



11262
10
2EJ

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

FALLA DE ORIGEN

**DESARROLLO DEL INDICE DE ALCOHO-
LISMO DE PREGRADO (IAPG):
UN ESTUDIO DE EVALUACION EMPIRICA**
Elaborado para Estudiantes que Ingresan
a la Facultad de Medicina (FM) de la
Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM),

T E S I S

PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRO EN CIENCIAS MEDICAS
P R E S E N T A:
M. C. RODOLFO PRADO VEGA

ASESOR: DR. KLAUS-DIETER GORENG



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 está 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.

C O N T E N I D O

I. Introducción

- a) Antecedentes
- b) Marco teórico
 - Diagnóstico de alcoholismo
 - Instrumentos de evaluación
 - Validación de los instrumentos de evaluación
 - Requisitos para la elaboración de un instrumento de evaluación
 - Requisitos para la traducción de un instrumento de evaluación
- c) Planteamiento del problema
- d) Objetivos
 - Objetivo general
 - Objetivos específicos
- e) Hipótesis
- f) Justificación

II. Material y métodos

- a) Evaluación del Índice Transcultural de Alcoholismo (ITA), 1992
- b) Desarrollo del Índice de Alcoholismo de Prgrado (IAPG), con una base de datos hispanoamericana
- c) Simulacro de evaluación del IAPG desarrollado
- d) Presentación del IAPG
- e) Procedimiento para el análisis de la información
- f) Tipo de investigación

III. Resultados

- a) Evaluación empírica del IAPG en estudiantes que ingresan a la FM de la UNAM, 1993
- b) Simulacro de reducción del IAPG
- c) Evaluación empírica del IAPG en estudiantes que ingresan a la FM de la UNAM, 1994

IV. Discusión

- a) Alcoholismo como problema universal
- b) Definición de problemas secundarios al uso de alcohol en el adolescente

- c) Instrumentos de evaluación específicos para estudiantes de nuevo ingreso a la FM
- d) Calidad de los instrumentos de evaluación
- e) Desarrollo del IAPG
- f) Cumplimiento de objetivos y prueba de hipótesis

V. Conclusiones

VI. Referencias documentales

VII. Anexos

1. Test de Alcoholismo Munich Münchner Alko-holismustest (MALT)-
2. Índice de alcoholismo de pregrado. 1993
3. Índice de alcoholismo de pregrado. 1994

I. Introducción

a) Antecedentes

La Facultad de Medicina (FM) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), como parte de su Programa de Primer Ingreso, realiza una evaluación que incluye conocimientos básicos de Biología, Química, Física, Matemáticas; dominio del idioma español; comprensión de textos en inglés; cultura general; aptitudes; aspectos socioeconómicos y examen de salud (1), que hacen conciente al estudiante de su nivel de conocimientos y a la FM de la necesidad de fortalecer los Programas de Orientación Vocacional, seleccionar los grupos de alumnos y horarios que más convengan a los intereses de los estudiantes, así como constituir los grupos de Núcleos de Calidad Educativa (NUCE).

Como parte de esta evaluación inicial, se pensó, que también sería importante desarrollar un inventario de alcoholismo, para medir a los estudiantes que ingresan a la FM, para contar con una imagen global, del grado de problemas que pudieran tener estos estudiantes, como consecuencia del uso y abuso de bebidas alcohólicas y poder programar medidas de prevención o completar su formación académica en el campo del alcoholismo; existiendo recomendaciones concretas al respecto (2, 3), señalando, que son deseables los atributos de habilidades cognitivas en los estudiantes de medicina y las escalas

destinadas a su admisión, siendo también deseable, medir otros atributos personales y determinar posible psicopatología en los aspirantes (28, 29, 30, 40), y podrían constituirse en precursores de abuso de alcohol, en la vida profesional (38, 39).

El problema del alcoholismo es universal y los "adolescentes viejos" o "jóvenes adultos" que ingresan a realizar estudios de medicina no están libres de este problema. A fin de establecer la magnitud del alcoholismo en la etapa final de la adolescencia y el principio de la edad adulta, se hizo una revisión bibliográfica, tratando de determinar el estado actual de la investigación de la adicción en el adolescente en general y de los estuadiantes en particular, mediante una búsqueda retrospectiva, automatizada (MEDLINE), a partir del año 1988 hasta el año 1990, encontrándose 252 referencias, de las cuales se incluyeron 180 y se rechazaron 72, por no estar dirigidas a las características del estudio (figura 1), mencionándose las causas de este rechazo en la figura 2. De las 180 referencias, se observa que el alcoholismo, es tratado como factor de adicción más importante entre los adolescentes y está relacionado con otra serie de factores facilitadores, que son motivo de estudio especial (figura 3). Esta revisión también permite observar, que algunas de las referencias, mencionan una serie de factores, que pueden contribuir al control de la adicción en general y del alcoholismo en

particular (figura 4). Las referencias encontradas, pertenecen en su mayor parte a revistas de los Estados Unidos de Norteamérica, pero incluye a países de casi todos los continentes (figura 5).

Esta revisión permite concluir que el alcoholismo, es uno de los problemas de adicción más importantes y es, evidentemente, un problema universal, que tiene grandes repercusiones en el "adolescente viejo" y "adulto joven" y que es necesario diagnosticarlo en forma precoz.

b) Marco Teórico

Diagnóstico de alcoholismo

El diagnóstico de alcoholismo pocas veces se lleva a cabo en la consulta general, como se hace con otro tipo de padecimientos y esto se debe a una insuficiente educación del médico en este campo (31, 32, 33), a que se prefieren tratar las consecuencias y no el problema social, a la negación que hace el alcohólico y sus familiares del problema y a tener que diagnosticar un problema que no se puede tratar (4). Pero el diagnóstico, puede llevarse a cabo, mediante estudio dirigido especialmente a este fin, mediante: 1.- análisis del comportamiento personal y familiar (figura 6); 2.-examen físico (figura 7) y 3.-exámenes de laboratorio (figura 8), así como mediante cuestionarios (figura 9 y 10); diagnósticos que permitirán el manejo terapéutico.

El proceso diagnóstico antes mencionado, está de acuerdo a la definición de alcoholismo propuesta por la Asociación Médica Americana que dice: "Enfermedad caracterizada por importante impedimento asociado directamente al uso persistente y excesivo del alcohol, impedimento que puede comprometer la función fisiológica, psicológica o social"; definición que está dirigida, especialmente a los adultos. Los criterios que se establecen para este diagnóstico (figura 11), representan un estado avanzado de alcoholismo.

Aunque los médicos, en la consulta general, pueden diagnosticar alcoholismo en los pacientes que acuden a ella, y en forma más especializada, realizarle una historia clínica psiquiátrica codificada para alcoholismo (10) o diagnosticarlo en pacientes hospitalizados (47), cuando se desea identificar personas con problemas de alcoholismo en un grupo de población que empezó a ser alcohólico o se encuentran en riesgo de desarrollar alcoholismo, entonces es indispensable la utilización de instrumentos bien estructurados, que en forma consistente puedan detectar a los individuos que se encuentran en riesgo (5).

Los cuestionarios pueden ser autoadministrables o aplicados mediante entrevista, pero requieren estar validados, es decir que midan lo que el clínico o investigador desea medir y que los resultados sean confiables, esto es que se puedan repetir

las veces que uno quiera y que se mantengan a través del tiempo, con valores semejantes.

Instrumentos de evaluación.

De los instrumentos ya mencionados (figuras 9 y 10) y que pueden ser utilizados con el fin en última instancia señalado, se encuentra el Test de Evaluación de Alcoholismo Michigan (Michigan Alcoholism Screening Test) MAST que tiene 25 ítems y puede ser aplicado en 25 minutos. Se dirige más bien a las consecuencias de beber y hace conscientes a los sujetos de sus problemas con el alcohol; con base en el uso de ítems que son más discriminativos, el MAST, se ha reducido de 25 a 13 ítems y se conoce como SMAST (Short Michigan Alcoholism Screening Test) y últimamente a 10 ítems o sea el MAST-breve (b-MAST)-. El CAGE (Cut, Annoyance, Guilt, And Eye), es un instrumento autoadministrable y de rápida respuesta (1 minuto) y puede ser utilizado en grandes grupos de población.

Entre otros instrumentos, tenemos al Test de Evaluación Autoadministrable de Alcoholismo (Self-Administered Alcoholism Screening Test) SAAST, con 35 ítems, cuestionario para entrevista, que puede utilizarse en grupos más pequeños, contándose en la actualidad con un SAAST de 9 ítems. También contamos con la escala de Dependencia Alcohólica (Alcohol Dependence Scale ADS), cuestionario autoadministrable, para casos de dependencia

alcohólica severa o la Prueba Corta de Riesgo Alcohólico -Kurzfragebogen für Alkoholgefährte (KFA)- test autoadministrable constituido por 22 reactivos, dirigidos a explorar los efectos del alcohol sobre las esferas somática y psicosocial, así como los hábitos patológicos de la ingestión de bebidas alcohólicas, procedimiento sencillo y práctico en estudios epidemiológicos, para la identificación de alcohólicos (34).

Existe ya una descripción detallada del desarrollo de los instrumentos diagnósticos que se iniciaron en E.E.U.U. al final de la década de los cuarenta, así como de sus características, hasta los tiempos actuales, por lo que en esta presentación se omite esta descripción (16).

El uso de los instrumentos mencionados está dirigido a los adultos, pero el alcohol es utilizado ampliamente en personas de 12 a 17 años y de 18 a 22, entre los que se encontrarían los "adolescentes viejos" y los "adultos jóvenes", los cuales requieren de instrumentos especiales para detectar a los individuos que tienen problemas con el alcohol, ya que los factores que contribuyen al uso del alcohol (figura 12), así como sus consecuencias, son diferentes tanto en los adultos como en los "adolescentes viejos" y "adultos jóvenes" (6, 7, 22, 23, 24, 25, 26, 27).

El alcohol y la marihuana son las drogas que

más se consumen en la adolescencia. Una manera de deducir la importancia del problema, es un esquema que estima la importancia del consumo de drogas en el adolescente (8) (Figura 13) con base al tipo de droga, de las circunstancias y frecuencia de su consumo, del ambiente predisponente y del estado emocional del adolescente. También se ha elaborado el Inventario del Alcoholismo para Adolescentes (Adolescent Drinking Inventory) (ADI) (9), que plantea la dificultad para identificar problemas de alcoholismo en el adolescente, porque puede aceptarse como una cuestión de desarrollo. La definición de problemas con la bebida, en el adolescente, se enfatiza en los efectos dañinos a la salud, la solución de problemas y obligaciones sociales, así como a la cantidad, frecuencia y variabilidad del consumo, por lo que se propone una medición multidimensional, con un instrumento que tiene 24 ítems, incluidos en 4 dominios primarios: 1.-Pérdida del control con la bebida, 2.-Indicadores Sociales, 3.-Indicadores psicológicos y 4.-Indicadores físicos; el instrumento sirve para identificar a un adolescente con problemas sociales, psicológicos y de comportamiento.

Para estudiar el problema de uso y abuso del alcohol, en el adolescente (11), se propone un esquema de evaluación que explora 3 campos de la vida, el psicosocial, el biomédico y el relacionado con la escuela, de los cuales los psicosociales son más importantes (Figura 14), en este estudio un miembro de la familia se

mostraba preocupado acerca del consumo de alcohol del adolescente (28%), tomaban alcohol en el hogar en presencia de los padres (43%) y no tenían amigos abstemios (21%); se informa a menudo de complicaciones médicas, como cambios en el comportamiento secundario al uso del alcohol (43%), lagunas mentales (15%); beber por las mañanas 15%); de los problemas sociales informados: beben en lugar de ir a la escuela (17%), beben en la escuela (17%); el comienzo máximo fue a los 17 y 18 años de edad; el mayor consumo de bebidas y otras sustancias es entre los 18 y 22 años de edad; muchos dejaron la costumbre después de 7 años de iniciada y el 5% aproximadamente de los adolescentes, sufre del problema de adicción. Este instrumento permite establecer distinción entre adolescentes que abusan del alcohol y los que no; los adolescentes positivos, cumplen con un promedio de 70 síntomas y los negativos con promedio de 1.1 síntomas.

Para la evaluación del uso de sustancias químicas, por parte de los adolescentes, se está desarrollando un instrumento mas completo y específico, Proyecto de Evaluación del Adolescente (Adolescent Assessment Project AAP), para cuyo desarrollo se utilizan 3 anillos concéntricos, cuyo núcleo representa la gravedad del problema (11) (Figura 18); el primer anillo signos, síntomas, consecuencias y patrones de uso de sustancias químicas; el segundo anillo, factores de riesgo psicosocial, factores genéticos,

sociodemográficos intra e interpersonales, así como factores ambientales, y el ambiente externo, factores ligados con la clasificación diagnóstica del Manual Estadístico y de Diagnóstico III (Diagnosis and Statistical Manual III, DSM-III) del abuso de sustancias y problemas relacionados, usando un cuestionario escrito (Personal Experience Inventory) y una entrevista (Adolescent Diagnostic Interview). Con anterioridad ya se había desarrollado la Escala de Compromiso Alcohólico en el Adolescente -Adolescent Alcohol Involvement Scale (AAIS)- constituido por 14 ítems, pero no se recomienda su uso por no contar con los estándares psicométricos necesarios (35)

VALIDACION DE LOS INSTRUMENTOS DE EVALUACION.

