir bien	0	1	2	3
65. Cuando me sentía satisfecho por algo que había hecho	0	1	2	3
66. Cuando sentía envidia por algo que había hecho otra persona	0	1	2	3
67. Cuando pasaba frente a un bar	0	1	2	3
68. Cuando me sentía vacío interiormente	0	1	2	3
69. Cuando estaba en un restaurante y las personas junto a mí ordenaban unas copas	0	1	2	3

PREGUNTAS	BEBÍA EN EXCESO			
	NUNCA	OCASIONALMENTE	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
70. Cuando me sentía muy cansado	0	1	2	3
71. Cuando todo me estaba saliendo mal	0	1	2	3
72. Cuando quería celebrar con un amigo	0	1	2	3
73. Cuando alguien me presionaba a demostrar que podía tomar una copa	0	1	2	3
74. Cuando me sentía culpable de algo	0	1	2	3
75. Cuando me sentía nervioso y tenso	0	1	2	3
76. Cuando estaba enojado respecto al curso que habían tomado algunas cosas	0	1	2	3
77. Cuando me sentí muy presionado por mi familia	0	1	2	3
78. Cuando algo bueno sucedía y quería celebrarlo	0	1	2	3
79. Cuando me sentía contento con mi vida	0	1	2	3
80. Cuando pensaba que realmente no dependía de la bebida	0	1	2	3
81. Cuando pensaba que una copa no podía hacerme daño	0	1	2	3
82. Cuando me estaba divirtiendo con mis amigos y quería aumentar la diversión	0	1	2	3
83. Cuando me sentía confundido respecto a lo que debía de ser	0	1	2	3
84. Cuando me reunía con un(a) amigo(a) y sugería tomar una copa juntos	0	1	2	3
85. Cuando quería celebrar una ocasión especial como la navidad o un cumpleaños	0	1	2	3
86. Cuando tenía dolor de cabeza	0	1	2	3
87. Cuando no me llevaba bien con mis compañeros de trabajo	0	1	2	3
88. Cuando me estaba divirtiendo en una fiesta y quería sentirme mejor	0	1	2	3
89. Cuando de repente tenía urgencia de beber una copa	0	1	2	3
90. Cuando necesitaba valor para enfrentarme a alguien	0	1	2	3
91. Cuando quería probarme a mí mismo que podía beber pocas copas sin emborracharme	0	1	2	3
92. Cuando había problemas (pleitos) en mi hogar	0	1	2	3
93. Cuando disfrutando de una comida con amigos pensaba que una copa lo haría más agradable	0	1	2	3
94. Cuando tenía problemas en el trabajo	0	1	2	3
95. Cuando estaba a gusto con un(a) amigo (a) y quería tener mayor intimidad	0	1	2	3
96. Cuando mi jefe me ofrecía una copa	0	1	2	3
97. Cuando sentía el estómago "hecho nudo"	0	1	2	3
98. Cuando me sentía feliz al recordar algo que me había pasado	0	1	2	3
99. Cuando necesitaba valor para enfrentarme a alguien	0	1	2	3
100. Cuando sentía que alguien estaba tratando de controlarme y quería sentirme más independiente y poderoso.	0	1	2	3

HOJA DE CALIFICACIÓN DEL INVENTARIO DE SITUACIONES DE CONSUMO DE ALCOHOL ISCA

Emociones desagradables	Malestar físico	Emociones agradables	Presión
2	4	3	10
16	11	14	19
23	40	31	22
24	41	37	39
26	42	58	49
33	51	65	60
34	70	78	69
35	75	79	73
53	86	85	84
55	97	98	96
59			
61	Total = (suma/30) x 100	Total = (suma/30) x 100	Total = (suma/30) x 100
63	_____	_____	_____
64			
68			
71			
74			
76			
83			Conflicto con otros
90			1
			8
Total = (suma/60) x 100			9
_____			18
			25
			27
			28
			30
Momentos agradables con otros	Probando autocontrol	Necesidad física	44
			50
6	5	7	52
12	17	13	56
21	36	15	62
46	43	20	66
48	45	29	77
72	54	32	87
82	57	38	92
88	80	47	94
93	81	67	99
95	91	89	100
Total = (suma/30) x 100	Total = (suma/30) x 100	Total = (suma/30) x 100	Total = (suma/60) x 100
_____	_____	_____	_____

