



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO**

**INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN PARA DESARROLLAR
ESTRATEGIAS DE TRATAMIENTO EN EL ÁREA DE LAS ADICCIONES**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN PSICOLOGÍA EDUCATIVA**

PRESENTA:

LETICIA ECHEVERRÍA SAN VICENTE

DIRECTORA DEL REPORTE:

MTRA. GUILLERMINA NATERA REY

COMITÉ DE TESIS:

DRA. MA ELENA MEDINA MORA ICAZA

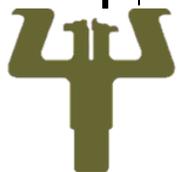
DR. CÉSAR CARRASCOZA VENEGAS

DRA. MA. DE LOS ÁNGELES MATA MENDOZA

MTRO. MIGUEL ANGEL MEDINA GUTIÉRREZ

MÉXICO, D.F.

OCTUBRE, 2011



**® Facultad
de Psicología**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

Resumen		3
Introducción		5
Capítulo 1	La evolución del tratamiento de los problemas relacionados al consumo de alcohol. La identificación de los bebedores problema. Nuevas perspectivas desde la Psicología para la atención del consumo excesivo de alcohol Las intervenciones breves en México.	7
Capítulo 2	Artículo: Evaluación transcultural de dos instrumentos de evaluación: Línea base retrospectiva de consumo de alcohol (LIBARE) e Inventario situacional de consumo de alcohol (ISCA). Características de la muestra de México.	21
Discusión y Conclusiones		50
Referencias		54
ANEXOS		61
	Anexo 1. Instrumentos. Anexo 2. Artículo original.	

RESUMEN

En los años setenta se realizaron una serie de innovaciones en el área del tratamiento del *alcoholismo*, que hasta ese entonces era visto como una enfermedad progresiva y crónica que podía ser contenida pero nunca curada. Varios investigadores mostraron que las personas podían ser atendidas en etapas tempranas, que existían nuevas opciones de atención para las personas que acudían a un tratamiento. Junto con cambios en los tratamientos para personas en estas etapas iniciales del problema de alcohol, surgieron nuevas formas de evaluación de la conducta de consumo de la sustancia.

En este trabajo se describen las características psicométricas de dos instrumentos de evaluación de la conducta de consumo de alcohol, la Línea Base Retrospectiva de Alcohol (LIBARE) y el Inventario Situacional de Consumo de Alcohol (ISCA) que fueron utilizados en un estudio clínico dirigido por la Organización Mundial de la Salud (**OMS**) y la Addiction Research Foundation en 1993. Es un estudio transcultural que permitió identificar las diferencias en los patrones de consumo y las situaciones de riesgo en las que el consumo excesivo se presentaba. El LIBARE evalúa patrones de consumo de alcohol y el ISCA es una guía para evaluar situaciones de riesgo del consumo excesivo. En este estudio participaron 308 personas de 4 países diferentes Australia, Canadá México y Suecia. Las personas que participaron en este estudio fueron personas que consumían alcohol en exceso y buscaban tratamiento de consulta externa.

El propósito de este trabajo fue estudiar la variabilidad transcultural en patrones de consumo de alcohol y las circunstancias en las que el “consumo excesivo” ocurre, entre usuarios que buscan tratamiento. Se utilizó un método comparativo para explorar las diferencias y similitudes en el patrón de consumo de alcohol en los diferentes países.

Los resultados muestran que los instrumentos LIBARE e ISCA son confiables y válidos con pacientes ambulatorios que abusan del alcohol en esos cuatro países. Por consiguiente estos instrumentos pueden ser usados en clínicas y para estudios científicos con personas que abusan del alcohol de habla sueca, español e inglés (Sobell y cols, 2001).

ABSTRACT

In the seventies several innovations in the field of alcoholism were made. Until then, alcoholism was seen as a progressive and chronic disease, which could be contained but not cured. Several researchers showed that people could be addressed in early stages of this illness and that there were new options for people who came for treatment. Along with changes in treatment for people with alcohol problems, new ways of behavior assessment related to the consumption of this substance were developed.

This paper describes the psychometric characteristics of two assessment tools: Timeline Followback (TLFB) and Inventory of Drinking Situations (IDS). These tools were used in a clinical study conducted by the World Health Organization, (WHO) in 1993 in which cultural differences in patterns of consumption and the risk situations related with excessive consumption were identified. The TLFB assesses drinking patterns and IDS is a guide to assess risk situations for alcohol abuse. 308 people from four countries: Australia, Canada, Mexico and Sweden, who participated in this study were heavy alcohol consumers and were seeking outpatient treatment.

The purpose of the study carried out was to assess cross-cultural variability in patterns of alcohol consumption and the circumstances in which the harmful use of alcohol occurs among people seeking treatment. A comparative method was used to explore differences and similarities in the pattern of alcohol consumption among the four countries.

The results show that the TLFB and IDS instruments are reliable and valid with outpatient alcohol abusers in those four countries. Therefore we conclude that these instruments can effectively and reliably be used in clinical and scientific studies of alcohol abusers in these countries and probably in others. (Sobell y cols, 2001).

INTRODUCCIÓN

En las últimas tres décadas se ha registrado un cambio de paradigma con respecto al tratamiento del alcoholismo. Tradicionalmente se daba atención a aquellas personas que presentaban la enfermedad del alcoholismo, pero como producto de la investigación en el área durante el siglo pasado, se identificó y se amplió el grupo de atención y se vio que era un problema tratable. Este grupo abarcaba una proporción mucho mayor, ya que incluía a la población que consumía alcohol en forma excesiva, pero que no presentaba dependencia. Para atender a estas personas se tuvo que cambiar la estrategia terapéutica y se desarrollaron nuevas formas de atención conocidas como intervenciones breves. Junto con estos cambios en el área de tratamiento también se hicieron cambios en la forma de evaluación de la conducta de consumo. Se desarrollaron instrumentos de evaluación para identificar la conducta objeto de estudio, tanto motora, como fisiológica o cognitiva, así como las variables que la mantienen y controlan, con el objeto de realizar una intervención.

Se empezó a hacer énfasis en la conducta observable, en los acontecimientos actuales, las situaciones que determinan el consumo, entre otros. Esta forma de evaluación permitió que el terapeuta pusiera orden en la información y pudiera diseñar un programa de intervención dirigido a mejorar las condiciones de vida de la persona.