De los instrumentos antes mencionados, así como otros más, que se encuentran en la literatura, como el del National Council of Alcoholism (INCA); el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-III-Revised (DSM-III-R), para el diagnóstico de alcoholismo (12), o el Addiction Severity Index (ASI) o la Mac Andrew Scale (MAS) (13), en la mayor parte de los casos han sido validados mediante pruebas de sensibilidad y especificidad, entendiéndose la validez como la capacidad que tiene el instrumento, para medir lo que se desea medir y la confiabilidad, como la consistencia en lugar y tiempo. La sensibilidad se refiere a la

capacidad del instrumento para identificar individuos con problemas de alcoholismo (personas en que la prueba es positiva) y la especificidad a la capacidad del instrumento para identificar personas que no tienen problemas de alcoholismo (personas en que la prueba es negativa). Por ejemplo, se dice del MAST que tiene 80% de sensibilidad y 90% de especificidad (13), que hay una gran correlación entre los cuatro dominios de disfunción alcohólica del ADI (0.75 a 0.78, $p < 0.0001$) (9) con una sensibilidad del 88% y una especificidad del 82% (5), pero no existen referencias en relación a pruebas de validez y confiabilidad más robustas.

REQUISITOS PARA LA ELABORACION DE UN INSTRUMENTO DE EVALUACION.

Para la elaboración de un instrumento de evaluación de alcoholismo (13), se recomiendan los siguientes pasos: 1.- Propósito de la evaluación, que puede ser de simple identificación de posibles problemas de alcoholismo, en una población dada; de identificación específica de problemas en personas ya conocidas como alcohólicas y de diagnóstico y para determinar la naturaleza y severidad del problema con fines terapéuticos, 2.- Valor del instrumento que se utilizará, tomándose en cuenta, como de uso más frecuente, las encuestas de autorrespuesta y las mediciones bioquímicas; existiendo información de que las encuestas, son mucho

más sensibles y específicas que las determinaciones bioquímicas, 3.- Alto nivel de validez (sensibilidad y especificidad) y costo bajo.; 4.- Que cubran el contenido de lo que se desea evaluar y que identifique el problema en forma temprana; 5.- Dirigir específicamente a la investigación que se desea llevar a cabo.

REQUISITOS PARA LA TRADUCCION DE UN INSTRUMENTO DE EVALUACION

Si se trata de utilizar un instrumento que proviene de otro país es necesario tomar en cuenta el impacto de la cultura sobre las funciones básicas de la mente humana, lo que se conoce como epidemiología transcultural (16), siendo posible establecer el porcentaje de transculturalismo de un instrumento en diagnóstico, con base en las necesidades básicas (metabolismo, reproducción, comodidades corporales, seguridad, movimiento, desarrollo, salud) o respuestas culturales (parentesco, refugio, protección, actividades, higiene) con base a las cuales se desarrollan imperativos (producir, emplear, conservar, proponer nueva producción al aparato cultural de útiles y bienes de consumo) y respuestas (economía). En relación a la traducción de los instrumentos, se subrayan las limitaciones que pueden presentarse en la generalización de los resultados, cuando las traducciones no se llevan a cabo con rigor (16) para lo cual es necesario seguir los siguientes lineamientos:

- 1.- Indagar acerca de la existencia de las

variables a medir en la población receptora; 2.-Que el instrumento tenga en su expresión verbal, el mismo significado en ambas poblaciones o más poblaciones/países; 3.-Un instrumento traducido textualmente, puede dar lugar a graves problemas, si no es validado antes de ofrecerlo para su uso, lo que constituye una responsabilidad de traductor; 4.-Los editores asumen la responsabilidad de la traducción del instrumento, junto con el traductor. La traducción adecuada, asegura la equivalencia de la medición y se debe tratar de maximizar la equivalencia con resultados obtenidos en posteriores estudios de validación. Los traductores se enfrentan a los siguientes problemas: 1.-Expresiones raras o sofisticadas; 2.-Emplear términos abstractos; 3.-Utilizar expresiones verbales con limitaciones; 4.-Encontrar equivalencia a las expresiones idiomáticas; 5.-Utilizar el tiempo verbal más adecuado; 6.-Decidir el uso de expresiones dobles negativas; 7.-Tener elevado grado de familiaridad con ambas lenguas. Para que la traducción sea adecuada se propone un comité de abordaje, para realizar una traducción directa el método puede ser "hacia atrás" o retrospectiva (traducción de la lengua original a la receptora, la cual se vuelve a traducir a la lengua fuente); someter los reactivos a la población para medir las reacciones generales mediante análisis detallado, proveer una base empírica y establecer las deficiencias del instrumento. Otra técnica es la de "retest bilingüe" (ambas versiones de instrumentos, original y receptor

son sometidos a un grupo de traductores bilingües, que están familiarizados con ambas culturas), lo cual sirve para contrastar diferencias en los reactivos y las escalas o para comparar el grado de similitud en los perfiles. Una vez que el instrumento ha sido traducido cuidadosamente se requiere llevar a cabo la tarea de reestandarización, dirigido a determinar si el instrumento opera en la nueva lengua y cultura, en forma semejante que en la cultura original, para esto es necesario llevar a cabo los siguientes estudios:

- 1.-Patrones confirmatorios de los reactivos;
- 2.-Equivalencia de la estructura factorial;
- 3.-Demostración de la generalización transnacional;
- 4.-Demostrar la semejanza entre las medidas de tendencia central y de dispersión de ambas culturas;
- 5.-Determinación empírica de la validez del instrumento.

C). PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El diagnóstico de alcoholismo puede llevarse a cabo en el adulto, con algunas dificultades (37), que pueden partir de la misma definición de alcoholismo (18), mediante los diferentes procedimientos ya mencionados y que se adaptan a definiciones, que aceptan al alcoholismo como una enfermedad. Los instrumentos que se utilizan cumplen con los objetivos que se proponen y se adaptan con el número de ítems que contienen a las necesidades del usuario,

siendo la tendencia, en la mayor parte de ellos, a contener menor número de ítems, para una más rápida aplicación.

Se han hecho esfuerzos para elaborar instrumentos de evaluación de alcoholismo en adolescentes, que identifiquen problemas secundarios al uso y abuso del alcohol, en este período de vida y también se están logrando éxitos, pero no existen estudios dirigidos específicamente a identificar problemas de alcoholismo en personas que ingresan a realizar estudios profesionales en las Universidades y específicamente a las facultades y escuelas de medicina; es decir, son personas que se encuentran en los últimos años de la adolescencia o en los primeros años de la edad adulta ("adolescentes viejos" o "adultos jóvenes"), que se encontrarían entre los 16 y 22 años de edad.

Podrían utilizarse instrumentos validados para la identificación de problemas de alcoholismo en el adolescente o el adulto (36), para la identificación de problemas de alcoholismo en personas que ingresan a la Universidad, pero los factores que inducen al alcoholismo en estos períodos de vida, son diferentes a los del alumno que ingresa a escuelas y facultades de medicina.

Los problemas de adaptación de los estudiantes, en el primer año de los estudios universitarios (14), son debidos a que pertenecen a un grupo socioeconómico y

cultural bien específico. La sociedad piensa que es un privilegio que el estudiante llegue a la universidad, pero no toma en cuenta los problemas psicológicos que tiene que afrontar (59% de problemas psíquicos; 15.7% de neuróticos, 9.6% psicóticos y 13% con psicología del carácter). Sufre una ambivalencia porque la sociedad les exige actitudes de adulto para cumplir con sus responsabilidades y al mismo tiempo debe aceptar como adolescente, la dependencia económica de sus padres. La selección de la carrera es importante, de haberse equivocado, puede ser motivo de abandono; debe adquirir nuevos métodos de estudio; debe aprender a relacionarse con sus maestros y discípulos; debe asumir una nueva responsabilidad social y cultural. Los estudiantes pueden ser clasificados en: a) pesimistas progresivos; b) optimistas progresivos; c) optimistas tradicionales; d) opositores idealistas y e) aislados o solitarios tradicionales. Unos buscan solamente el título; otros buscan capacidades intelectuales y de servicio; hay interesados en programas sociales y universitarios, que no tienen mucha relación con sus estudios y los no conformistas, que les repugna integrarse al sistema. Tienen que someterse a la selección de la universidad, a la presión de los padres, al prestigio de la facultad o escuela, a la situación geográfica de la escuela, a su situación personal y socioeconómica, a la frustración e insatisfacción, cuando es conciente de la mala selección que ha hecho. Debe participar de

actividades extra-académicas, económicas, existenciales o religiosas. Como consecuencia puede presentar problemas de estudio (50.3%), nerviosismo (39.1%), insomnio (36.4%), cefálea (52.7%), problemas digestivos (40.5%), palpitaciones (10.4%) o trastornos del apetito (20.6%). Las dificultades en los estudios tienen relación con problemas de la familia (41) y entre las dificultades de estudio se encuentran: inhibición intelectual, falta de atención, memorización, concentración, abstracción y comprensión de las cosas y verbalización; sobre todo en los periodos de exámenes, pasándose del miedo, al pánico y la depresión. Se somete a la competencia, lo que puede afirmarlo o perturbarlo. Si los jóvenes no son bien aceptados e integrados, sufren de frustración y sentimientos de culpa, problemas de sexualidad, consumo de bebidas alcohólicas y el rendimiento baja. Entre los problemas sexuales se encuentra: impotencia, eyaculación precoz, frigidez y disparemia y en relación al consumo de alcohol, el 1% de las mujeres y el 6.4% de los hombres, consumen alcohol por encima del promedio; 29% de las mujeres y 44% de los hombres, tienen ingestión media y regular; más de un tercio de los hombres, consumen alcohol y menos de un tercio de las mujeres consumen etanol.

Se ha observado que el patrón de ingestión alcohólica en estudiantes de medicina, durante su carrera, es variable (15), los hombres beben más que las mujeres en el periodo

preclínico, pero lo disminuyen en el periodo clínico, hasta llegar a ser semejante al de las mujeres. Un pequeño número de estudiantes (7%) sufren las consecuencias patológicas por el uso del alcohol. El 18% no abusaron del alcohol, durante sus estudios, aunque tenían antecedentes de ser abusadores en los primeros días de la escuela. La ingestión excesiva de alcohol, pero no el abuso del alcohol, fue asociada con abuso de drogas. El abuso del alcohol, pero no la excesiva ingestión, fue asociada con una historia familiar de alcoholismo. Un hallazgo interesante fue que los abusadores de alcohol fueron buenos estudiantes, en contra de lo que sucede con estudiantes de secundaria y preparatoria. No fue posible apreciar un progreso de los abusadores de alcohol hacia la dependencia alcohólica, lo cual solamente sería posible con un estudio, en una etapa más posterior de su vida, y que podría definirse como 8 años después. Se piensa que la ingestión alcohólica durante este periodo es una adaptación, "una válvula de tensión-relajamiento", que puede contribuir al éxito académico y que su detección mediante instrumentos de evaluación en el momento de la admisión de los alumnos a la carrera de medicina, no debe ser motivo de una toma de decisión en contra del educando.

De lo hallado en la literatura es factible establecer que existe una laguna en lo que a instrumentos de medición se refiere para establecer el diagnóstico de alcoholismo en poblaciones de adolescentes viejos y adultos

jóvenes, que específicamente ingresan a las escuelas y facultades de medicina.

D) OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL.

Desarrollar un Inventario de Alcoholismo de Pregrado, autoadministrable, capaz de discriminar a sujetos sin problemas de alcoholismo, con problemas ligeros de alcoholismo y con problemas importantes de alcoholismo, en un grupo específico de estudiantes que ingresan a la FM de la UNAM.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- 1.- Evaluación de un instrumento diagnóstico corto (Índice Transcultural de Alcoholismo - ITA) en la población de estudiantes que ingresan a la FM de la UNAM EN 1992.
- 2.- Desarrollo del Índice de Alcoholismo de Pregrado (IAPG), a partir de una base de datos hispanoamericana.
- 3.- Simulacro de evaluación de IAPG.
- 4.- Presentación del IAPG.
- 5.- Evaluación empírica del IAPG en estudiantes que ingresaron a la FM de la UNAM en 1993.
- 6.- Simulacro de reducción del IAPG.

7.- Evaluación empírica del IAPG en
estudiantes que ingresaron a la FM de la
UNAM en 1994.

e) HIPOTESIS

Para la obtención del IAPG, será necesario seguir un proceso que dé lugar a un instrumento válido y confiable, capaz de discriminar, con un pequeño margen de error a sujetos sin problemas de alcoholismo, con problemas ligeros de alcoholismo y con problemas importantes de alcoholismo, en un grupo inespecífico de estudiantes que ingresaron a la FM de la UNAM.

f) JUSTIFICACION

El desarrollo del IAPG se justifica porque estará dirigido específicamente a estudiantes que ingresan a la Facultad de Medicina, los que tienen entre 16 y 22 años de edad y que por las condiciones en que llevan a cabo sus estudios universitarios, están sometidos a factores muy particulares, que los pueden poner en riesgo de tener problemas secundarios a la ingestión de bebidas alcohólicas.

De esta manera se podrá contar con un instrumento válido y confiable, de fácil aplicación y bajo costo, que puede estar dirigido a estudiantes de la FM de la UNAM y a estudiantes que ingresan a otras escuelas y

facultades de medicina de la República de México y de Hispanoamérica.