**TABLA 1. CÁLCULO DEL PUNTAJE DE “ÍNDICE DEL PROBLEMA”
DE LAS DISTINTAS SUBESCALAS**

$\text{Índice del problema} = \frac{\text{suma del puntaje de la subescala}}{\text{Puntaje máximo posible}} \times 100$	
SUBESCALA	ÍNDICE DEL PROBLEMA
1. Emociones Desagradables	(SUMA/60) X 100
2. Malestar Físico	(SUMA/30) X 100
3. Emociones Agradables	(SUMA/30) X 100
4. Probando Auto-Control	(SUMA/30) X 100
5. Necesidad Física	(SUMA/30) X 100
6. Conflicto con otros	(SUMA/60) X 100
7. Presión Social para beber	(SUMA/30) X 100
8. Emociones Agradables con Otros	(SUMA/30) X 100

TABLA 2. GUÍA DE INTERPRETACIÓN DEL “ÍNDICE DEL PROBLEMA”

HAY QUE UNIR LA TABLA

PUNTAJE	INTERPRETACIÓN
0	BAJO RIESGO El usuario nunca bebió en exceso durante el año pasado, en estas situaciones. Son situaciones que no son de riesgo para el usuario.
1-33	RIESGO MODERADO El usuario algunas veces bebió en exceso en este tipo de situaciones durante el año pasado. Situaciones de este tipo presentan riesgo moderado para el usuario.
34-66	ALTO RIESGO Durante el año pasado el usuario frecuentemente bebió en exceso en estas situaciones. Este tipo de situaciones presentan un alto riesgo para el usuario.
67-100	MUY ALTO RIESGO El usuario muy frecuentemente bebió en exceso en estas situaciones durante el año pasado. Situaciones de este tipo presentan un gran riesgo para el usuario

CIDI SECCIÓN ALCOHOL

NOMBRE DEL ENTREVISTADOR _____
NO. I.E. _____ PROFESION: _____
NUMERO DE FOLIO ___ / ___ / ___ / ___ / ___ HORA DE INICIO hrs. ___ / ___ min. ___ / ___
NOMBRE: _____

CIDI SECCION I CONSUMO DE ALCOHOL

I1 Ahora quisiera hacerle unas preguntas sobre su uso de bebidas alcohólicas, como (BEBIDAS DE USO LOCAL – CERVEZA, VINO O LICORES). A lo largo de toda su vida, ¿ha tomado usted al menos doce tragos (copas) o vasos de cualquier clase de bebida alcohólica? Por favor, cuente los tragos como aparecen en esta tarjeta. (MUESTRE LA TARJETA A) NO...

(PREGUNTE A)... 1

SI... (PASE A 12)..... 5

A. ¿Aún teniendo en cuenta, tomar bebidas alcohólicas con la comida o durante un acontecimiento especial o en una festividad?

CORRECTO, NUNCA HA TOMADO 12+ TRAGOS (FIN).....1

HA TOMADO 12+ TRAGOS.....5

I2 Durante los últimos doce meses, ¿tomó usted al menos doce tragos (copas) o vasos de cualquier tipo de bebida alcohólica?

NO... (PREGUNTE A)...1

SI... (PASE A 13).....5

A. Durante cualquier período de un año a lo largo de toda su vida, ¿tomó al menos doce tragos (copas o vasos) de cualquier tipo de bebida alcohólica?

NO... (FIN).....1

SI... (PASE A 15A).....5

I3 Durante los últimos doce meses en que usted consumió alcohol, generalmente, ¿bebía al menos un poco (CODIFIQUE LA PRIMERA RESPUESTA POSITIVA)... FRECUENCIA

casi a diario?.....1

3 ó 4 días a la semana?..... 2

1 ó 2 días a la semana?..... 3

de 1 a 3 días al mes?..... 4

menos de 1 vez al mes?.....5

I4 En los días en que usted consumía bebidas alcohólicas durante los últimos doce meses, ¿cuántos tragos (copas o vasos) tomaba habitualmente en un solo día?
 PROMEDIO NO. TRAGOS

EN 24 HORAS ___ / ___

Por favor, cuente los tragos como aparecen en la Tarjeta.