Este trabajo forma parte del programa para la Graduación de los Alumnos Egresados de las Maestrías concluyentes en Psicología bajo la modalidad de Artículo Publicado y está organizado a partir de los lineamientos que se solicitan que consisten en un resumen, una introducción, el artículo publicado y una discusión general.

En esta tesis se reportan los resultados de la evaluación transcultural de dos instrumentos: Línea base retrospectiva de consumo de alcohol (LIBARE) que mide el patrón de consumo de alcohol y el Inventario situacional de consumo de alcohol (ISCA), que mide las situaciones o circunstancias que llevan a las personas a beber en exceso.

A continuación se describe la forma como se organizó la información: En el primer capítulo, se presenta una recopilación de diversas publicaciones e investigaciones que lograron hacer un cambio en la forma como tradicionalmente eran atendidos problemas de salud mental y el alcoholismo. Se hace una revisión de lo que sucedía en la terapia y los tratamientos para atender adicciones en la primera mitad del siglo XX y como los costos y los resultados de los servicios de

psicoterapia, obligaron a los profesionales a tener opciones de tratamiento menos prolongadas, más eficaces y menos costosas. Para terminar este capítulo se hace una breve reseña de cómo se inician las intervenciones breves en México y como surge este proyecto de investigación transcultural, que sirvió de base para el proceso de titulación.

En el segundo capítulo, se describe el estudio transcultural que buscaba medir la variabilidad entre culturas de dos constructos, el patrón de consumo de alcohol y las circunstancias en las que el “consumo excesivo” de alcohol ocurre en diferentes países. Se dan a conocer los instrumentos de evaluación que se utilizan ya en varios países, el Timeline Followback (TLFB) que mide el patrón de consumo de alcohol (cantidad y frecuencia) y el Inventory of Drinking Situations que mide las situaciones de riesgo que llevan a las personas a beber en exceso, se discute sobre las diferencias transculturales observadas y las posibles consecuencias para la aplicación de estrategias de intervención, en diferentes culturas.

Para terminar este capítulo se presentan las características de la muestra en México y se hace énfasis en los datos que se obtuvieron en nuestro país y su comparación con Australia, Canadá, Polonia y Suecia.

Por último, se presenta un capítulo final con las conclusiones y reflexiones de este estudio.

CAPÍTULO 1

LA EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO DE LOS PROBLEMAS RELACIONADOS AL CONSUMO DE ALCOHOL.

Para entender lo que son las intervenciones breves como opción terapéutica para tratar conductas adictivas en etapas tempranas, así como la forma en que se inician y se expanden en el mundo y en México, es conveniente hacer un recuento de lo que sucedía en el mundo, en el área de la terapia y tratamiento del alcoholismo, en la primera mitad del siglo XX.

En los años cuarenta, la ideología imperante era que toda psicoterapia eficaz debía necesariamente ser *intensa, profunda y prolongada*.

A finales de los años cuarenta se empieza a hacer un esfuerzo por reducir la duración de la terapia, sin embargo se presentan las primeras reacciones. Los psicoterapeutas consideraban que todo tratamiento que se concentrara en los síntomas y que no atendiera la fuente del problema, sólo serviría para *reproducir el síntoma en otra forma*. Los resultados positivos de los primeros intentos por hacer terapia breve, eran interpretados por los psicoterapeutas como *maniobras defensivas dirigidas a ayudar al paciente a huir del proceso de tratamiento*, terminando éste en forma *prematura*; y en muchos casos, llegaban a considerar que trabajar en *poco tiempo* la terapia, llevaba a una *descompensación total del paciente* (Berg y cols, 1996).

Tan dominante fue esta oposición a reducir los tiempos de la terapia utilizando opciones más breves, que los terapeutas empezaron a advertir a sus pacientes que no confiaran en *los cambios que pudieran producirse en las primeras etapas del tratamiento*. Otros terapeutas menospreciaban la utilidad de estas terapias breves al atribuir el éxito a la ausencia de una verdadera psicopatología, *decían que si en realidad tuviera una psicopatología; el paciente, hubiera requerido un tratamiento más prolongado*.

El cambio en el paradigma de los tratamientos prolongados hacia la terapia breve no se dio en forma inmediata. Durante la segunda mitad del siglo XX hubo varios acontecimientos que fueron moldeando los tratamientos hasta llegar a la terapia breve. Uno de los acontecimientos más importantes fue La Segunda Guerra Mundial (Institute of Medicine, 1990). En particular, en Estados Unidos las personas que regresaban de la guerra empezaron a solicitar que los servicios de salud mental se incorporaran al sistema de salud de su país. Sin embargo, esta petición no podía ser satisfecha por un

sistema dominado por los tratamientos psicoterapéuticos a largo plazo. Esto llevó a la “Comisión Conjunta de Enfermedad y Salud Mental” en 1961, a considerar que la psicoterapia imperante en ese momento, requería tiempos prolongados para la atención a los pacientes y que en muchas ocasiones, no eran útiles para atender y satisfacer las necesidades de personas que mostraban los primeros síntomas del problema y que probablemente con pocas sesiones podrían ser adecuadamente atendidos (Institute of Medicine, 1990).

Por otro lado, los costos de los servicios de psicoterapia a largo plazo, no podían ser pagados por muchas personas. Esto llevó a instancias financieras del gobierno a poner en práctica medidas de control de gastos, incluyendo la fijación de límites al número de sesiones y el monto a pagar por los servicios de psicoterapia. Estas situaciones obligaron a los profesionales a ofrecer opciones de tratamiento menos prolongadas, más eficaces, eficientes y menos costosas.

Para los años ochenta, la terapia breve se introdujo como una opción a la práctica psicoterapéutica utilizando pocas sesiones, aproximadamente de cinco a seis, un número relativamente bajo si se considera el número de sesiones que tradicionalmente se utilizaban para que una terapia fuera *eficaz*.

Por otro lado, investigaciones sobre la efectividad de los resultados del tratamiento empezaron a mostrar que la terapia breve era eficaz. Una serie de investigaciones realizadas en los ochentas mostraron que los pacientes que tomaron terapia breve se beneficiaron tanto como los que se sometieron a psicoterapia más prolongada con orientación psicoanalítica, (Wallestein, 1989).

LA IDENTIFICACIÓN DE LOS BEBEDORES PROBLEMA.