II. MATERIAL Y METODOS

A) Evaluación del Índice Transcultural de Alcoholismo (ITA). 1992

En septiembre de 1992 se utilizó el Índice Transcultural de Alcoholismo (ITA) (figura 16) que se obtuvo a partir del Test de Alcoholismo Munich (MALT) (Anexo 1), reduciéndose a través de un modelo heurístico escalonado, los 31 reactivos de que se halla constituido, utilizando una muestra de 2817 sujetos, pertenecientes a 2 países europeos (Alemania y España) y cuatro países latinoamericanos (México, Chile, Ecuador y Perú) (figura 16); la forma en que se obtuvo el ITA y la estructura del mismo se encuentra en el anexo 1, en 851 estudiantes que ingresaron a la FM de la UNAM. Para establecer las medidas de seguridad del ITA, se sometieron sus cuatro reactivos al análisis factorial (17, 18, 19), obteniéndose los resultados que se encuentran en la figura 17. Los cuatro reactivos se ubicaron en un solo factor; sin embargo, el reactivo ITA2, que está orientado a medir la ambivalencia, mostró un coeficiente por debajo del 50%, repercutiendo en un bajo coeficiente de la comunalidad. Esto, en contraste con los coeficientes que arrojaron los restantes reactivos.

Asimismo, se pudo observar un bajo peso del análisis factorial (67%), que se utilizó como procedimiento confirmatorio de la validez por construcción del ITA, este bajo peso, que corresponde al porcentaje total de explicación de la varianza, se debió al bajo peso factorial del ITA2, esto se traduce en una relación inversamente proporcional que da lugar a un mayor peso del alfa del ITA2, observándose al extraer este reactivo que el coeficiente alfa de los reactivos complementarios se incrementa de .8192 a .9019. Sin embargo, el análisis discriminante, ofreció un panorama más halagador, para el ITA2, ya que permaneció dentro de los reactivos discriminativos, excluyéndose en esta ocasión el reactivo 4 (ITA4): bienestar sin beber. Este experimento confirmó que no es suficiente un solo procedimiento para examinar un instrumento diagnóstico y que la decisión debe estar respaldada por los resultados obtenidos con la herramienta estadística más robusta, en este caso, el análisis factorial y se concluyó con base en este análisis que el ITA es un instrumento inadecuado para discriminar entre sujetos sin problemas de alcoholismo y sujetos con problemas de alcoholismo, en el grupo de estudiantes que ingresaron a la FM de la UNAM en el año de 1992.

**B) DESARROLLO DE IAPQ CON UNA BASE DE DATOS
HISPANOAMERICANA.**

En vista del resultado antes mencionado, se efectuó un ejercicio destinado a encontrar reactivos capaces de diferenciar entre estudiantes con y sin problemas secundarios a la ingestión de bebidas alcohólicas, utilizando una base de datos constituida por 1992 hispanoamericanos medidos con el Test de Alcoholismo Munich (MALT), que fue sometida a una reducción del 91.72%, debido a que se controlaron, tres variables que describían a la población universitaria:

- 1.-Rango de edad de 15 a 22 años;
- 2.-Estado civil solteros y
- 3.-Ocupación, estudiantes;

quedando 165 probandos con el apuntado perfil, de los cuales 45 fueron ecuatorianos (Cuenca), 91 chilenos (Concepción) y 29 mexicanos (Tabasco) (fig. 18).

Los 31 reactivos del Test de Alcoholismo Munich -MALT- fueron sometidos a un proceso reductivo mediante el análisis factorial, con respecto a la siguiente definición de reactivo:

- . se considera como reactivo, aquél que se encuentre situado en factores con un valor propio -eigenvalue- igual o mayor a 1.0

- . se aceptará como ítem, únicamente aquél que muestre cargas factoriales iguales o mayores de 0.5000 en un cierto factor
- . será considerado como pregunta, aquélla que presente cargas factoriales menores al 50% con respecto al coeficiente que mostró una carga igual o mayor de 0.5000 o cargas negativas en otros factores
- . será aceptado como reactivo, aquél que exhiba una estabilidad -sin cambio en los factores y en la direccionalidad de las cargas- a través de cuatro algoritmos factoriales
- . se reconocerá como ítem, aquél que ofrezca una estabilidad de las cargas factoriales a través de cinco rotaciones.

Para operacionalizar la estabilidad, se conjugaron los cuatro algoritmos factoriales con las cinco siguientes rotaciones con base en una matriz de intercorrelación ad hoc: es decir, para reactivos con respuestas dicotómicas, bajo la siguiente estructura hipotética:

$$H_0: [a(w, x, y, z)] = [b(w, x, v, z)] = [c(w, x, y, z)] = [d(w, x, y, z)]$$

donde

a representa una combinación lineal de los reactivos del MALT que supuestamente poseen

propiedades como ser ortogonales entre ellos; es decir, es un método dirigido a transformar un cúmulo de ítems en otro grupo de reactivos para situarlos en dimensiones donde el primer componente principal representa la mayor varianza de los reactivos; el segundo contiene el peso homólogo y así sucesivamente hasta llegar al agotamiento;

b es la descomposición jerárquica de la matriz de correlación tetracórica ajustándola para extraer los ejes principales con comunalidades interactivas, que llevan a la solución de mínimos cuadrados de la factorización inicial y por ello, se denomina factorización axial principal;

c la resolución de la máxima probabilidad está orientada a encontrar la solución más adecuada del factor con respecto a las correlaciones de los reactivos del MALT; en este caso, se utilizará el criterio basado en establecer la configuración hipotética de los factores maximizando la correlación canónica entre k factores comunes y las preguntas puestas a disposición de este modelo;

d la factorización alfa está basada en la correlación máxima entre los reactivos que son considerados como una muestra del universo de ítems para medir alcoholismo;

asimismo, fueron rotados.....

w en forma ortogonal, que simplifica las columnas de la matriz factorial, permitiendo una doble maximización de la varianza de las cargas cuadradas: de cada reactivo v en cada factor;

x de manera ortogonal, pero dirigida a simplificar los renglones de la matriz factorial; mediante este criterio los ejes son rotados en tal dirección para que las cargas factoriales maximizen q quartimax-, con el propósito de producir resoluciones finales en las que existe un factor general constituido por cargas bajas y moderadas en algunos reactivos; y de modo oblicuo para simplificar la estructura, maximizando el número de cargas bajas y altas a expensas de las cargas promedidas para encontrar la resolución que maximice la pendiente de la doble carga factorial;

z se omitirá la rotación de la matriz factorial; esto es, no se llevará a cabo ninguna manipulación;

a esta combinación se ofreció una matriz de asociaciones lineales entre los reactivos.....

tetracórica, que establece la fuerza de relación entre dos reactivos contestados a nivel dicotómico -cierto/falso; sí/no- con

una distribución normal (fig. 19)

C) SIMULACRO DE EVALUACION DEL IAPG DESARROLLADO

Una vez sometidos a tres procesos de reducción, los 31 reactivos del MALT, en la forma descrita previamente, se obtuvieron 5 reactivos (Figura 20), todos los cuales se ubican en un solo factor y muestran un coeficiente por encima del 50% lo que establece un buen coeficiente de comunalidad asimismo se observa una mejoría del peso del análisis factorial (75.3%), en relación al obtenido con el ITA (figura 17); encontrándose buena correlación con el coeficiente alfa, siendo la correlación entre formas más homogénea, el análisis discriminativo incluye a todos los reactivos, la clasificación de problemas de alcoholismo, llega a ser correcta en el 100% de los casos, pasándose del terreno de la dicotomización diagnóstica encontrada con el ITA (porcentaje de clasificación correcta del grupo no alcohólico y porcentaje de clasificación correcta del grupo alcohólico de la figura 17) a una tricotomización diagnóstica (porcentaje de clasificación correcta del grupo no alcohólico, porcentaje de clasificación correcta del grupo sospechoso y porcentaje de clasificación correcta del grupo alcohólico) (Figura 20) , lo que permite dirigir el estudio a la determinación de sujetos sin problema de alcoholismo, con ligeros problemas de alcoholismo y con

problemas importantes de alcoholismo, en un grupo de estudiantes que ingresan a la FM de la UNAM.

D) PRESENTACION DEL INDICE DE ALCOHOLISMO DE PREGRADO (IAPQ)

El IAPQ, derivado del MALT, después de haber controlado algunos aspectos sociodemográficos, es un instrumento autoadministrable, corto, que consta de 5 reactivos (que se presentan en forma de preguntas), diseñado para la identificación de problemas de alcoholismo, en alumnos que ingresan a la FM de la UNAM, con capacidad para discriminar a estudiantes sin problemas de alcoholismo (puntuación de 0 a 1), con problemas ligeros de alcoholismo (puntuación de 2 a 3) y con problemas importantes de alcoholismo (puntuación de 4 a 5), con un alto nivel de validez y confiabilidad y bajo costo, que permitirá identificar en forma temprana, el problema de alcoholismo (anexo 2).

Como recomendaciones para su aplicación, se solicita seguir el siguiente procedimiento:

- 1.- Reproducción de material suficiente para el número de estudiantes que será evaluado.
- 2.- En el momento de la aplicación del IAPQ, se deberá advertir al alumno que conteste las 5 preguntas, a pesar de que considere

que cierta(s). pregunta(s) no tiene(n) relación con su ingestión de bebidas alcohólicas.

- 3.- El (los) aplicador(es), revisará(n) cuidadosamente el instrumento, para confirmar que fueron respondidas las 5 preguntas y que se proporcionaron los datos sociodemográficos.

Para la codificación, el instrumento tiene un espacio en el que se anotará el número de caso el cual servirá para conocer el número total y evitar la captura de información duplicada o triplicada. Los datos de filiación incluyen el nombre, el domicilio en zona urbana y el domicilio en zona rural, sexo, edad, estado civil, número de años estudiados y profesión u ocupación; a continuación viene la serie de preguntas, relacionadas directamente con el consumo de bebidas alcohólicas y el instructivo para ser contestadas como SI o NO.

E) PROCEDIMIENTO PARA EL ANALISIS DE LA INFORMACION

La información es concentrada en la Oficina de Educación Médica de la FM de la UNAM y es manejada con un equipo de macrocomputación UNYSIS, CDC, o CRAY Y-MP. Para la lectura y análisis de los datos, se emplea el paquete estadístico enlatado SPSSX, versión 5.1, que se encuentra instalado en los mencionados equipos.

Los métodos de análisis que se utilizan, son los siguientes:

1.- Análisis factorial, para establecer la validez por construcción del instrumento de evaluación. El análisis factorial tiene por objeto presentar un cúmulo de variables, en términos de un número reducido de variables hipotéticas. Este análisis estadístico permite extraer dimensiones (factores) a partir de la matriz de correlación entre todas las variables posiblemente involucradas, para describir una relación estrecha entre varias variables. El análisis factorial selecciona de un número grande de variables, las que son más significativas y los factores que se obtienen se agrupan de acuerdo a su varianza o dispersión y se clasifican de mayores a menores en relación a su valor explicativo de la varianza total. Tiene varias aplicaciones, en este caso se utiliza, para establecer la validez del contenido de la guía, mediante análisis de su estructura (17, 18, 19).

2.- La técnica de consistencia interna y la división por mitades se utilizan como procedimientos de confiabilidad. El método de consistencia interna, compara cada reactivo del IAPG, con el complemento de reactivos, permitiendo extraer aquellos que muestren un coeficiente por arriba del de Cronbach extraído para toda la prueba.

La división por mitades, establece una correlación entre formas, constituidas por dos

mitades del total de reactivos del IAPG. Se presenta en forma de coeficiente de Spearman-Brown, Alfa para colas desiguales y Alfa para colas iguales.

3.- El análisis discriminante lineal escalonado, se utiliza para establecer la benignidad de la división diagnóstica, se utiliza la prueba de Lambda de Wilks, que presenta los reactivos que mostraron mayor eficacia en la división de los grupos y con base a éstos, se determina la benignidad de las puntuaciones de corte, que se establecieron para la división diagnóstica.

F) TIPO DE INVESTIGACION (20, 21)

Se trata de una investigación sociomédica, observacional, en la cual utilizando un instrumento de evaluación, se trata de identificar problemas de alcoholismo en alumnos que ingresan a la FM de la UNAM; por lo tanto, corresponde a un trabajo de campo.

Es prospectiva, porque toda la información recogida, estuvo de acuerdo a los criterios que se establecieron para este fin y una vez aprobado el proyecto. Es transversal, porque se identifica una sólo vez el problema de alcoholismo en el estudiante que ingresa a la FM de la UNAM, sin pretender medir su evolución (estudio de seguimiento).

Es descriptiva, porque se cuenta con una sólo

población, en la cual se identifican problemas de alcoholismo.

Es analítica porque mediante diferentes estrategias analíticas, se determinará la validez y confiabilidad del instrumento de evaluación.

III RESULTADOS.