I5 Ha habido algún período en su vida en que tomó NO... (PASE A C)...1

más alcohol del que había tomado en los últimos doce meses?

SI..... 5

A. Piense en el período de tiempo en que usted tomó con más frecuencia.

¿Bebió usted... (CODIFIQUE LA PRIMERA RESPUESTA POSITIVA)...

FRECUENCIA

diario..... 1	casi a
semana?..... 2	3 ó 4 días a la
semana?..... 3	1 ó 2 días a la
mes?..... 4	de 1 a 3 días al
mes?..... 5	menos de 1 vez al

B. Durante ese período en que usted tomó PROMEDIO NO. TRAGOS

con más frecuencia, ¿cuántos tragos EN 24 HORAS ___ / ___

(copas o vasos) tomaba habitualmente en un solo día? Por favor,

cuente los tragos (copas o vasos) como aparecen en la tarjeta.

C. ¿Alrededor de qué edad tenía cuando empezó a tomar INI: 1 2 3 4 5 6

por primera vez (FRECUENCIA Y CANTIDAD EN EDAD INI: ___ / ___

A Y B; O SI SE OMITIO EN 13 Y EN 14)

D. ¿Alrededor de que edad tenía usted REC: 1 2 3 4

cuando dejó de tomar así? EDAD REC: ___ / ___

I6 ¿A veces hubo quejas u objeciones sobre su forma de beber NO SI
 por parte de:

1. su familia (cualquier pariente, su esposo(a) e hijos)? 1 5

2. sus amigos, su médico o el sacerdote (o ministros de su iglesia)? 1 5

3. Su forma de beber, ¿alguna vez le causó problemas en el
 trabajo o la escuela? 1 5

4. ¿Alguna vez se metió en peleas mientras bebía? 1 5

5. Le ha arrestado la policía, detenido o llevado a un centro de tratamiento porque estaba ebrio(a)?	1	5
6. Su consumo de bebidas alcohólicas, ¿alguna vez ha provocado una ruptura (corte) entre usted y algún miembro de su familia o amigo?	1	5
7. ¿Tuvo problemas económicos debido al dinero que gastaba en la bebida?	1	5

SI NO SE CODIFICO NINGUN "5" DE 1-7, PASE A I7.

REC: ¿Cuándo fue la última vez que tuvo (LEA LOS 5 CODIFICADOS DEL 1-7)?

REC: 1 2 3 4 5 6

EDAD REC: ___ / ___

AA3RA1	A. ¿Continuó usted bebiendo aún después de saber que esto le causaba	
AD3RA6	cualquiera de estos problemas?	NO..... 1
AA3RB		SI..... 5
AD3RA4	17 ¿Alguna vez se ha metido en problemas mientras conducía (manejaba) - como tener un accidente o ser arrestado(a) por conducir (manejar) ebrio(a) (borracho/a)?	NO... (PASE A 18)... 1 SI..... 5
		NO..... 1
AD3RB	A. ¿Ocurrió esto varias, veces?	SI..... 5
AA3RB		REC: 1 2 3 4 5 6
AA3RA2		EDAD REC: ___ / ___
AICDHM	18 ¿Alguna vez se lastimó (lesionó) accidentalmente mientras bebía (y estaba bajo los efectos del alcohol) - como por ejemplo, sufrir una mala caída o herida, lastimarse (lesionarse) en un accidente de tránsito (tráfico) o algo similar?	NO... (PASE A 19)... 1 SI..... 5
AD3RA4	A. ¿Volvió a beber después de saber que la bebida le causó el accidente?	NO..... 1
AA3RA2		SI..... 5
		REC: 1 2 3 4 5 6
		EDAD REC: ___ / ___
AD3RA4	19 ¿Ha estado bajo la influencia del alcohol en situaciones en que corría más riesgo de hacerse daño, es decir, mientras corría en bicicleta, conducía (guiaba) un automóvil, lancha u operaba una maquinaria?	NO..... 1
AA3RA2		SI..... 5
AD3RB		REC: 1 2 3 4 5 6
AA3RB		EDAD REC: ___ / ___
AD3RA4	110 La bebida o el efecto de la bebida al día siguiente	NO..... 1