En el campo de las adicciones, en particular en el tema del alcoholismo durante la segunda mitad del siglo XX, el concepto dominante era el Modelo de tratamiento de los Doce Pasos. Esto se debe a que *el alcoholismo era visto como un fenómeno unitario, una enfermedad progresiva, irreversible y fatal que afecta a todos los alcohólicos* y el único resultado indicador de éxito del tratamiento era la abstinencia y sobriedad. El tratamiento tradicional era un proceso prolongado que continuaba a través de los años con la asistencia del paciente a grupos de autoayuda para mantener la sobriedad.

A continuación se presentan algunas investigaciones que empiezan a mostrar cómo algunos pacientes con ciertas condiciones podían

controlar su consumo sin llegar a la abstinencia, o después de la abstinencia regresar a un consumo controlado de alcohol.

Los primeros reportes se tienen en 1944 con Wall y Allen, quienes atendiendo a pacientes alcohólicos durante los seguimientos, observaban que diecinueve personas seguían bebiendo pero habían reducido la cantidad consumida reportaban estar mejor que antes del tratamiento ya que ahora tenían entre otras cosas, *un empleo exitoso*. Este se puede considerar el primer reporte de investigación de personas que después del tratamiento dirigido a la abstinencia, redujeron la cantidad consumida de alcohol y presentaban mayor estabilización en su vida.

Harper y Hickson en 1951, después de un seguimiento de 2 años a 84 pacientes que habían sido atendidos en un hospital por su alcoholismo, encontraron que un grupo importante se mantuvo en abstinencia y 16 continuaban consumiendo poca cantidad de alcohol, es decir estos pacientes siguieron consumiendo alcohol en una forma no dañina.

Al reportar los resultados del seguimiento de 500 pacientes alcohólicos con tratamiento farmacológico en Francia, Morsier y Feldman en 1952, encontraron que 76 personas no reportaron abstinencia sino que continuaron consumiendo alcohol ocasionalmente, manteniendo un consumo controlado.

Norvig y Nielson en 1956, realizaron un estudio en un hospital de Dinamarca, con pacientes alcohólicos y durante los seguimientos de 3 a 5 años analizaron los efectos obtenidos en 114 pacientes que fueron atendidos con tratamiento farmacológico encontrando, que la mitad aproximadamente continuaron con consumos ocasionales y *16 pacientes continuaron con el uso de disulfiram de vez en cuando como forma de control*. Norvig y Nielson comentan en su artículo que es posible que *algunas* personas regresen a un consumo moderado siempre y cuando *se sientan capaces de tener control sobre el alcohol*.

Pfeffer y Berger en 1957, realizaron seguimiento a 169 pacientes alcohólicos que recibieron tratamiento que incluía trabajo de grupo y psicoterapia individual. 60 pacientes aceptaron el seguimiento a un año, 48 permanecieron abstinentes y 7 de ellos mantuvieron un consumo de alcohol *más controlado y menos patológico*.

Con un grupo de 98 personas adictas al alcohol que tuvieron un seguimiento durante 6 años, Selser y Holloway en 1957, encontraron que el 22% mantuvo la abstinencia pero un 19% continuaron

consumiendo pequeñas cantidades de alcohol en ciertas ocasiones pero siempre presentaron control sobre la conducta de consumo. El éxito en el mantenimiento del consumo moderado lo atribuyeron a que *aprendieron a evitar factores estresantes y que mantuvieran contacto con profesionales durante el tratamiento y los seguimientos*.

En 1962 Davies, trabajando en el Hospital Maudsey en Inglaterra, después de hacer el seguimiento a pacientes alcohólicos en recuperación, en un periodo que iba de 7 a 11 años, encontró que de 93 pacientes, *7 personas no llegaron a la meta de la abstinencia sino que mantuvieron la moderación en su consumo*. Un paciente reportó consumo moderado, sólo en fechas especiales como Navidad; otro reportó que para controlar su consumo en viajes de negocios utilizaba el disulfiram ya que para él eran situaciones de riesgo y usar este medicamento le ayudaba a mantener el control. Davies reportó que durante los seguimientos, estos 7 pacientes *presentaban mejoría en el área del trabajo, relaciones familiares y sociales*. El autor resalta el hecho que todos los pacientes habían tenido un período completo de abstinencia fluctuando entre pocos meses hasta un año antes de reiniciar su consumo de alcohol en forma moderada, cuando se les preguntó sobre las recaídas, la consideraron a *“como una conducta normal del bebedor y como parte del proceso de cambio”*.

En 1965, Kendell reportó que cuando los pacientes adquieren habilidades para establecer límites en su consumo de alcohol era posible la moderación. Describió el caso de 4 personas que habían sido referidos por sus terapeutas o psiquiatras pero que habían sido considerados inadecuados para recibir el tratamiento farmacológico. Tampoco recibieron tratamiento externo excepto por una entrevista inicial. Kendell mantuvo contacto por medio de entrevistas con estos 4 sujetos y también entrevistó a sus parejas, encontrando que estas personas pudieron mantener la moderación en su consumo durante los seguimientos.

Otro estudio influenciado por el trabajo de Davies fue realizado por Bailey y Stewart en 1967, primero evaluaron los problemas relacionados con el consumo de alcohol, la frecuencia y la cantidad con que lo consumían sus pacientes. Basándose en esta información hicieron una comparación entre la forma en que consumían antes y después, así como las razones para hacer el cambio. Estos autores fueron los primeros en emplear un criterio objetivo para medir y para establecer metas de consumo controlado.

La investigación de Bailey y Stewart, incluyó a 156 pacientes alcohólicos que se encontraban en un hospital. Ellos tenían en común que cuando estaban en la compañía de ciertas personas perdían el control al beber y tenían algunos problemas debido a esta forma de consumo. Sin embargo, bebían alcohol en ciertas ocasiones con la plena confianza de que era posible controlar el consumo y ocasionalmente, incluso, permanecer abstemios; durante el proceso de tratamiento estas personas tuvieron un período de abstinencia largo. Concluyen los investigadores que este período fue esencial para poder iniciar un consumo controlado.

También se tienen experiencias por el trabajo de Rakkolainf y Turunen en 1969, quienes encontraron que aquellas personas que logran mantener un consumo controlado después de un tratamiento, son personas que tienen mayor estabilidad social, que aquellas que deben irse a la abstinencia.