- a) Evaluación empírica del IAPQ en estudiantes que ingresan a la FM de la UNAM. 1993 (figura 21)

En otoño de 1993 se utilizó por primera vez el IAPQ en 961 alumnos de nuevo ingreso a la FM de la UNAM. El análisis factorial mostró que los 5 reactivos se agruparon en un solo factor, encontrándose los primeros 4 reactivos con un coeficiente por encima del 50%, pero el quinto reactivo IAPQ-5, que estaba orientado a medir "menos problemas sin el alcohol", mostró un coeficiente por debajo del 50%, repercutiendo en un bajo coeficiente de comunalidad. El peso del análisis factorial es bajo (68.6%), lo que se explica por el bajo peso factorial del IAPQ-5 y como sucedió con el ITA, se traduce a un mayor peso del coeficiente Alfa del IAPQ-5.

La técnica de la consistencia interna muestra un buen coeficiente de relación entre todos los reactivos (.8443). La división por mitades, que establece la correlación entre

formas es buena (.8589), lo mismo que la prueba de Spearman-Brown para colas desiguales (.8267), pero la primera cola con los tres primeros reactivos, muestra mucho mejor correlación (.9223), con la segunda cola, con los dos últimos reactivos, en el que se encuentra el IAPQ-5, el cual tiene un bajo índice de correlación (.0613).

El análisis discriminante utilizado para establecer la benignidad de la división diagnóstica muestra que la clasificación fue correcta en todos los casos, mejor en los estudiantes sin problemas de alcoholismo y en los estudiantes con más problemas de alcoholismo (100%), que en los estudiantes con problemas ligeros de alcoholismo (94.8%).

Este primer ensayo con el IAPQ, demostró que el reactivo IAPQ-5, no era bueno para diferenciar entre estudiantes con y sin problema de alcoholismo, por lo que se realizó un simulacro de reducción, con la exclusión del IAPQ-5, quedando integrado el IAPQ, solamente por cuatro reactivos.

b) Simulacro de reducción del IAPQ

El ejercicio de simulacro de reducción, mostró que los 4 reactivos que quedaron, se agrupaban en un sólo factor, encontrándose el coeficiente de correlación, de los 4 reactivos, por encima del 50%; el peso del análisis factorial (porcentaje total de la explicación de la varianza) subió de 68.6% que

tenía en el primer ensayo del IAPG a 85.3%. La técnica de consistencia interna, muestra un mejor coeficiente de correlación (.9427), la correlación entre formas también mejoró (.8985), lo mismo que la prueba de Spearman-Brown, para colas iguales (.9454), para la primera cola con dos reactivos (.9253) y para la segunda cola, con otros dos reactivos (.8877).

El análisis discriminante, para establecer la benignidad de la división diagnóstica, mostró resultados semejantes a los encontrados en el primer ensayo (figura 22).

c) Evaluación empírica del IAPG en
estudiantes que ingresan a la FM de la
UNAM. 1994 (figura 23)

En otoño de 1994, se utilizó por segunda vez el IAPG reducido (anexo 3), en 750 alumnos que ingresaron a la FM de la UNAM. El análisis factorial, mostró nuevamente que los cuatro reactivos se agrupaban en un solo factor, con un coeficiente de relación por encima del 50% en todos los reactivos. El peso del análisis factorial, volvió a subir de 85.3%, que se obtuvo en el simulacro de reducción, a 86.2%, en esta ocasión.

La prueba de consistencia interna, también mejoró otro poco (.9487), lo mismo que la correlación entre formas (.9059) y la prueba

de Spearman-Brown para colas iguales (.9506), observándose ligera disminución en los coeficientes para la primera cola con dos reactivos (.9069) y para la segunda cola, con los dos últimos reactivos (.8802).

El análisis discriminante, que establece la benignidad de las puntuaciones, en este segundo ensayo, mostró que la clasificación fue correcta, en todos los casos, con un 100% de probabilidad.

IV.- DISCUSION

a) Alcoholismo como problema universal.

Después de demostrar que el alcoholismo es un problema de tipo universal, que puede afectar a los adolescentes y a los alumnos que ingresan a las escuelas y facultades de medicina, los que se encuentran en etapas finales de la adolescencia y principio de la edad adulta; reconociendo que es indispensable, además de evaluar conocimientos y habilidades cognitivas, otros atributos personales, entre los que se encuentra la probabilidad de que los alumnos de nuevo ingreso, tengan problemas con el uso del alcohol, se procedió a desarrollar un índice de alcoholismo, que se adaptara en su aplicación a los alumnos de nuevo ingreso en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México.

b) Definición de problemas secundarios al uso de alcohol en el adolescente.

Seguindo las recomendaciones de la información recogida en la elaboración del marco teórico, se vió que es posible establecer el diagnóstico de alcoholismo en el adulto, con base en un análisis del comportamiento personal y familiar, del análisis del comportamiento personal y familiar, del examen físico, de los exámenes de laboratorio y mediante cuestionarios; pero que por la misma definición de alcoholismo, no se adapta a los adolescentes, en los que no es posible establecer este diagnóstico, llegándose solamente a identificar en una población dada, los adolescentes que podrían estar en riesgo de desarrollar alcoholismo o a determinar a estudiantes que tienen problemas con el uso o abuso del alcohol.

c) Instrumentos de evaluación específicos para estudiantes de nuevo ingreso a la FM.

De la misma forma, se observa que los diferentes instrumentos utilizados, para la evaluación del alcoholismo están dirigidos a adultos y para estados avanzados del padecimiento, aunque también encontramos algunos instrumentos que se elaboraron específicamente para la evaluación del alcoholismo en los adolescentes, pero no se encontró un instrumento que estuviera dirigido a estudiantes que ingresan a realizar estudios

de medicina.

d) Calidad de los instrumentos de evaluación.

Por otro lado, la revisión de la calidad de los diferentes instrumentos en cuanto a validez y confiabilidad, en la mayor parte de los casos, solamente reportaron valores de la sensibilidad y especificidad, sin llegar a una evaluación más robusta, como la que proporciona el análisis factorial o el análisis discriminante y tampoco se tomaron en cuenta, en la mayor parte de ellos las recomendaciones proporcionadas para la elaboración de los instrumentos, ni siguieron las indicaciones para la traducción de los mismos, cuando era necesario.

e) Desarrollo del IAPQ

A fin de resolver el problema planteado se procedió a desarrollar el Índice de Alcoholismo de Pregrado (IAPQ), que tiene como propósito, identificar problemas de alcoholismo en un grupo inespecífico de alumnos que ingresan a la FM, de la UNAM y para este propósito se utilizó un instrumento autoadministrable, cuyo valor se establece mediante determinaciones robustas y con un alto nivel de validez y confiabilidad, como son: el análisis factorial, la prueba de consistencia interna, división por mitades y análisis discriminante lineal. Se trató de que

el contenido del instrumento evaluara e identificara a los alumnos con problemas secundarios al uso del alcohol y que estuviera dirigido especificamente para alumnos de nuevo ingreso de la carrera de medicina de la FM de la UNAM, tomándose en cuenta, las características propias de estos alumnos y que en la traducción del instrumento original se siguieran las indicaciones recomendadas a fin de evitar errores en su interpretación y aplicación.

El Índice Transcultural de Alcoholismo (ITA) utilizado en primera instancia en los alumnos de nuevo ingreso de la FM de la UNAM se obtuvo de los 31 reactivos del Test de Alcoholismo Munich (MALT), que fueron reducidos a través de un modelo heurístico escalonado, en una muestra euroamericana, tomándose en cuenta para su elaboración todas las recomendaciones del caso (16).

La utilización del ITA en alumnos de la FM de la UNAM en septiembre de 1992, después de ser sometido al análisis con las pruebas de seguridad ya señaladas, demostró que no se adaptaba adecuadamente a la evaluación de problemas de alcoholismo en los alumnos de nuevo ingreso a la FM de la UNAM, debido al bajo peso que mostró uno de los cuatro reactivos en el análisis factorial y aunque se demostró que este reactivo (ambivalencia) no era relevante para una población eminentemente joven, se consideró que el instrumento no era adecuado para discriminar entre sujetos con y

sin problemas secundarios a la ingestión de bebidas alcohólicas. Esta prueba viene, además, a confirmar que la utilización de un instrumento para la población adulta, a pesar de todos los cuidados que se tuvieron para su traducción y aplicación en una población latinoamericana, no es suficiente para ser utilizada en una población específica, como la de estudiantes que ingresan a realizar estudios de medicina.

En un siguiente momento fue necesario encontrar reactivos capaces de diferenciar entre estudiantes con y sin problemas secundarios a la ingestión de alcohol, más específicos para los alumnos de nuevo ingreso a la FM de la UNAM, por lo que retomando el Test de Alcoholismo Munich (MALT) y con base en datos utilizados en 1992 hispanoamericanos, se sometió a una reducción sus 31 reactivos, controlando tres variables que describían a la población universitaria (rango de edad entre 18 y 22 años, solteros y estudiantes), lográndose un instrumento con 5 reactivos, con un buen peso factorial, que en el análisis discriminante incluía a todos los reactivos, con correlación entre formas homogénea y con clasificación de los problemas con el alcohol correctas, pasándose de una clasificación dicotómica (con y sin problemas por el uso del alcohol) a una tricotómica (sin problemas de alcoholismo, con problemas ligeros de alcoholismo y con problemas importantes de alcoholismo). Esta prueba fue la base para la integración del IAPG, al que después de

asignarle una puntuación y con la esperanza de que pudiera discriminar adecuadamente los problemas de alcoholismo con las debidas recomendaciones en la presentación final del instrumento, se hizo la primera evaluación empírica en alumnos de primer ingreso a la FM de la UNAM, el año 1993.

Después del análisis del IAPQ utilizado en esta ocasión, se demostró que uno de los reactivos (IAPQ-5), no cargaba adecuadamente en el análisis factorial, siendo las demás pruebas de seguridad satisfactorias. Este resultado demostró que el instrumento aún no era bueno para el fin que se perseguía y que era necesario dirigirlo más específicamente a la población motivo de la evaluación. A fin de mejorarlo, se realizó un simulacro de reducción, quedando el instrumento con 4 reactivos, que cargaron bien en el análisis factorial, mostrando las demás pruebas mejoría en los resultados, lo que confirma la teoría de que es bueno someter una y otra vez el instrumento a diferentes pruebas para establecer la consistencia de la calidad del producto.

f) Cumplimiento de objetivos y prueba de hipótesis

La segunda evaluación del IAPQ, que en esta ocasión se lo designó como Índice de Alcoholismo de Progrado Reducido (IAPQ-R), realizada el año 1994, en alumnos de nuevo

ingreso a la FM de la UNAM, mostró otra vez mejoría en la mayor parte de las pruebas de seguridad realizadas, en relación al simulacro de reducción realizado con anterioridad y finalmente cumplió con el objetivo propuesto y con la hipótesis que se planteó para la realización de este trabajo de investigación.

V:- Conclusiones

1.-El alcoholismo es un problema universal, que afecta a los adolescentes y en particular a los adolescentes en su etapa terminal y principio de la edad adulta; estos últimos se encuentran en edad de ingresar a las escuelas de educación superior y es necesario determinar en ellos la existencia de problemas por el uso de alcohol.

2.- Es posible establecer el diagnóstico de alcoholismo en personas adultas, pero tratándose de adolescentes y adultos jóvenes, es mejor determinar problemas que pueden surgir en forma secundaria al uso del alcohol.

3.-Los instrumentos utilizados para la evaluación de alcoholismo en el adulto, no es posible utilizarlos en adolescentes mayores o adultos jóvenes que ingresan a realizar estudios universitarios y particularmente a las escuelas o facultades de medicina.

4.-Los instrumentos que se van a utilizar deben ser sometidos a pruebas de validez y

confiabilidad robustas y deben seguir, para su elaboración, las recomendaciones propuestas.

5.-Se debe definir claramente, en quién y dónde se utilizará el instrumento, cuáles son sus características, de qué manera será validado y confiabilizado; qué evaluará el instrumento y qué errores se pueden cometer en su utilización.

6.-Es necesario seguir un proceso, para poder demostrar que un instrumento de evaluación de problemas de alcoholismo tiene la calidad necesaria, para ser utilizado en un grupo inespecífico de estudiantes que ingresan a la FM de la UNAM.

7.-En este trabajo se resuelve el problema planteado para el desarrollo del IAPQ, cumpliéndose con el objetivo general propuesto y los objetivos específicos para el cumplimiento del mismo, así como con la hipótesis planteada, con el margen de error señalado en los resultados.

8.-Con base en estos resultados es indispensable la elaboración de un programa de alcoholismo que sea incluido en el currículum de la carrera de medicina, como el que proponen algunos autores (42), proveyéndose de los recursos necesarios, para asegurar su éxito (43), recomendándose la inclusión de temas como: actitud hacia el alcoholismo, medición del conocimiento sobre alcoholismo, estado en que se encuentra la educación sobre

alcoholismo, descripción de programas de alcoholismo, metodología para la evaluación de programas de alcoholismo y experiencia clínica mas que la revisión de la literatura (44) y que puede proyectarse a la residencia de estudios de especialidad (45)

9.-Iniciar tratamiento médico especial, dirigido a adolescentes viejos y jóvenes adultos, en los que se detecte problemas severos por el uso de alcohol, en forma temprana, inmediatamente después de su ingreso a los estudios de medicina (46).

VI- Referencias documentales.