AD3RB (resaca), ¿le ha impedido a menudo trabajar, asistir a la escuela u ocuparse de sus hijos? SI..... 5
REC: 1 2 3 4 5 6
EDAD REC: ___ / ___

AICDD4 **I11** ¿Alguna vez se dio cuenta de que empezaba a necesitar tomar mucho más para obtener el mismo efecto que antes? NO... (PREGUNTE A)... 1
AD3RA7 SI..... (PASE A REC)... 5

A. ¿Notó alguna vez que tomar la cantidad acostumbrada de alcohol tenía menos efecto en usted? NO... (PASE A I12)... 1
SI..... 5

REC: ¿Siente que todavía necesita tomar más que antes para obtener el mismo efecto? SI RESPONDE "SI", CODIFIQUE "1".

SI ES "NO", PREGUNTE: REC: 1 2 3 4 5 6
¿Cuándo dejó de necesitar más alcohol? EDAD REC: ___ / ___

AICDD1 **I12** ¿Alguna vez sintió un deseo o una urgencia tan fuerte de beber que no pudo resistirlo? NO... (PREGUNTE A)... 1
SI..... (PASE A REC)... 5
REC: 1 2 3 4 5 6

EDAD REC: ___ / ___

A. ¿Alguna vez ha necesitado (deseado) tanto un trago (copa o vaso) que no podía pensar en nada más? NO... (PASE A I13)... 1
SI..... 5

AD3RA1 **I13** ¿Tomaba a menudo mucho más alcohol de lo que esperaba consumir, cuando empezaba a beber o por mucho más tiempo de lo que se proponía? NO... (PREGUNTE A)..... 1
AICDD2 SI..... (PASE A REC)..... 5
AD3RB

NO... (PASE A I14)... 1

A. ¿Con frecuencia comenzaba a beber y se daba cuenta de que le era difícil dejarlo antes de estar ebrio(a) / (borracho(a))? SI.....5
REC: 1 2 3 4 5 6
EDAD REC: ___ / ___

AD3RA2 **I14** ¿Alguna vez ha querido dejar de tomar o disminuir la bebida pero no ha podido? NO... (PASE A I15)... 1
SI.....5

AD3RB **A.** En más de una ocasión, ¿intentó dejar de tomar o reducir la cantidad sin que lo lograra? NO, SOLO UNA VEZ..... 1
AICDD2 SI..... 5

REC: 1 2 3 4 5 6

EDAD REC: ___ / ___

AD3RA3 **I15** ¿Alguna vez ha tenido un período en que pasaba mucho tiempo bebiendo

AICDD5 o recuperándose de los efectos del alcohol? NO... (PASE A I16)... 1
 SI.....5
 AD3RB **A.** ¿Duró este período al menos un mes? NO..... 1
 SI.....5
 REC: 1 2 3 4 5 6
 EDAD REC: ___ / ___

AD3RA5 **I16** ¿Alguna vez dejó o disminuyó considerablemente NO... (PASE A I18)... 1
 AICDD5 actividades importantes, (como deportes, trabajo, o SI.....5
 compartir con amigos o familiares), para poder beber? NO..... 1
 AD3RB A. Las abandonó usted durante al menos un mes o SI.....5
 varias veces durante un período de tiempo más largo? REC: 1 2 3 4 5 6
 EDAD REC: ___ / ___

I
 17 ELIMINADA

AD3RA8 **I18** Suspender o disminuir el consumo de alcohol, ¿alguna vez le
 causó problemas como: (MUESTRE LA TARJETA Y) NO SI
 1. temblores (temblor en las manos)? 1 5
 2. que no pudiera dormir? 1 5
 3. sentirse nervioso(a) o inquieto(a)? 1 5
 4. sudores? 1 5
 5. que su corazón latiera rápido? 1 5
 6. nauseas o vómitos? 1 5
 7. dolores de cabeza? 1 5
 8. debilidad? 1 5
 9. ver u oír cosas que otros no podían ver o escuchar? 1 5
 10. ataques o convulsiones? 1 5
 SI NINGUN "5" FUE CODIFICADO DE 1-10, PASE A 119.