Gerard y Saenger 1966, trabajando con 797 pacientes de diferentes clínicas que se encontraban en abstinencia después de varios tratamientos, encontraron durante los seguimientos, que 41 pacientes seguían consumiendo pequeñas cantidades después del tratamiento. Estos autores identifican ciertas variables en aquellas personas que pueden controlar su consumo, como menor deterioro físico y la capacidad de auto-control.

En 1972 Schukit y Winokur realizaron una investigación con mujeres alcohólicas que habían estado en tratamiento por dos años en un hospital psiquiátrico. 45 mujeres se mantuvieron en la abstinencia durante los seguimientos, 11 regresaron a un consumo social, con cantidades bajas de alcohol.

Otros estudios como el de Fitzgerald, Pasewark y Clark en 1971, donde se hicieron seguimiento a 117 pacientes alcohólicos, reportaron que el 34% mostraba una buena adaptación a una nueva forma de consumo moderado. Este estudio que mantuvo un seguimiento durante 4 años, permitió concluir a los investigadores que la abstinencia no es esencial para la satisfacción y el éxito después del tratamiento.

Todos estos trabajos de investigación referidos anteriormente, preparan el camino para empezar a atender a un grupo de población diferente, a personas consumidoras que si bien ya están teniendo problemas con el alcohol, todavía no presentan indicadores de dependencia y pueden aprender estrategias para controlar su consumo.

Las investigaciones antes citadas mostraban que estas personas con ciertas características, como mayor estabilidad en su vida, con poco deterioro físico, con capacidad de control, con habilidades para enfrentar situaciones de riesgo, podían mantener un consumo moderado.

Para este grupo de personas se empezaron a desarrollar y aplicar programas diferentes, dirigidos a consumidores de alcohol sin indicadores de dependencia, que cubrieran las necesidades de los usuarios pero a su vez fueran atractivos para ellos, como fue el hecho de que ellos mismos podían elegir la meta del tratamiento (abstinencia o moderación).

Pattison (1977), en su libro "Los Conceptos Emergentes de la Dependencia al Alcohol" comenta como producto de sus investigaciones, que existían diferentes tipos de problemas relacionados con el alcohol, y que éstos diferían en intensidad, encontrándose a lo largo de un *continuo de severidad*. Pattison señala que en las primeras investigaciones epidemiológicas sobre el alcohol había un mayor número de bebedores problema, es decir, individuos que tenían problemas con su forma de beber, en comparación con individuos dependientes, y a pesar de esto, los programas de tratamiento eran diseñados exclusivamente para dependientes severos. Señala Pattison la necesidad de empezar a desarrollar servicios para este grupo de consumidores de alcohol.

En 1976, Griffith Edwards y Milton M. Gross publican la descripción de un Síndrome Clínico: "Dependencia del Alcohol", proponiendo al alcoholismo como un síndrome neuroadaptativo con diferentes grados de severidad. Toman el término de *síndrome* para designar la concurrencia de los fenómenos; no todos los elementos necesitan estar siempre presentes ni tampoco presentarse siempre con la misma intensidad. En este trabajo documentan que una proporción de personas que empiezan a tener problemas con el alcohol, no siguen definitivamente hacia la severidad y la muerte.

Comentan Edwards y Gross (Edwards y Gross, 1976), que es muy importante considerar y reconocer los grados de dependencia, ya que esto permitirá adecuar los enfoques terapéuticos a las características particulares de la forma y desarrollo del Síndrome. La "adicción al alcohol" no es un estado fijo que presentan todos los pacientes. Es necesario que los terapeutas desarrollen habilidades clínicas que les permitan identificar el grado de dependencia de cada enfermo y poder proponer el tratamiento adecuado para cada caso.

Para los años setenta, numerosas investigaciones internacionales mostraban opciones de intervención para este grupo de personas que presentaban una historia de consumo con períodos de abuso, consumos limitados y períodos de abstinencia, pero que no presentaban indicadores de dependencia. Cuando se empieza a dar a conocer la opción de un consumo de bajo riesgo como meta para controlar el consumo de alcohol, se tiene la posibilidad de que personas en etapas más tempranas y con problemas menos severos empiecen a ser atendidos, con un enfoque terapéutico adecuado a sus características.

Es así que se empiezan a desarrollar y aplicar con éxito, en los setenta y ochenta, diversas alternativas terapéuticas, pero al igual que con la terapia breve, fueron rechazadas de antemano por los especialistas. Se dieron diversas explicaciones para este rechazo, se utilizó el mismo argumento de la escuela psicoanalítica para descartar las respuestas positivas a la terapia breve. Se decía que debido a que el alcoholismo es una *enfermedad irreversible y letal* que requiere un compromiso de por vida para su recuperación, todo individuo que experimentaba una respuesta positiva ante tratamientos breves, menos intensivos, debía ser descartado por no ser un *verdadero alcohólico* (Heather y Robinson, 1985).

Por otro lado, el tratamiento tradicional del alcoholismo tropieza con los mismos obstáculos que se dieron en el campo de la psicoterapia. El obstáculo más fuerte fue el alto costo del tratamiento para atender personas alcohólicas. Holden, en 1987, señalaba que el costo de los servicios que brindaban tratamiento contra el alcoholismo representaba el 15% del presupuesto de salud en Estados Unidos. En esa época, compañías de seguros, organizaciones que brindaban servicios de salud y organismos gubernamentales empezaron a tomar medidas para bajar dichos costos, muy parecido a lo que se hizo con el tratamiento de salud mental. Estos ajustes económicos sirvieron de impulso para la creación de modelos más eficientes para el tratamiento del alcoholismo (Institute of Medicine, 1990).

Cuando se empieza a hablar de personas que tienen problemas con su consumo de alcohol, como un grupo diferente a los alcohólicos, las personas empiezan a tomar conciencia y buscan opciones de tratamiento. Los investigadores encuentran que estos casos requieren métodos de tratamiento de consulta externa, menos intensivos que los actualmente disponibles, como el trabajo que desarrollan los doctores

Heather, Orford, Edwards en Inglaterra, y los de Annis, Sánchez Craig y Sobell en Canadá.

A fin de satisfacer la demanda de un número cada vez mayor de personas que se reconocían como bebedores con problemas pero no alcohólicos, se empezaron a aplicar opciones de terapia con menos sesiones y dirigidas a atender la conducta de consumo.