- 1.- Primer ingreso a la Facultad de Medicina, UNAM. Folleto informativo. 1984-85. (documento interno)
- 2.- Schwartz RH, Lewis DC, Hoffman NG, Cocaine and Marijuana use by medical students before, and during medical school. Arch Intern. Med. 1980; 150: 883-886.
- 3 Klein M, Munford E. The Bent Twig: Psychiatry and Medical Education Am J Psychiatry. 1978; 135 (3) 320-324.
- 4 Milhorn HT. The diagnosis of alcoholism. Am Fam Phys. 1988; 37 (6) 178-183.
- 5 Gordis E. Screening for alcoholism Alcohol Alert. 1980; (6) 1-5.
- 6 Zarek D, Hawkings JD, Rogers PD. Factores de riesgo para los adolescentes con dependencia química. Consideraciones para la práctica pediátrica. Clin Pediatr North Am. 1987; (2) 523-536.
- 7 Molina FJA, Bayas GR. Factores que influyen a la exposición del alcohol en los adolescentes. Tratado de Medicina Práctica. Medicina Programa Internacional para la Actualización Médica. Pediatría 4 (IV) 45. México. 1982.
- 8 Behrman RE. Otros problemas de la adolescencia. Consumo de Droga en la Adolescencia. En Nelson. Tratado de Pediatría 14a. Edición. Interamericana Mac Graw-Hill. Madrid, 1982.
- 9 Harral AV and Wirtz PW. Screening for adolescent problem drinking: Validation of a multidimensional instrument for case identification. J Consult Clin Psychol. 1989; 1(1) 61-63.
- 10 Souza y Machotto M. Historia Clínica Psiquiátrica Codificada para Alconolismo (HCPCA). Alconolismo. Conceptos básicos. El Manual Moderno, México, D.F. 1988.
- 11 Blum RW. Dependencia química en los adolescentes: Problemas de diagnóstico y de tratamiento. Clin Pediatr North Am. 1987; 2: 565-580.
- 12 Magruder-Habid K, Durand AM, Frey KA. Alcohol abuse and alcoholism in primary health care settings. J Fam Pract. 1991; 32 (4): 408-403.

- 13 Allen JP, Eckardt MJ, Wallen J. Screening for alcoholism: Techniques and issues. - Public Health Reports. 1988; 103 (6) 586-592.
- 14 Lecompte D. Les problèmes d'adaptation des étudiants en première année d'études universitaires. Acta Psychiat Belg. 1980; 80: 307.
- 15 Clark DC, Eckenfels EJ, Daugherty SR. Alcohol-use patterns through medical school. 1987; 257(21): 2921-2926.
- 16 Gorenc KD, Gómez -Hernández P. Diagnóstico de Alcoholismo: Una derivación transcultural. Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca, 1994.
- 17 Spearrit D. Factor analysis. educational research, methodology and measurement: An International Handbook. Pergamon Press Reprinted. Great Britain, 1990.
- 18 Kaiser HF. The varimax criterion for analytic rotation in factor analysis psychometrika. 1958; 23(3): 187-200.
- 19 Gorenc KD, Beltran HJE, Nadesticher MA. Analisis factorial en el estudio del alcoholismo. Acta Médica. 1986; 22(88): 49-65.
- 20 Cañedo L. Principios de investigación médica, DIF. México, D.F. 1977.
- 21 Méndez RI. El protocolo de investigación. Lineamientos para su elaboración y análisis. Trillas. México, D.F. 1991.
- 22 Forney PD, Forney MA, Ripley WK. Profile of an adolescent problem drinker. J Fam Pract. 1988; 27(1): 65-69.
- 23 Chappel JN. The substance abuse attitude survey : An instrument for measuring attitudes. J Stud Alcohol 1985; 46 (1): 48-52.
- 24 Carman RB, Fitzgerald BJ, Holmgren C. Drinking motivations and alcohol consumption among adolescent females. J Paichol 1983; 114: 79-82.
- 25 McCarty V, Kaye M. Reasons for drinking: Motivational patterns and alcohol use among college students. Addic. Behav. 1984; 9: 185-188.
- 26 Caroma AE, Rodriguez G, Ardiles, J. Factores socioeconómicos e ingestión de alcohol en estudiantes secundarios. Rev Med Chile. 1988; 114: 474-482.

- 27 Rooney J. The influence of informal control source upon adolescent alcohol use and problems. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 1983; 9(2): 233-245.
- 28 Cowan JD, Kay DC, Neidert GL, Ross FE. Defeated and Joyless: Potential measures of change in drug abuser characteristics. *J New Ment Dis*. 1980; 166(7): 391-399.
- 29 Jalali B, Jalali M, Crocetti G. Adolescent and drug use: Toward a more comprehensive approach. *Amer J Orthopsychiat*. 1981; 51(1): 120-130.
- 30 Caddy QR, Goldman RD Huebner R. Group differences in attitudes toward alcoholism. *Addic Behav*. 1976; 1: 281-286.
- 31 Chappel JN, Jordan RD, Treadway SJ, et al. Substance abuse attitude changes in medical students. *Am J Psychiatry*. 1977; 134(4): 379-384.
- 32 Fisher JG, Mason RL, Keely, KA. Physician and alcoholics. The effect of medical training on attitudes toward alcoholics. *J Stud on Alcohol*. 1975; 36(7): 949-955.
- 33 Kiliti KM. Attitudes toward alcohol and alcoholism among professionals and non professionals. *J Stud on Alcohol*. 1975; 36(3): 327-347.
- 34 Gorenc KD, Cholley NA, Peredo RB. Consumo de alcohol y violación. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 1984; 26 (2): 205-234.
- 35 Riley K, Klockars AJ. A critical reexamination of the adolescent Alcohol Involvement Scale. *J. Stud Alcohol*. 1984; 45 (2): 164-167.
- 36 Favazza AR, Cannell S. Screening for alcoholism among college students. *Am J Psychiat*. 1977; 134 (12): 1414-1416.
- 37 Luepnitz RM, Randolph DL, Gutech KV. Race and socioeconomic status as confounding variables in the accurate diagnosis of alcoholism. *J Clin Psychol*. 1982; 38(3): 665-669.
- 38 Moore RD, Mead L, Pearson TA. Youthful precursors of alcohol abuse in physicians. *Am J Med*. 1990; 88: 332-336.
- 39 Murray RM Characteristics and prognosis of alcoholic doctors. *Brit Med J*. 1976; 2: 1537-1539
- 40 Schuckit MA. Anxiety and assertiveness in the relatives of alcoholics and controls. *J Clin Psychiat*. 1982; 43 (6): 238-239.

- 41 Schuckit MA. A study of young men with alcoholic close relatives. Am J Psychiat. 1982; 139 (8): 791-794.
- 42 Nocks JJ. Instructing medical students on Alcoholism: What to teach with limited time. J Med Educ. 1980; 55: 658-664.
- 43 Siegal H, Rudisill JR. Teaching medical students about substance abuse in a weekend intervention program. J Med Educ. 1983; 58: 322-327.
- 44 Hanlon MJ. A review of the recent literature relating to the training of medical students in alcoholism. J Med Educ. 1985; 60: 618-626.
- 45 McDonald R and McDonald B. Alcoholism in residency program candidates. J Med Educ. 1982; 57: 692-695.
- 46 Feuerlein W. Treatment of particular populations of alcoholics. Alcoholoc. 1983; 5(2): 153-158.
- 47 Elvy GA, Wells JE. The Canterbury Alcoholism Screening Test (CAST): A detection instrument for use with hospitalised patient. NZ Med J. 1984; 22: 11-115.

FIGURA 1

NÚMERO DE ARTICULOS
DE LA LITERATURA,
INCLUIDOS Y RECHAZADOS POR AÑO
1968 - 1990

INCLUIDOS			RECHAZADOS	
AÑO	NUM.	%	NUM.	%
68-69	2	1.1	4	5.5
70-71	1	0.5	3	4.2
72-73	9	5.0	2	2.7
74-75	13	7.2	1	1.4
76-77	17	9.4		
78	6	3.3	1	1.4
79	6	3.3	-	-
80	10	5.5	1	1.4
81	3	1.7	10	13.4
82	8	4.4	8	11.1
83	15	8.3	2	2.7
84	17	9.4	6	8.3
85	8	4.4	14	18.4
86	16	8.8	4	5.5
87	7	3.9	1	1.4
88	17	9.4	6	8.3
89	25	13.6	9	12.5
TOTAL: -	180	100.0	72	100.0

FALLA DE ORIGEN

FIGURA 2**CAUSAS DE RECHAZO
DE LA LITERATURA REVISADA (1966-1990)**

C A U S A S	NUM.	%
ESTUDIANTES DE SECUNDARIA	21	29.2
PROGRAMAS DE ESTUDIO	12	16.6
GRADUADOS DE COLEGIO	7	9.7
PROGRAMAS DE EDUCACION	7	9.7
TRANSTORNOS MENTALES	6	8.3
VIOLENCIA (SUICIDIO)	5	6.9
ESTUDIANTES DE ENFERMERIA	3	4.2
ESTIGMATIZADOS	3	4.2
REVISION DE PUBLICACIONES	2	2.7
OTRAS SUBSTANCIAS	2	2.7
PSICOTERAPIA	1	1.4
ESTUDIANTES DE PREDOCTORADO	1	1.4
NINOS	1	1.4
EMPLEADOS UNIVERSITARIOS	1	1.4
T O T A L :-	72	100.0

FIGURA 3
FACTORES FACILITADORES (*)

F A C T O R E S	NUM.	%
1.- Alcoholismo	178	98.8
2.- Factores familiares	43	23.8
3.- Ansiedad	10	5.5
4.- Depresión	13	7.2
5.- Nivel académico (educación)	8	4.4
6.- Transtornos mentales	27	15.0
7.- Existencialismo	4	2.2
8.- Sexo	66	36.6
9.- Embarazo	1	0.5
10.-Actitud ante la muerte	1	0.5
11.-Relaciones interpersonales	29	12.7
12.-Drogas	54	30.0
13.-Tabaquismo	23	12.7
14.-Personalidad (estilos de vida)	42	23.3
15.-Actitud hacia el alcohol	35	19.4
16.-Automóviles (ingestión accidentes)	11	6.1
17.-Estado civil	6	3.3
18.-Factores sociales (económico, racial, ambiental, delincuencia)	58	32.2
19.-Suicidio	5	2.7
20.-Nutrición e HIV	2	1.1

* El porcentaje de alcoholismo se toma con base en las 180 referencias y lo mismo se hace con los factores facilitadores.

FIGURA 4

FACTORES INHIBIDORES (*)

F A C T O R E S	NUM.	%
1.-Religión	12	6.6
2.-Edad	16	8.8
3.-Sexo	2	1.1
4.-Educación	40	22.2
5.-Familiar	5	2.7
6.-Factor social	3	1.6
7.-Servicios de salud escolar	8	4.4
8.-Prondatico, prevención, riesgo, predicción, investigación	68	38.6

* El porciento de los factores facilitadores se toma con base en las 180 referencias.

FALLA DE ORIGEN

FIGURA 5

LITERATURA REVISADA, POR PAISES
1965 - 1990

PAIS	INCLUIDA		RECHAZADA		TOTAL	
	NUM.	%	NUM.	%	NUM.	%
U. S. A.	143	79.4	52	72.2	195	77.4
CANADA	7	3.8	2	2.7	9	3.6
ALEMANIA	6	3.3	2	2.7	8	3.1
INGLATERRA	6	3.3			6	2.4
FRANCIA	5	2.7	3	4.2	8	3.1
ESPARA	2	1.1			2	0.8
ISRAEL	2	1.1	1	1.4	3	1.2
BOLIVIA COLOMBIA ECUADOR PERU	1	0.5			1	0.4
CHILE	1	0.5			1	0.4
ITALIA	1	0.5			1	0.4
INDIA	1	0.5	3	4.2	4	1.5
MEXICO	1	0.5			1	0.4
NIGERIA	1	0.5			1	0.4
POLONIA	1	0.5			1	0.4
SINGAPUR	1	0.5			1	0.4
SUIZA	1	0.5			1	0.4
JAPON			3	4.2	3	1.2
AUSTRALIA			2	2.7	2	0.8
RUSIA			4	5.6	4	1.5
TOTAL :-	180	100.0	72	100.0	252	100.0

FIGURA 6

RASGOS DE COMPORTAMIENTO QUE PUEDEN INDICAR ALCOHOLISMO

- 1 .- Ansiedad, depresión, insomnio, intentos suicidas, aislamiento social.
- 2 .- Automedicación, uso regular o prolongado de pastillas para dormir o tranquilizantes; necesidad de ellos.
- 3 .- Divorcio o separación.
- 4 .- Problemas interpersonales en el trabajo, cambios frecuentes de trabajo.
- 5 .- Otros problemas de trabajo (presentarse tarde a trabajar, reportarse enfermo, ausentismo, disminución de la productividad).
- 6 .- Cambios frecuentes a nuevas áreas.
- 7 .- Abuso con los niños o la esposa.
- 8 .- Problemas escolares de los niños.
- 9 .- Preocupación por la forma de beber.
- 10.- Tomar demasiado en los dos o tres primeros tragos.
- 11.- Uso de alcohol, antes de visitar al médico.
- 12.- Pérdida de interés en las actividades para no beber.
- 13.- Beber antes de ir a una fiesta (por si no hay suficiente).
- 14.- Incremento de tolerancia al alcohol (pérdida en los viejos).
- 15.- Intentos repetidos para dejar de beber.
- 16.- Relato de arrestos o citatorios por conducir ebrio.
- 17.- No recordar qué pasó durante la ingestión de bebidas.
- 18.- Quejas de los familiares, acerca del comportamiento bajo el efecto del alcohol.