REC: ¿Cuándo fue la última vez que tuvo (LEA LOS "5"
 DEL 1 AL 10 ARRIBA) después de no beber por un tiempo? REC: 1 2 3 4 5 6
 EDAD REC: ___ / ___

AD3RB **B.** ¿Ha tenido en varias ocasiones problemas como NO
 estos al suspender o disminuir el consumo de alcohol? SI 5
 AICDD3 **C.** ¿En alguna ocasión tomó un trago (copa o vaso) NO...(PASE A I19)... 1
 AD3RA9 para evitar estos problemas o hacerlos desaparecer? SI.....5

REC: 1 2 3 4 5 6

EDAD REC: ___ / ___

AICDHM I19 Hay varios problemas de salud que pueden ser provocados por la bebida.

La bebida, ¿alguna vez le causó... NO SI

1. una enfermedad del hígado o hepatitis? 1 5

2. enfermedad del estómago o sangre al vomitar? 1 5

3. hormigueo o entumecimiento en los pies? 1 5

4. problemas de memoria aún cuando no estaba bebiendo? 1 5

5. pancreatitis? 1 5

6. cualquier otra enfermedad? ¿Cuál? _____ 1 5

SI SE CODIFICO "1" DEL 1 AL 6, PASE A I20.

REC: ¿Cuándo fue la última vez que tuvo cualquiera REC: 1 2 3 4 5 6

de estos problemas de salud a causa de la bebida? EDAD REC: ___ / ___

AD3RA6 **A.** ¿Continuó usted bebiendo aún después de NO..... (PASE A I20).....1

AA3RA1 haberse dado cuenta que le causaba SI..... (PREGUNTE REC)... 5

AICDD6 alguno de estos problemas de salud? REC: 1 2 3 4 5 6

EDAD REC: ___ / ___

AD3RB **B.** ¿Bebió usted en más de una ocasión después de haberse dado cuenta

AA3RB que le causaba alguno de estos problemas de salud? NO..... 1

SI.....5

AD3RA6 **I20** ¿Alguna vez ha continuado bebiendo aún sabiendo NO.(PREGUNTE A)...1

AICDD6 que tenía alguna (otra) enfermedad física seria que SI... (PASE A REC)...5

AA3RA1 podía empeorarse por la bebida?

NO... (PASE A I21)...1

AA3RA2 A. ¿Alguna vez continuó usted bebiendo mientras SI.....5

tomaba un medicamento que sabía que era peligroso REC: 1 2 3 4 5 6

mezclarlo con alcohol? EDAD REC: ___ / ___

AICDHM I21 El tomar alcohol, ¿alguna vez le ha causado problemas emocionales (nerviosos) o psicológicos, como... NO SI

1. falta de interés en las actividades acostumbradas? 1 5

2. sentirse triste o deprimido(a)? 1 5

3. sentirse suspicaz o desconfiado(a) de otros? 1 5

4. tener pensamientos extraños? 1 5

SI SE CODIFICO "1" DEL 1 AL 4, PASE A I22.

REC: ¿Cuándo fue la última vez que tuvo (LEA LOS "5"
DEL 1 AL 4 ARRIBA) a causa de la bebida?

REC: 1 2 3 4 5 6

EDAD REC: ___ / ___

AD3RA6 **A.** ¿Continuó usted bebiendo aún después
AICDD6 de darse cuenta de que el alcohol le creaba
AA3RA1 cualquiera de estos problemas emocionales
AD3RB (nerviosos)?

NO..... (PASE A I22)..... 1

SI... (PREGUNTE REC)... 5

REC: 1 2 3 4 5 6

EDAD REC: ___ / ___

AA3RB

I22 ¿SE CODIFICO AL MENOS UN 5 DESDE I6? NO... (FIN)...1

SI..... 5

I23 Usted dijo que... (LEA LOS ITEMS CODIFICADOS INI: 1 2 3 4 5 6

"5"DE LAS PGTAS. I6 A LA I21). ¿Cuándo fue

EDAD INI: ___ / ___

la primera ve que el alcohol le causó cualquiera de estos problemas?