NUEVAS PERSPECTIVAS DESDE LA PSICOLOGÍA, PARA LA ATENCIÓN DEL CONSUMO NOCIVO DE ALCOHOL.

En el área de la Psicología no existe una teoría unificada; diferentes procesos psicológicos se aplican en diferentes momentos del problema de consumo. Por ejemplo, el condicionamiento clásico explica y atiende el *craving*, el condicionamiento operante trabaja con respuestas alternativas para reemplazar situaciones de riesgo para el consumo de alcohol, mientras que la teoría cognitiva apoya una explicación de las recaídas. Sin embargo, los procesos psicológicos pueden ser puestos en un continuo que va desde los problemas muy leves, utilizando procesos de condicionamiento clásico, condicionamiento operante, entrenamiento en habilidades sociales, manuales de auto ayuda, hasta procesos cognitivos altamente complejos. El elemento común de estos procesos es *el aprendizaje*, es decir, la conducta, los pensamientos y la experiencia se aprende a través de la interacción de la persona con su medio ambiente. Este aprendizaje se da desde la adquisición de respuestas motoras básicas hasta el uso de conceptos abstractos y complejos (Heather y Robinson, 1985).

Entre las alternativas que empiezan a aparecer para brindar tratamiento a bebedores problema y para utilizar más eficientemente los escasos recursos disponibles por parte del gobierno, encontramos que en Francia, en 1970, el gobierno apoyó un programa de clínicas de consulta externa a nivel oficial, para aplicar un novedoso programa que únicamente daba "Consejería breve a bebedores problema" y que utilizaba un promedio de 15 minutos con la persona, como parte de un proyecto nacional para reducir la cantidad consumida por ocasión. Aunque no se realizó una medición con grupo control, los resultados mostraban el bajo costo, la accesibilidad y aparente efectividad al atender a un amplio número de personas con problemas en su forma de beber (LeGo, 1977).

Para los años ochenta se tenían resultados de bebedores problema que modificaban su manera de beber con un promedio de 4 sesiones aproximadamente (Sánchez-Craig, 1986; Sobell y Sobell, 1983; Zweben y Perlman, 1988). Una característica importante que se encontró es que estas personas cooperaban y estaban dispuestas a trabajar para reducir su consumo. Los profesionales de la salud empezaron a adoptar estos modelos innovadores para atender los problemas derivados del consumo excesivo de alcohol. Otros investigadores como Miller que trabaja en la entrevista motivacional, el trabajo de Marlatt sobre la prevención de recaídas, y la investigación desarrollada por el Institute of Medicine en Estados Unidos, logran que se dé un fuerte impulso a estas nuevas opciones para atender este problema de salud pública.

Kristenson y cols., en 1983, en los países escandinavos, trabajaron con una muestra de 585 personas con problemas en su forma de beber, y al azar seleccionaron a un grupo para recibir pocas sesiones de terapia (terapia breve); y al grupo control únicamente con evaluación inicial y seguimiento. A todos se les hizo una medición inicial de Gama Glutamil Transpeptidasa (GGT) que es un reactivo sensible al consumo severo de alcohol; la intervención tenía como objetivo enseñar a las personas a beber moderadamente. Aunque los grupos no mostraron diferencias significativas en el pre-estudio, el grupo con intervención mostró una gran reducción en los indicadores de GGT, teniendo menos hospitalizaciones después de los 6 años de seguimiento, a diferencia del grupo control.

Para 1985, Heather, reporta éxito en la aplicación de la Consejería Breve. En Inglaterra y en Escocia para el año de 1988, Wallace, Cutler y Haines, evalúan el efecto del Consejo Breve para reducir el consumo excesivo de alcohol, encontrando reducciones significativas al año de seguimiento en el grupo con intervención. Persson y Magnusson en 1989, trabajaron con un grupo con intervención breve y un grupo control. En el seguimiento encontraron un decremento significativo en los resultados del GGT y número de días con problemas de salud. Mientras que el grupo control incrementó el reporte de días con problemas de salud, durante el año de seguimiento.

Anderson y Scott (1992) trabajaron con personas que consumían excesivamente alcohol, se formaron grupos de manera aleatoria para recibir o no recibir una Intervención Breve, encontrando en el seguimiento de 1 año, que los hombres mostraron mayor reducción en

el consumo semanal, respecto al grupo control. Las mujeres de ambos grupos mostraron reducciones significativas en el consumo.

Como consecuencia de estas investigaciones exitosas y otras muchas a nivel mundial, se empieza a obtener información en el campo de las adicciones que indicaba que los pacientes podrían experimentar cambios positivos en forma inmediata y cambios favorables a largo plazo con estas intervenciones mínimas, siempre y cuando las mismas fueran personalizadas y estuvieran centradas en el problema de consumo. Las investigaciones mostraban que los tratamientos con duración de 1 a 4 sesiones, producían un impacto significativo sobre el bebedor excesivo; y tanto la Organización Mundial de la Salud como el Instituto de Medicina en Estados Unidos recomendaron la derivación de recursos del sistema de salud, hacia este tipo de Intervenciones Breves de consulta externa menos costosas.

Para 1993, Bien y colaboradores hacen un meta análisis con 32 estudios y con seis mil bebedores problema aproximadamente. Al comparar la conducta de consumo antes y después de los seguimientos se encontró que la Intervención Breve comparada con el grupo control sin tratamiento, tenía una efectividad de 27% superior a otros tratamientos más complejos, con más sesiones y más costosos. Bien y colaboradores, concluyen que la conducta de consumo de riesgo o perjudicial de alcohol, puede modificarse con intervenciones bien planeadas aunque breves, en personas que no presentan indicadores de dependencia.

Para terminar esta revisión de cómo se encontraba la investigación en relación a este grupo de personas, que sin tener indicadores de dependencia tenían ya problemas con su forma de consumir el alcohol, anotaremos que en 1987 la Organización Mundial de la Salud junto con un grupo de investigadores de diferentes países midieron la efectividad de estas intervenciones en centros de atención de primer nivel en diferentes países. Los pacientes identificados a través de un cuestionario como bebedores problema, fueron asignados en forma aleatoria a tres diferentes grupos: grupo de Consejo Breve, entrega de Folleto de Auto-Ayuda y grupo control. En todos los casos se realizó un seguimiento a los seis meses de terminado el estudio (WHO, 1987).