FALLA DE ORIGEN

FIGURA 7

HALLAZGOS FISICOS MAS COMUNES EN LOS ALCOHOLICOS

- CABEZA** : Mala dentición, lesiones orofaríngeas, ronquera, facies plétórica, parótidas crecidas.
- TORAX** : Infecciones respiratorias repetidas, neumonía de aspiración, tuberculosis, fracturas costales, arritmias cardíacas, taquicardia sinusal, hipertensión arterial, cardiomiopatía.
- ABDOMEN** : Ascitis, hígado pequeño o grande, cabezas de meduza, bazo palpable, gastritis, úlcera, duodenitis, esofagitis ileitis, colon irritable, pancreatitis; pérdida de caracteres sexuales, hemorroides, ginecomastia, eritema palmar.
- MUSCULO - ESQUELETICO** : Gota, traumatismos, necrosis avascular de la cabeza femoral en adultos jóvenes, miopatía en hombros y caderas.
- DERMATOLOGICO**: Quemaduras por cigarrillos, erosiones, dermatitis seborreica, dermatitis rosacea, eritema palmar.
- GENITOURINARIO** : Impotencia sexual, trastornos de la menstruación, infertilidad, atrofia testicular, feminización en el hombre, masculinización en la mujer.
- NEUROLOGICO** : Neuropatía periférica, deficiencias de la memoria, degeneración cerebelar, hematoma subdural, atrofia cerebral en personas relativamente jóvenes, neuropatía óptica, convulsiones, temblor.
-

FIGURA 8

PRUEBAS DE LABORATORIO
QUE PUEDEN SER ANORMALES
EN LOS ALCOHOLICOS

DETERMINACIONES	VALOR NORMAL	CAMBIO ALCOHOLICO
Gama-glutamil-transferasa	hombres: 15-85 u/l mujeres: 5-55 u/l	aumentada
Alamina amino-transferasa	6-36 u/l	aumentada
Aspartato amino-transferasa	0-14 u/l	aumentada
Fosfatasa alcalina	13-38 u/l	aumentada
Deshidrogenasa láctica	60-120 u/l	aumentada
Bilirrubina total	0.3-1.0 mg/dl	aumentada
Aamilasa	4.0-25 u/l	aumentada
Acido úrico	3.0-7.0 mg/dl	aumentado
Triglicéridos	40-150 mg/dl	aumentados
Colesterol	120-220 mg/dl	aumentado
Volumen Corpuscular medio	80-94 μm^3	aumentado
Tiempo de pro-trombina	11.0-12.5 seg.	prolongado
Calcio sérico	8.0-10.5 mg/dl	disminuido
Magnesio sérico	1.5-2.0 mEq/l	disminuido
Nitrógeno uréico en sangre	8-25 mg/dl	disminuido
Cuenta de glóbulos blancos	4,200-10,600 /mm ³	disminuido
Cuenta de plaquetas	150,000-300,000 /mm ³	disminuido
Hematocrito	hombres: 45 a 52% mujeres: 37 a 48%	disminuido
Glucosa	70-110mg/dl	disminuida o aumentada

FIGURA 9

SHORT MICHIGAN ALCOHOLISM
SCREENING TEST (SMASST)
(PRUEBA DE EVALUACION CORTA
DE ALCOHOLISMO MICHIGAN)

- 1.- ¿Siente Ud. que es un bebedor normal?
(si bebe más que o menos que otras
personas) (NO)
 - 2.- ¿Su esposa, esposo u otros parientes o
relaciones están preocupados o se quejan
acerca de su forma de beber? (SI)
 - 3.- ¿Se siente Ud. culpable con su forma de
beber? (SI)
 - 4.- ¿Sus amigos o amistades piensan que es Ud.
un bebedor normal? (NO)
 - 5.- ¿Es Ud. capaz de dejar de beber cuando Ud.
quiere? (NO)
 - 6.- ¿Ha asistido a reuniones de Alcohólicos
Anónimos? (SI)
 - 7.- ¿El beber le ha ocasionado problemas con
su esposo, esposa, parientes u otras
relaciones? (SI)
 - 8.- ¿Ha tenido problemas en el trabajo, por su
forma de beber? (SI)
 - 9.- ¿Ha descuidado sus obligaciones familiares
o de trabajo por 2 o más días, porque
estaba bebiendo? (SI)
 - 10.- ¿Ha conseguido alguna ayuda para su forma
de beber? (SI)
 - 11.- ¿Ha estado en algún hospital debido a la
bebida? (SI)
 - 12.- ¿Ha sido arrestado por conducir borracho,
conducir mientras había o conducir bajo
los efectos del alcohol? (SI)
 - 13.- ¿Ha sido arrestado, por algunas horas
debido a algún comportamiento de borracho?
(SI)
-

La respuesta correspondiente a alcoholismo se encuentra entre paréntesis, después de cada pregunta. Tres o más de estas respuestas indican diagnóstico de alcoholismo, dos respuestas indican la posibilidad de alcoholismo y menos de dos respuestas indican que el alcoholismo no es probable.

FIGURA 10

**CAGE* QUESTIONNAIRE
(cuestionario CAGE)**

-
- 1.- ¿Ha sentido Ud. la necesidad de tener que reducir en su forma de beber?
 - 2.- ¿La gente se ha fastidiado con Ud. porque critican su forma de beber?
 - 3.- ¿Se ha sentido Ud. mal o culpable acerca de su forma de beber?
 - 4.- ¿Tiene Ud. que beber algo por la mañana (cuando abre los ojos, para controlar sus nervios o controlar la "cruda" (resaca)?
-

* C de cut-cortar, reducir; A de annoyed-irritado, fastidiado; E de guilty-culpable y E de eye-ojo.

Das o mas respuestas afirmativas, indican alcoholismo probable. Cualquier respuesta afirmativa simple, requiere otra evaluación.

FALLA DE ORIGEN

CRITERIOS DIAGNOSTICOS PARA EL ALCOHOLISMO

Para el diagnóstico solamente se requiere uno de los siguientes criterios:

Dependencia fisiológica (signos y síntomas de abstinencia).

- Temblor manifiesto
- Alucinaciones.
- Convulsiones de abstinencia.
- Delirium tremens.

Tolerancia alcohólica.

- Concentración alcohólica en sangre: >0.1 mg%, en cualquier visita médica.
- Concentración alcohólica en sangre: $:0.15$ mg%, sin datos de intoxicación
- Concentración alcohólica en sangre: >0.30 mg%, en cualquier momento.
- Consumo de un quinto de whiskey o su equivalente en vino o cerveza, diario o mas al día.

Enfermedades mayores por alcoholismo.

- Hepatitis alcohólica (figura 6).
- Degeneración cerebelar alcohólica. (figura 8).

Ingestión alcohólica continua a pesar de contraindicaciones.

- Médicas: Embarazo, enfermedades por alcohol (figura 7).
 - Sociales: Divorcio, pérdida del trabajo arrestos por conducir bajo efecto del alcohol (figura 9).
 - Comportamiento: Llamadas de atención por uso indiscriminado del alcohol.
-

**FACTORES DE RIESGO PARA
EL DESARROLLO DE ALCOHOLISMO
EN EL ADOLESCENTE**

Problemas en el sistema familiar:

- Poca o excesiva vigilancia.
- Comunicación negativa.
- Críticas constantes, falta de elogio.
- Mala relación familiar.

Comportamiento antisocial precoz:

- Agresión asociada a retraimiento.
- Hiperactividad.
- Nerviosismo.
- Falta de atención.
- Actitud defensiva y negativa.

Malas calificaciones:

- Hastío.
- Falta de habilidad.
- Mala relación con el maestro.

Poco interés en la escuela:

- Por aprender y progresar.
- Faltas y "matar" clases.

**Alineación, rebeldía, falta de interés en la
sociedad:**

- No adoptar valores sociales.
- No acudir a servicios religiosos.

**Comportamiento antisocial en la adolescencia
inicial:**

- Baja responsabilidad social.
- Agresividad en general.

**Amigos que usan drogas y actitud favorable a
ellos.**

Iniciación precoz en las drogas.

FIGURA 13

ESTIMACION DE LA IMPORTANCIA DEL
CONSUMO DE DROGAS EN
EL ADOLESCENTE

	0	+ 1	+2
EDAD	>15	< 15	
SEXO	HOMBRE	MUJER	
ANTECEDENTES FAMILIARES DE CONSUMO DE DROGAS		+	
AMBIENTE DURANTE EL CONSUMO DE DROGA	EN GRUPO		SOLO
ESTADO AFECTIVO, ANTES DE CONSUMIR LA DROGA	FELIZ		TRISTE
RENDIMIENTO ESCOLAR	BUENO/MEJORA DO	SIEM- PRE MALO	RECIENTE- MENTE MALO
CONSUMO ANTES DE CONDUCIR			X
ANTECEDENTES DE ACCIDENTES			X
DIA DE LA SEMANA	FIN DE SEMANA	CUAL- QUIER DIA DE LA SEMANA	
HORA DEL DIA		DES- PUES DE LA ESCUE- LA	ANTES DE LA ESCUELA
TIPO DE DROGA	MARI- HUANA, CERVE- ZA, VINO	ALUCI- NOGE- NOS, ANFETA MINAS	WISKY, OPIACEOS, COCAINA, BARBITURICOS

COMPUTO TOTAL: 0-3, POCO INQUIETANTE;
3-6, IMPORTANTE;
6-18, MUY IMPORTANTE.

FIGURA 14

**CUESTIONARIO DE SINTOMAS SOBRE
EL ABUSO DE SUSTANCIAS***

I COMPLICACIONES PSICOSOCIALES SI NO

Un miembro de la familia se ha mostrado preocupado acerca del uso de drogas por la persona _____

La persona bebe o usa otras drogas en el hogar enfrente de los padres. _____

El uso de drogas de la persona causa pleitos o discusiones en la familia. _____

El uso de drogas de la persona ha causado problemas con los padres o amigos. _____

La persona ya ha sido sometida a tratamiento antidroga. _____

La persona ya ha sido arrestada por usar drogas. _____

II COMPLICACIONES BIOMEDICAS

Las personas han mostrado a veces cambios de comportamiento a consecuencia del uso de drogas _____

La persona ha tenido lagunas mentales por el uso de drogas. _____

La persona ha usado drogas en las mañanas. _____

La persona ha tenido alucinaciones secundarias al empleo de drogas. _____

La persona ha tenido "ataques" por el uso de drogas. _____

III PROBLEMAS ESCOLARES

La persona ha usado drogas en
lugar de asistir a la escuela. _____

La persona ha usado drogas
prohibidas o alcohol en el
interior de la escuela. _____

La persona ha tenido ausencias
de la escuela a consecuencia
del uso de las drogas o de sus
efectos. _____

La persona ha usado drogas
estando en edificio de la
escuela. _____

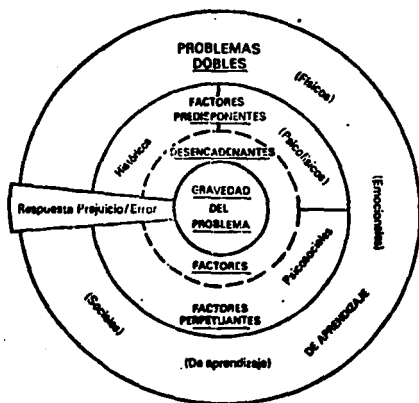
La persona ha guardado o
tenido alcohol o drogas
en la escuela. _____

La persona ha usado drogas
antes de ir a la escuela. _____

La persona ha visto un
trabajador social de la
escuela o asesor a causa
de usar la droga. _____

* El abuso de sustancias puede referirse a alcohol, drogas prohibidas, o ambas cosas.

FIGURA 15



Modelo para el programa de evaluación de la dependencia química de los adolescentes.

FIGURA 16

INDICE TRANSCULTURAL DE ALCOHOLISMO (I T A)

SE DESARROLLO A PARTIR DE

N=2 617

MEXICO (25.34%)	ALEMANIA (23.96%)	CHILE (23.14%)
ECUADOR (17.08%)	ESPAÑA (5.33%)	PERU (5.14%)

**LOS 31 REACTIVOS DEL TEST
DE ALCOHOLISMO MUNICH
FUERON REDUCIDOS
A TRAVES DE UN MODELO
HEURISTICO ESCALONADO**

FALLA DE ORIGEN

FIGURA 17

EVALUACION DEL INDICE TRANSCULTURAL
DE ALCOHOLISMO
1982
N = 851

ESTUDIANTES QUE INGRESARON A LA FACULTAD
DE MEDICINA DE LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

REACTIVOS	FACTOR 1	COMUNALIDAD	ALFA	ITA
BIENESTAR SIN BEBER	.91503	.63726	.7192	4
LIMITAR INGESTION ETILICA	.89421	.79961	.7363	1
ABSTINEN- CIA TEM- PORAL	.89224	.79609	.7192	3
AMBIVA- LENCIA.	.49421	.24553	.9019	2
XTOTAL DE LA EXPLICA- CION DE LA VARIANCIA	67.0			
CONSISTENCIA INTERNA			.8192	
CORRELACION ENTRE LAS FORMAS			.7276	
SPEARMAN-BROWN PARA COLAS IGUALES.			.8425	
PRIMERA COLA QUE CONTIENE A LA AMBIVALENCIA.			.4598	
SEGUNDA COLA			.8737	
SPLIT-SAMPLE VALIDATION				
% DE CLASIFI- CACION CORRECTA DEL GRUPO NO ALCOHO- LICO.	98.2			
% DE CLASIFI- CACION CORRECTA DEL GRUPO ALCOHOLICO.	98.5			
% DE CLASIFI- CACION CORRECTA TOTAL.	98.35			
BOX'S	1404.0			
F APROXI- MADA	233.10			
GRADOS DE LIBERTAD	4996119.9			
SIGNIFICANCIA	0.0000			

FALLA DE ORIGEN

FIGURA 18

DESARROLLO DEL INDICE DE ALCOHOLISMO
DE PREGRADO (I A P G)

BASE DE DATOS HISPANOAMERICANA

(N = 1 992)

--70.72% MUESTRA TOTAL 2 817--

MEXICO	CHILE	ECUADOR	PERU
N=714	N=652	N=481	N=145
(35.84%)	(32.73%)	(24.15%)	(7.28%)

CONTROLANDOSE LAS SIGUIENTES
VARIABLES EXOGENAS

RANGO DE EDAD: 16 A 22 AÑOS

ESTADO CIVIL: SOLTERIA

OCUPACION: ESTUDIANTE

(N O 1 992)

(n = 165)

-- 8.28%--

MEXICO	CHILE	ECUADOR	PERU
N=714	N=652	N=481	N=145
n= 29	n= 91	n= 45	n=0
(4.06%)	(13.95%)	(9.36%)	(0%)

FIGURA 19

LOS 31 REACTIVOS DEL TEST
DE ALCOHOLISMO MUNICH (MALT)
FUERON SOMETIDOS A UN PROCESO REDUCTIVO
MEDIANTE EL ANALISIS FACTORIAL,
CON RESPECTO A LA SIGUIENTE
DEFINICION DE REACTIVO:

- 1.- SE CONSIDERA COMO REACTIVO, AQUEL QUE SE ENCUENTRE SITUADO EN FACTORES CON UN VALOR PROPIO (EIGENVALUE) IGUAL O MAYOR A 1.0
 - 2.- SE ACEPTARA COMO ITEM, UNICAMENTE AQUEL QUE MUESTRE UNA CARGA FACTORIAL IGUALES O MAYORES DE 0.5000 EN UN CIERTO FACTOR.
 - 3.- SERA CONSIDERADO COMO PREGUNTA, AQUELLA QUE PRESENTE UNA CARGA FACTORIAL MENOR AL 50% CON RESPECTO AL COEFICIENTE QUE MOSTRO UNA CARGA IGUAL O MAYOR DE 0.5000 O CARGA NEGATIVA EN OTROS FACTORES.
 - 4.- SERA ACEPTADO COMO REACTIVO, AQUEL QUE EXHIBA UNA ESTABILIDAD (SIN CAMBIOS EN LOS FACTORES Y EN LA DIRECCIONALIDAD DE LA CARGA) A TRAVES DE CUATRO ALGORITMOS FACTORIALES.
 - 5.- SE RECONOCERA COMO ITEM, AQUEL QUE OFREZCA UNA ESTABILIDAD DE LAS CARGAS FACTORIALES A TRAVES DE CINCO ROTACIONES.
-

FALLA DE ORIGEN

FIGURA 20

SIMULACRO DE EVALUACION DEL INDICE DE ALCOHOLISMO DE PREGRADO DESARROLLADO

1992
N = 165

ESTUDIANTES HISPANOAMERICANOS, SOLTEROS
ENTRE 18 Y 22 AÑOS DE EDAD

EXTRAIDOS DE LA MUESTRA HISPANOAMERICANA
(N = 1992)

<u>REACTIVOS</u>	<u>FACTOR 1</u>	<u>COMUNALIDAD</u>	<u>ALFA</u>	<u>MALT</u>
*LIMITAR INGESTION ETILICA	.91887	.84432	.8831	15
*BIENESTAR SIN BEBER	.86393	.78134	.8941	23
INTENTAR ABSTINENCIA	.86300	.74476	.8008	22
ALCOHOL DESTRUYE LA VIDA	.84610	.71588	.9052	18
MENOS PROBLEMAS SIN ALCOHOL	.82445	.67971	.9107	16
%				
% TOTAL DE LA EXPLICACION DE LA VARIANCI	75.3			
CONSISTENCIA INTERNA			.9176	
CORRELACION ENTRE LAS FORMAS			.8114	
SPEARMAN-BROWN PARA COLAS DESIGUALES			.8993	
PRIMERA COLA CON TRES REACTIVOS			.8722	
SEGUNDA COLA CON DOS REACTIVOS			.8578	
SPLIT-SAMPLE VALIDATION				
% DE CLASIFICACION CORRECTA DEL GRUPO NO ALCOHOLICO	100.0			
% DE CLASIFICACION CORRECTA DEL GRUPO ALCOHOLICO	100.0			
% DE CLASIFICACION CORRECTA TOTAL	100.0			
*REACTIVOS TAMBIEN INCLUIDOS EN EL INDICE TRANSCULTURAL DE ALCOHOLISMO (ITA)				

FIGURA 21
EVALUACION EMPIRICA DEL INDICE DE
ALCOHOLISMO DE PREGRADO
1983
N = 961

ESTUDIANTES QUE INGRESARON
A LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

REACTIVOS	FACTOR 1	COMUNALIDAD	ALFA	IAPG
*LIMITAR INGESTION ETILICA	.92643	.85627	.6237	1
ALCOHOL DESTRUYE LA VIDA	.92634	.85510	.6238	4
*BIENESTAR SIN BEBER	.91988	.84621	.6267	2
ABSTINENCIA TEMPORAL	.91901	.84459	.6270	3
MENOS PROBLEMAS SIN ALCOHOL	.14316	.02049	.9426	5
*TOTAL DE LA EXPLICACION DE LA VARIANCI	68.6			
COEFICIENTE DE CONCORDANCIA DE KRAMER	.87057			
CONSISTENCIA INTERNA			.8443	
CORRELACION ENTRE LAS FORMAS			.8589	
SPEARMAN-BROWN PARA COLAS DESIGUALES			.9267	
PRIMERA COLA CON TRES REACTIVOS			.9233	
SEGUNDA COLA CON DOS REACTIVOS CON EL IAPG 5			.0613	
SPLIT-SAMPLE VALIDATION				
% DE CLASIFICACION CORRECTA DEL GRUPO NO ALCOHOLICO	100.0	(SIN PROBLEMAS DE ALCOHOLISMO)		

FALLA DE ORIGEN

% DE CLASIFICACION CORRECTA DEL GRUPO SOBREPESADO

94.6

(CON LIGEROS PROBLEMAS DE ALCOHOLISMO)

% DE CLASIFICACION CORRECTA DEL GRUPO ALCOHOLICO

100.0

(CON PROBLEMAS IMPORTANTES DE ALCOHOLISMO)

% DE CLASIFICACION CORRECTA TOTAL

99.38

BOX'S 2297.43898

[APROXIMADA 226.67728

GRADOS DE LIBERTAD 164934.6

SIGNIFICANCIA 0.0000

* REACTIVOS TAMBIEN INCLUIDOS EN EL INDICE TRANSCULTURAL DE ALCOHOLISMO (ITA)

FIGURA 22

SIMULACRO DE REDUCCION DEL INDICE
DE ALCOHOLISMO DE PREGRADO

1983
N = 961

ESTUDIANTES QUE INGRESARON A LA
FACULTAD DE MEDICINA DE LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

REACTIVOS	FACTOR_1	COMUNALIDAD	ALFA	IAPQ
*LIMITAR INGESTION ETILICA	.92713	.85957	.9232	1
ALCOHOL DESTRUYE LA VIDA	.92688	.85911	.9233	4
*BIENESTAR SIN BEBER	.92105	.84834	.9263	2
ABSTINEN- CIA TEM- PORAL	.91960	.84604	.9269	3
*TOTAL DE LA EXPLICACION DE LA VARIANCIA 85.3				
COEFICIENTE DE CON- TINGENCIA DE CRAMER	.98241			
CONSISTENCIA INTERNA			.9427	
CORRELACION ENTRE LAS FORMAS			.8965	
SPEARMAN-BROWN PARA COLAS IGUALES			.9454	
PRIMERA COLA CON LOS DOS PRIMEROS REACTIVOS			.9233	
SEGUNDA COLA CON LOS DOS ULTIMOS REACTIVOS			.8877	
SPLIT-SAMPLE VALIDATION				
% DE CLASIFICACION CORRECTA DEL GRUPO NO ALCOHOLICO	100.0	(SIN PROBLEMAS DE ALCOHOLISMO)		

% DE CLASIFICACION CORRECTA DEL GRUPO SOS-PECHOBO	94.6	(CON LIGEROS PROBLEMAS DE ALCOHOLISMO)
% DE CLASIFICACION CORRECTA DEL GRUPO ALCOHOLICO	100.0	(CON PROBLEMAS IMPORTANTES DE ALCOHOLISMO)
% DE CLASIFICACION CORRECTA TOTAL	99.38	
BOX'S	2297.43896	
[APROXIMADA	226.67726	
GRADOS DE LIBERTAD	164934.6	
SIGNIFICANCIA	0.0000	

* REACTIVOS TAMBIEN INCLUIDOS EN EL INDICE TRANSCULTURAL DE ALCOHOLISMO (ITA)

FALLA DE ORIGEN

FIGURA 23

EVALUACION EMPIRICA DEL INDICE
DE ALCOHOLISMO DE PREGRADO REDUCIDO

1994

N=750

ESTUDIANTES QUE INGRESARON A LA
FACULTAD DE MEDICINA DE LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

REACTIVOS	FACTOR 1	COMUNALIDAD	ALFA	IAPQ
*LIMITAR INGESTION ETILICA	.94320	.66963	.9224	1
*BIENESTAR SIN BEBER	.92711	.65954	.9309	2
ABSTINENCIA TEMPORAL	.92436	.65446	.9323	3
ALCOHOL DESTRUYE LA VIDA	.91946	.64541	.9346	4
*TOTAL DE LA EXPLICACION DE LA VARIANCIA				
COEFICIENTE DE CONTINGENCIA DE CRAMER	.98457			
CONSISTENCIA INTERNA			.9467	
CORRELACION ENTRE LAS FORMAS			.9059	
SPEARMAN-BROWN PARA COLAS IGUALES			.9506	
PRIMERA COLA CON LOS DOS PRIMEROS REACTIVOS			.9089	
SEGUNDA COLA CON LOS DOS ULTIMOS REACTIVOS			.8802	
SPLIT-SAMPLE VALIDATION				
% DE CLASIFICACION CORRECTA DEL GRUPO NO ALCOHOLICO	100.0		(SIN PROBLEMAS DE ALCOHOLISMO)	
% DE CLASIFICACION CORRECTA DEL GRUPO SOBREPESADO	100.0		(CON LIGEROS PROBLEMAS DE ALCOHOLISMO)	

% DE CLASIFICACION CORRECTA DEL GRUPO ALCOHOLICO 100.0

(CON PROBLEMAS IMPORTANTES DE ALCOHOLISMO)

% DE CLASIFICACION CORRECTA TOTAL 100.0

BOX'S 95.88524

[APROXIMADA 9.450076

GRADOS DE LIBERTAD 15003.9

SIGNIFICANCIA 0.0000

* REACTIVOS TAMBIEN INCLUIDOS EN EL INDICE TRANSCULTURAL DE ALCOHOLISMO (ITA)

Test de Alcoholismo Munich-Münchner
alkoholismustest (MALT)

El Test de Alcoholismo Munich (MALT) (16), se desarrolló bajo 5 premisas: 1 Dificultad diagnóstica por los síntomas inespecíficos del alcoholismo; 2 Insuficiente fuerza diagnóstica de los instrumentos desarrollados; 3 Sobreposición de criterio externo y síntomas explorados; 4 Necesidad de control de la actitud ambivalente del enfermo alcohólico y 5 Carencia de reactivos bioquímicos económicos.

Se trató de estructurar un amplio catálogo de los aspectos más relevantes incluidos en la definición de alcoholismo, propuesta por la Organización Mundial de la Salud: bebedores excesivos, cuya dependencia del alcohol ha alcanzado tal grado, que ha dado lugar a claros trastornos psíquicos, a complicaciones somáticas o a conflictos en sus relaciones interpersonales y en sus funciones sociales y laborales; debiendo incluirse a aquéllos que manifiesten prodromos de tal evolución y que requieren de tratamiento; agregándose además incapacidad de abstenerse de degustar bebidas alcohólicas.

Estos aspectos, se obtuvieron de diversos cuestionarios diagnósticos, coleccionándose un total de 1000 preguntas, de las cuales se seleccionaron 250 de acuerdo a su peso estadístico, como resultado de su aplicación

en tres investigaciones empiricas con 1334 pacientes, de 15 a 65 años de edad.

El instrumento fue sometido a diferentes procedimientos de reducción, eligiéndose los reactivos con base en pruebas de especificidad y sensibilidad, utilizándose el instrumento para diverso tipo de exploraciones, quedando finalmente constituido por 31 reactivos.