En el seguimiento con todos los pacientes se medía los cambios en la forma de consumo de alcohol, tomando en cuenta dos variables: cantidad consumida en el último mes y la ingerida en la ocasión que más bebió. Los resultados mostraron un efecto positivo en el consumo

aunque de magnitud moderada, lo cual llevó a concluir la potencialidad de este tipo de intervenciones.

Resulta importante señalar que en este estudio participó México, dándose un primer paso para trabajar las Intervenciones Breves en nuestro país.

Antes de pasar al último apartado de este capítulo, es importante definir qué son las intervenciones breves. La definición Babor y Grant en 1994, señala que es un contacto que va desde una intervención única de 5 a 15 minutos que proporciona consejería simple y estructurada, hasta una serie de sesiones (que van hasta cuatro), también muy estructuradas, dirigidas a bebedores sin dependencia, poco motivados para hacer un cambio en su manera de beber y que buscan la reducción del consumo de alcohol a niveles de bajo riesgo.

LAS INTERVENCIONES BREVES EN MÉXICO

Para entender el contexto en donde se desarrolla este trabajo, es importante señalar qué sucedía en los años noventa en México. Los resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones, mostraba la forma de consumo típica de nuestro país: pocas ocasiones pero grandes cantidades de alcohol por ocasión, es decir un consumo episódico explosivo; se observaba un incremento en el consumo per cápita; había un porcentaje elevado de personas que consumían en exceso pero sin presentar indicadores de dependencia; la progresiva disminución de las edades en la que se manifestaba el problema, particularmente entre los jóvenes. Todo lo anterior indicaba la necesidad de implementar programas para controlar esta forma de consumo típica en el país, el consumo episódico explosivo. Investigadores como Medina Mora, Natera, Frenk, Tapia, Borges y otros, señalaban las consecuencias por esta forma de consumo y los costos que representaban para México. Campillo y cols., en 1990, evaluaban opciones de intervención breve y proporcionaban una posible estrategia para empezar a atender a este grupo de personas con problemas por su forma de consumo pero todavía sin indicadores de dependencia. Natera, trabajaba en un modelo de prevención del consumo de alcohol y drogas con familiares de consumidores, utilizando un modelo de Intervención Breve.

En 1992, se invita a los doctores Mark y Linda Sobell, investigadores de la Addiction Research Foundation de Toronto Canadá, para dar a conocer entre la comunidad científica, en la Ciudad de México, una

intervención breve que ayudaría a personas con consumo problemático de alcohol, a reducir esta forma de ingesta antes de desarrollar dependencia.

En 1993 colaborando con la Addiction Research Foundation, la Universidad Nacional Autónoma de México, a través de la Facultad de Psicología, inicia un proyecto colaborativo para la “Adaptación y Evaluación de la Efectividad de una Intervención Breve en la Ciudad de México”, dirigido por el Dr. Héctor Ayala y los doctores Sobell (Ayala y cols. 1993).

Como parte de este proyecto, se participó con la Dra. Annis y la Dra. Sobell en un proyecto de la Organización Mundial de la Salud y la Addiction Research Foundation. No sólo México participó en este proyecto, sino otros cuatro países formaron parte de un estudio transcultural para valorar instrumentos de evaluación del consumo de alcohol, coordinado por la Dra. Helen M. Annis y la Dra. Linda C. Sobell por Canadá; el Dr. Janusz K. Rybakowski y Dr. Marcin Ziolkowski por Polonia; el Dr. Christer Sandahl por Suecia; el Dr. William Saunders por Australia, el Dr. Héctor Ayala y la Lic. Leticia Echeverría por México.

El propósito de ese trabajo fue comparar y estudiar la variabilidad transcultural en patrones de consumo de alcohol y las circunstancias o situaciones de riesgo, en las que el “consumo excesivo” ocurre, entre usuarios que buscan tratamiento de consulta externa. Se utilizó un método comparativo para explorar las diferencias y similitudes en el patrón de consumo de alcohol en 5 países, Australia, Canadá, México, Polonia y Suecia.

En estudios previos (Babor., 1986; Saunders & Aasland, 1987), se habían observado similitudes en diferentes culturas, por ejemplo, se habían contemplado similitudes en las características del síndrome de dependencia y en otras discapacidades relacionadas con el consumo excesivo de alcohol, como el deterioro neuropsicológico. Por otro lado, Babor también había encontrado diferencias entre culturas en los patrones de consumo y en la sintomatología alcohólica. También había evidencia de estudios de usuarios en tratamiento, donde los indicadores de patrones de consumo fluctuaban de país a país y se correlacionaban pobremente (Saunders & Aasland, 1987).

La Dra. Annis y la Dra. Sobell consideraban que estas diferencias podían tener importantes implicaciones para la adaptación de modelos y otras estrategias de intervención en el contexto cultural específico,

donde se quisiera hacer la adaptación de un tratamiento. Habían identificado dos variables que era necesario tomar en cuenta cuando se adapta una intervención o un tratamiento a otro país:

- 1) El patrón de consumo de alcohol, es decir la cantidad y la frecuencia con que se consume alcohol.
- 2) Las situaciones antecedentes que llevan al inicio en el uso de alcohol.

Se esperaba que estas variables, fueran sensibles a la variabilidad entre culturas en las prácticas de consumo.

El trabajo describe un proyecto apoyado por la Organización Mundial de la Salud y coordinado por la Dra. Annis y la Dra. Sobell, que explora las diferencias culturales en los patrones de consumo de alcohol y las situaciones de riesgo para consumir.

La investigación se centró en la aplicación de instrumentos de evaluación para identificar las diferencias de perfiles entre culturas en estos dos constructos, al mismo tiempo, se obtendría información sobre la confiabilidad y validez en el uso de las medidas de evaluación, en los diferentes países.

Se examinaron las diferencias transculturales observadas y las posibles consecuencias para la aplicación de tratamientos y otras estrategias de intervención en diferentes culturas.

La decisión de México, de participar en el estudio se debió a que estos instrumentos formaban parte del paquete de la evaluación diagnóstica que se aplicaría a cada uno de los usuarios que fueran atendidos en el proyecto de investigación "Proyecto colaborativo para la investigación, capacitación, desarrollo y evaluación de un tratamiento de consulta externa, cognitivo conductual en personas con un consumo nocivo de alcohol" (Ayala y cols., 1993). El uso de estos instrumentos podría tener importantes implicaciones para la adaptación del modelo de intervención breve en el contexto cultural de nuestro país y así poder lograr diagnósticos y evaluaciones precisas sobre el consumo de alcohol.