Los 31 reactivos están distribuidos en dos partes. La primera parte (MALT-F) está conformada por 7 reactivos, es heteroadministrable y deben ser contestados, de acuerdo a los resultados obtenidos a través de la entrevista médica, la exploración física y neurológica, así como del laboratorio clínico. La segunda parte (MALT-B), está integrada por 24 reactivos, es autoadministrable y debe ser contestada directamente por el probando. Ambas partes se complementan, forman y funcionan como unidad, mostrando una elevada capacidad discriminatoria. A continuación se presenta la estructura del MALT.

FALLA DE ORIGEN

PRUEBA DE ALCOHOLISMO MUNCH
(Munchner Alkoholismustest)

M A L T

Advertencia

La prueba está constituida por dos partes:

Primera parte: juicio médico (MALT-F)

Segunda parte: juicio del paciente (MALT-S)

Indicaciones

El juicio médico se basa en la anamnesis y en la exploración física y neurológica del probando

La segunda parte del test deberá ser contestada por el cliente sin omitir ninguna pregunta. Si el probando es analfabeta (funcional) o presenta limitaciones visuales, el entrevistador deberá realizar una entrevista estructurada: lectura de las preguntas sin aclaraciones

Calificación

Se requiere obtener la suma total: en la cual, deben estar contempladas las dos partes que integran el instrumento diagnóstico

Cada respuesta afirmativa tiene el valor de la unidad. La suma obtenida por la parte heteroadministrable (MALT-F), deberá multiplicarse por cuatro; mientras que la suma alcanzada por la sección autoadministrable (MALT-S), no está sujeta a ninguna manipulación

Puntajes

Suma del puntaje del juicio médico (MALT-F) . 4 =

Suma del puntaje del juicio del paciente (MALT-S)

Suma de los puntajes (MALT-F + MALT-S)

Diagnósticos

Puntaje = 5: no alcoholismo

Puntaje de 6 a 10: sospecha de alcoholismo

Puntaje = 11: alcoholismo

Investigación

Fecha de la entrevista _____

Número de caso _____

Diagnóstico clínico

(1) No alcoholismo

(2) Sospecha de alcoholismo

(3) Alcoholismo

Criterio exterior

_____ 4

_____ 5

Identificación

Apellido paterno _____

Apellido materno _____

Nombre(s) _____

Domicilio en zona urbana

Calle _____

Número _____

Interior _____

Nombre o número
del edificio _____

Unidad habitacional _____

Colonia _____

Código
postal _____

Teléfono _____

Domicilio en zona rural

Nombre de la población _____

Municipio _____

Estado _____

Sexo (1) Masculino (2) Femenino _____

Edad _____

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

Número de años estudiados _____

Profesión u ocupación _____

_____ 6

_____ 7

_____ 8

_____ 9

_____ 10

_____ 11

_____ 12

_____ 13

_____ 14

_____ 15

**FALLA DE ORIGEN ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

M A L I - F

1. Enfermedad hepática (por lo menos uno de los siguientes síntomas: aumento de la consistencia, crecimiento hepático, dolor a la palpación, etc., y por lo menos el valor de una de las siguientes pruebas de laboratorio: GOT (transaminasa glutámica oxalacética), GPT (transaminasa glutámica pirúvica) o gama GT (gamma-glutamiltiraspecti- dasa	si	no	[]
	[]	[]	14
2. Polineuropatía (este dato es positivo, cuando no es consecuencia de otra enfermedad: por ejemplo, diabetes mellitus, envenenamientos crónicos) ...	si	no	[]
	[]	[]	15
3. Delirium tremens (en el momento de la entrevista o en la historia previa)	si	no	[]
	[]	[]	16
4. Consumo de más de 150 ml (para mujeres 120 ml) de alcohol puro por día, por más de un mes como mínimo	si	no	[]
	[]	[]	17
5. Consumo de más de 300 ml (para mujeres 240 ml) de alcohol puro, una vez o varias veces en el mes **	si	no	[]
	[]	[]	18
6. Aliento alcohólico (dato encontrado en el momento de la exploración)	si	no	[]
	[]	[]	19
7. Familiares o personas cercanas al paciente han buscado con anterioridad consejo para el problema de alcoholismo del enfermo (por ejemplo: consejo médico o de otras personas fuera de este contexto: verbigracia, terapeutas, clérigos, etc.)	si	no	[]
	[]	[]	20

FALLA DE ORIGEN

Contenido de alcohol puro en las diferentes bebidas	Consumo de etanol puro expresado en ml	
	Diariamente reactivo MALT-F 4*	Una vez al mes reactivo MALT-F 5**
1.0 l cerveza (ca 4% OH)= 40 ml		
0.7 l vino (ca 10% OH)= 70 ml		
0.7 l vino seco (ca 12% OH)= 84 ml		
0.7 l vino del sur (ca 20% OH)=140 ml		
0.7 l licor (ca 30% OH)=210 ml		
0.7 l aguardiente (ca 40% OH)=280 ml		
ron 40-80 vol. %		
brandy 40-50 vol. %		
whisky 50 vol. %		
ginebra 50-50 vol. %		
vodka 50 vol. %		
tequila 50 vol. %		
otras bebidas		
Cantidad total de alcohol		

FALLA DE ORIGEN

M A L I S

Favor de proporcionar los datos que a continuación se solicitan

Identificación

Apellido paterno	Apellido materno	Nombres	
------------------	------------------	---------	--

Domicilio en zona urbana

Calle	Numero	Interior	Nombre o numero del edificio
-------	--------	----------	------------------------------

Unidad habitacional	Colonia	Código postal	Telefono
---------------------	---------	---------------	----------

Domicilio en zona rural

Nombre de la población	Municipio	Estado
------------------------	-----------	--------

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

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

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

FALLA DE ORIGEN

M A L T - S

1. En los últimos tiempos he sentido frecuentemente temblores en mis manos	si	no	[]
	[]	[]	21
2. Por algún tiempo, sobre todo en las mañanas, he sentido náuseas o ganas de vomitar	si	no	[]
	[]	[]	22
3. Ya he intentado alguna vez, quitarme la cruda (temblores de manos o ganas de vomitar) tomando más bebidas alcohólicas	si	no	[]
	[]	[]	23
4. Actualmente me siento amargado por los problemas que ha ocasionado mi forma de beber	si	no	[]
	[]	[]	24
5. Es frecuente, que antes de comer ingeriera bebidas alcohólicas como si fuera mi almuerzo ..	si	no	[]
	[]	[]	25
6. Después de tomar la primera copa, irremediablemente me dan ganas de seguir bebiendo.....	si	no	[]
	[]	[]	26
7. Pienso frecuentemente en la bebida alcohólica...	si	no	[]
	[]	[]	27
8. He tomado bebidas alcohólicas, a pesar que el médico me lo había prohibido	si	no	[]
	[]	[]	28
9. Mediante aumentaba mi consumo de bebidas alcohólicas, disminuía mi apetito	si	no	[]
	[]	[]	29
10. En mi trabajo, ya me han llamado la atención por mi forma de beber	si	no	[]
	[]	[]	30
11. Prefiero beber cuando estoy solo	si	no	[]
	[]	[]	31
12. Desde que ha aumentado mi consumo de bebidas alcohólicas, ha disminuido mi capacidad de trabajo	si	no	[]
	[]	[]	32
13. Después de tomar, tengo recordamientos o sentimientos de culpa	si	no	[]
	[]	[]	33
14. Ya he empleado sistemas para beber menos, como ejemplo, tomar a determinadas horas del día	si	no	[]
	[]	[]	34
15. Pienso que debería tomar menos	si	no	[]
	[]	[]	35

16. Si no tomara, tendria menos problemas	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/>
			36
17. Cuando estoy enojado, tomo para calmarme	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/>
			37
18. Fienzo que el beber está destruyendo mi vida	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/>
			38
19. Me dan ganas de dejar de beber, pero luego vienen los deseos de seguir tomando	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/>
			39
20. Las demás personas no entiende por que tomo	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/>
			40
21. Si no tomara, no tendria problemas con mi pareja (esposa(o) o con mi novia(o))	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/>
			41
22. Ya he intentado, por algún tiempo, vivir sin tomar	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/>
			42
23. Si no tomara, me sentiria mejor conmigo mismo ...	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/>
			43
24. Ya me han dicho que parezco alcohólico	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/>
			44

A partir del año 1983, tomando como base el MALT (16), utilizando un modelo escalonado no-acumulativo heurístico, siguiendo las recomendaciones para la elaboración de un instrumento transcultural y tratando de obtener reactivos universales para el diagnóstico de alcoholismo se utilizó la modalidad del MALT, obtenido en la forma ya señalada, en primera instancia, en una población alemana y española y después en poblaciones hispanoamericanas, mexicana, ecuatoriana, peruana y chilena; obteniéndose 4 reactivos, después de ser sometido el instrumento a un proceso de reducción, la estructura del ITA, se muestra a continuación.

ESTRUCTURA DEL ITA

Reactivos

- ITA 1. Bienestar sin beber
- ITA 2. Limitar ingestión atípica
- ITA 3. Abstinencia temporal
- ITA 4. Ambivalencia

El ITA fue probado empíricamente demostrando los cuatro reactivos que la constituyen, una adecuada validez y confiabilidad en las medidas de seguridad a que fue sometido.

El modelo escalonado no-acumulativo heurístico, utilizado para derivar el ITA del MALT, está constituido por una estructura de filtros, cuya apertura está caracterizada por los siguientes parámetros:

- 1.- Reactivos contestados positivamente por $\geq 50\%$ de cada grupo de alcohólicos.
- 2.- Preguntas contestadas positivamente por $\geq 15\%$ de cada grupo no-alcohólico.
- 3.- Sensibilidad de cada ítem $\geq 60\%$
- 4.- Especificidad de cada reactivo $\geq 60\%$
- 5.- Coeficiente de validez de cada pregunta ≥ 0.60

Para reconocer una similitud, la probabilidad de chi-cuadrado se ubicó en ≥ 0.10 para cada uno de los 5 filtros, descrito con respecto a las muestras examinadas.

ANEXO 2

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA



INDICE DE ALCOHOLISMO DE PREGRADO



FALLA DE ORIGEN

SECRETARIA DE EDUCACION MEDICA

MEXICO

1993

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

Después de leer cuidadosamente cada pregunta y según creas conveniente, marca con una cruz el espacio correspondiente a SI O NO.

En ocasiones podrás tener la impresión de que una o varias oraciones no están en relación directa con tu problema; ante esta situación, elije de todas maneras una de las posibilidades. No dejes ninguna pregunta sin contestar.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

SECRETARIA DE EDUCACION MEDICA

I A P G

Favor de proporcionar los datos que a continuación se solicitan

Identificación _____

 Apellido paterno Apellido materno Nombre(s)

Domicilio en zona urbana

_____ _____
 Calle Número Interior Nombre o número del edificio

_____ _____
 Unidad habitacional Colonia Código postal Teléfono

Domicilio en zona rural

_____ _____
 Nombre de la población Municipio Estado

Sexo (1) Masculino (2) Femenino

Edad _____

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

Número de años estudiados _____

Profesión u ocupación _____

No llenar este espacio

 6
 7 8
 9
 10 11
 12 13

I A P G

		No llenar este espacio
1. Pienso que debería tomar menos	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 14
2. Si no tomara, me sentiría mejor conmigo mismo ...	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 15
3. Ya he intentado, por algún tiempo, vivir sin tomar	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 16
4. Pienso que el beber está destruyendo mi vida ...	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 17
5. Si no tomara, tendría menos problemas	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 18

ANEXO 3

FOLIO 1111

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA**



INDICE DE ALCOHOLISMO DE PREGRADO



**OFICINA DE EDUCACION MEDICA
MEXICO
1994**

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

SECRETARIA DE EDUCACION MEDICA

I A P G

Favor de proporcionar los datos que a continuación se solicitan.

Identificación

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)
------------------	------------------	-----------

Domicilio en zona urbana

Calle	Nº.	Int.	Nombre o número del edificio
-------	-----	------	------------------------------

Unidad habitacional	Colonia	Código postal	Teléfono
---------------------	---------	---------------	----------

Domicilio en zona rural

Nombre de la población	Municipio	Estado
------------------------	-----------	--------

Sexo:

(1) Masculino

(2) Femenino

No llenar este espacio.

Edad

Estado civil:

(1) Soltero

(2) Casado(a)

(3) Divorciado(a)

(4) Viudo(a)

(5) Separado(a)

Número de años estudiados

Profesión u ocupación

6

7 8

9

10 11

12 13

En la parte inferior de esta hoja, encontrarás una serie de preguntas relacionadas directamente con el consumo de bebidas alcohólicas.

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

En ocasiones podrás tener la impresión de que una o varias oraciones no están en relación directa con tu problema; ante esta situación elije de todas maneras una de las posibilidades. No dejes ninguna pregunta sin contestar a pesar de que no ingieras bebidas.

I A P G

No llenar
este espa
cio.

- | | | | | |
|--|----|----|--------------------------|----|
| 1. Pienso que debería tomar menos | Si | No | <input type="checkbox"/> | 14 |
| 2. Si no tomara, me sentiría mejor
conmigo mismo | Si | No | <input type="checkbox"/> | 15 |
| 3. Ya he intentado, por algún tiempo,
vivir sin tomar | Si | No | <input type="checkbox"/> | 16 |
| 4. Pienso que el beber está destruyendo
mi vida | Si | No | <input type="checkbox"/> | 17 |