En el siguiente capítulo se presenta el artículo "Cross-cultural evaluation of two drinking assessment instruments: Alcohol Timeline Followback and Inventory of Drinking Situations^{*}", en donde se describe

^{*} Sobell L.C. Ph.D., Agrawal S. M.S., Annis H.Ph.D., Ayala H.Ph.D., Echeverria L. M.A., Leo G.I. M.A., Rybakowski J.K. M.D., Sandahl Ch. Ph.D., Saunders B. Ph.D., Thomas S.M.Sc., M.Psch., Ziolkowski M. M.D. (2001). Cross-cultural evaluation of

el estudio. Se espera que la identificación de las diferencias transculturales entre la población en búsqueda de tratamiento, según su patrón de consumo, situaciones de riesgo y antecedentes van a tener implicaciones para el desarrollo de tratamientos y otras estrategias de intervención en diferentes países.

CAPÍTULO 2

ARTÍCULO: * “EVALUACIÓN TRANSCULTURAL DE DOS INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN: LÍNEA BASE RETROSPECTIVA DE CONSUMO DE ALCOHOL (LIBARE) E INVENTARIO SITUACIONAL DE CONSUMO DE ALCOHOL (ISCA)

Sobell L.C. Ph.D., Agrawal S. M.S., Annis H.Ph.D., Ayala H.Ph.D., Echeverria L. M.A., Leo G.I. M.A., Rybakowski J.K. M.D., Sandahl Ch. Ph.D., Saunders B. Ph.D., Thomas S.M.Sc., M.Psch., Ziolkowski M. M.D

INTRODUCCIÓN

La investigación comparativa en diferentes países sobre el uso del alcohol, es importante para esclarecer diferencias, así como para identificar las similitudes entre los países. La investigación transcultural en el campo del alcoholismo ha sido mayormente enfocada a identificar:

1) Diferentes patrones de uso de alcohol, y 2) Similitudes en las características del síndrome de dependencia al alcohol (Annis y cols., 1966).

Si bien dicha investigación tiene implicaciones importantes para la adaptación, establecimiento y estrategias de tratamiento en diferentes culturas, muy pocos instrumentos de evaluación han sido evaluados transculturalmente. Las pocas excepciones han involucrado proyectos apoyados por la Organización Mundial de la Salud (Babor y cols., 1944; Room y cols. 1966; Üstün. 1997) Aquéllos involucrados en el Proyecto conjunto de Organización Mundial de la Salud/National Institute Health, consideran que instrumentos válidos y seguros son necesarios para lograr diagnósticos y evaluaciones precisas sobre uso de sustancias (Üstün. 1977).

Aunque la última década ha presenciado un crecimiento en el número de instrumentos disponibles para la evaluación del uso de alcohol y antecedentes relacionados (Allen y Columbus, 1995; Sobell y cols., 1994), la mayoría de ellos se encuentran disponibles sólo en inglés. Los autores insisten en que los clínicos deberían usar únicamente instrumentos de evaluación que sean culturalmente válidos (Asociación Psicológica Americana, 1993). Dos instrumentos de evaluación desarrollados por investigadores de la Addiction Research Foundation, de Canadá fueron: **La Línea Base Retrospectiva de Alcohol,**

* El artículo original en inglés se encuentran en el anexo 2.

LIBARE, (Sobell y Sobell, 1992; Sobell y Sobell, 1995; Sobell y Sobell, 1996) y el **Inventario Situacional de Consumo de Alcohol, ISCA**, (Annis y Davies, 1988a; Annis y Davies, 1988b; Annis y cols., 1987) han sido sometidos a investigación extensa, son psicométricamente acertados y se aplican ampliamente en países de habla inglesa (Columbus, 1995; Sobell y Sobell, 1995).

La presente investigación es parte de un proyecto colaborativo de la Organización Mundial de la Salud, llevado a cabo en Australia, Canadá, México, Polonia y Suecia para explorar la variabilidad transcultural en los patrones de consumo y circunstancias bajo las cuales el consumo de alcohol ocurre en consumidores que abusan del alcohol y que buscan un tratamiento de consulta externa (Annis y cols., 1996). La Addiction Research Foundation en Toronto, Canadá sirvió como centro coordinador para este estudio.

Esta investigación examinó las características psicométricas de la LIBARE y del ISCA para “consumidores de alcohol que buscan tratamiento de consulta externa” de cinco países y en tres idiomas.

METODOLOGÍA

Sujetos: El objetivo de este estudio fue obtener una muestra de 108 usuarios de tratamiento de consulta externa en cada uno de los cinco países (Australia, Canadá, México, Polonia y Suecia), 540 usuarios en total. A excepción del país coordinador (Canadá), la selección de los países participantes fue resultado de la invitación a participar de varios investigadores. Para la inclusión final como país participante en este proyecto de la OMS, los investigadores acordaron lo siguiente:

- a) Tener a sus pacientes reclutados para la participación en un estudio investigación;
- b) Ser capaces de proporcionar suficientes pacientes en tratamientos de consulta externa femeninos y masculinos para el muestreo proyectado;
- c) Los pacientes elegibles **no** debían usar medicamentos anti-alcohol o ser coaccionados al tratamiento, dado que esto podría afectar su auto-registro en términos de los días de consumo que se reportan;
- d) Tener un coordinador del proyecto de investigación que dedicara tiempo para entrevistar a los pacientes, coleccionar y transferir la información a Canadá (país coordinador). La información fue

obtenida por investigadores con garantía de confidencialidad para así, asegurar mejores y válidos auto-reportes (Sobell y cols., 1994);

e) Estar dispuestos a hacer que los pacientes se presenten en dos ocasiones; y

f) Asistir a dos reuniones de estudio, al inicio y al final del proyecto.

Inicialmente se esperaba tener investigadores de tantos países como fuera posible, e incluir pacientes de lengua francesa y alemana. Desafortunadamente, los investigadores que fueron contactados no pudieron reunir algunos de los criterios de inclusión para la participación en el estudio o no aceptaron participar en la investigación.

A excepción del viaje para las dos reuniones de estudio y del suministro de las pruebas de alcohol-saliva (AlcoRange), no se remuneró a ningún país por el reclutamiento de pacientes, entrevistas, o procesamiento de datos.

Se propuso que dentro de cada país el reclutamiento fuera estratificado por edad, género y dependencia al alcohol. La Breve Escala de Dependencia al Alcohol (Davidson y Raistrick.,1986), fue utilizada para establecer la dependencia de niveles bajos a moderados (puntuación BEDA de 1 – 19) contra altos niveles de dependencia (puntuaciones BEDA de ≥ 20). Dado el desproporcionado número de varones en la mayoría de los programas de tratamiento para el alcoholismo, el diseño del estudio requirió el reclutamiento del doble de hombres que de mujeres en cada país.

- ✚ Edad: 50% de 18 a 39 años.
50% formado por personas mayores de 40 años.
- ✚ Sexo: Hombres y mujeres. Se pidió a los investigadores de los diferentes países que incluyeran dos veces más hombres que mujeres.
- ✚ Grado de dependencia: Obtenido por la Breve escala de Dependencia al Alcohol(BEDA).
Puntajes de 1 a 19 formaban un grupo con consumo nocivo de alcohol.
Puntajes de 20 ó +, segundo grupo con niveles de dependencia.

Las características de la muestra en cada uno de los países, se resume en los siguientes cuadros:

	HOMBRES		MUJERES	
	BEDA		BEDA	
	1-19	20 +	1-19	20 +
EDAD: 18-39	N=18	N=18	N=9	N=9
+ 40	N=18	N=18	N=9	N=9

Los usuarios aceptados en el estudio tuvieron que cumplir con los siguientes criterios:

- Tener 18 años de edad o más;
- Ser el alcohol la principal sustancia por la que los usuarios buscaban tratamiento de consulta externa;
- Tener como lengua materna inglés (Australia y Canadá), español (México), polaco (Polonia), sueco (Suecia);
- No estar tomando un medicamento como Antabuse o Temposil;
- No requerir internamiento, ni desintoxicación;
- Sin evidencia de discapacidad cognitiva o psicosis activa como se determina en la subescala de Símbolos y Dígitos del WAIS (Carlen y cols., 1978);
- Aceptar registrar diariamente su consumo de alcohol en un auto-registro, por un intervalo de más de dos semanas;
- Proporcionar lectura de pruebas de saliva diaria por 2 semanas;
- Firmar un consentimiento informado en cada país de su Comité de Ética que aprobó la investigación);
- Aceptar participar en dos entrevistas de evaluación, sin haber consumido alcohol antes de la entrevista, siendo determinado por una prueba de alcohol en saliva.

Los criterios de aceptación para el estudio fueron:

- ✓ Firmar un consentimiento informado.
- ✓ Aceptar participar en 2 entrevistas de evaluación, sin consumir alcohol durante la entrevista.

El estudio utilizó un diseño test-retest con un intervalo de 2 semanas entre las dos mediciones. (Ver TABLA 1).

TABLA 1. Diseño del estudio.



Para iniciar el estudio, se pidió a cada uno de los países participantes traducir los instrumentos al español y traducidos nuevamente al inglés, para lograr equivalencia semántica. Este procedimiento fue llevado a cabo con la Línea base Retrospectiva de Alcohol, El Inventario de Situaciones de Riesgo de Alcohol y la Breve Escala de Dependencia al Alcohol. Todos los países que participaron en el estudio realizaron la traducción y retro-traducción de todos los instrumentos que se incluyeron en el estudio.

1. Cada usuario que llegaba al Centro de tratamiento, se le explicaba el objetivo del estudio y si aceptaba participar, firmaba un consentimiento informado.
2. Ese mismo día, durante la primera evaluación se recolectaba la siguiente información:
 - a. Prueba de Alcohol en Saliva “Tiras de AlcoRange”, para establecer la ausencia de alcohol en el momento de la aplicación.
 - b. Aplicación de la Breve Escala de Dependencia al Alcohol (BEDA).
 - c. Entrevista inicial que incluía información demográfica, historia de vida, tratamientos previos, presencia de síndrome de abstinencia, consecuencias por su forma de consumo. Con esta información se evaluaba si el usuario quedaba incluido en el estudio.
 - d. Aplicación de la Línea Base Retrospectiva de Alcohol (LIBARE). Retrospectiva a 90 días.
 - e. Aplicación del Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCA).
3. Después de esta primera evaluación, se le pedía al usuario que se fuera a casa durante 2 semanas, se le entregaba 14 “Tiras de AlcoRange” y un formato para el auto-registro de su consumo, se le

pedía que llevara durante las 2 semanas un registro diario de su consumo y una medida diaria de la presencia de alcohol en saliva con las Tiras. En su auto-registro debía anotar también las situaciones de riesgo que disparaban su deseo de consumo o su consumo de alcohol. Por último se le daba una cita para que acudiera en 2 semanas al Centro de Tratamiento.

4. Después de 2 semanas, durante la segunda evaluación, se recogían los auto-registros, los resultados de las Tiras de AlcoRange y se le aplicaba una vez más la Línea Base Retrospectiva de Alcohol y el Inventario de Situaciones de consumo de alcohol.

NOTA: Aunque se obtuvo información de 119 pacientes en Polonia, la información de este país no se incluyó en este reporte por varias razones: 1) no se administró el Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol, ISCA; 2) el 84% de los pacientes dejaron de beber entre la primera y la segunda evaluación; 3) para el 16% que si reportó algún consumo, sus registros de auto-monitoreo, se realizaron en la segunda entrevista, justo antes de que terminaran el llenado de la LIBARE de 14 días. 4) por lo tanto, la lectura de las Tiras AlcoRange no se encontraba disponible para validar los reportes personales sobre el consumo diario.

Quitando a Polonia, para los cuatro países que quedaron, un total de 308 usuarios fueron reclutados exitosamente:

(1) Australia, $n = 46$; (2) México, $n = 91$; (3) Suecia, $n = 49$; y (4) Canadá, $n = 122$. A pesar de que dos de los países alcanzaron o llegaron cerca de la muestra proyectada de 108 pacientes, dos países reclutaron menos del 50% de su muestra proyectada. Debido a recursos limitados del estudio, los sitios fueron sólo capaces de recolectar información de pacientes quienes aceptaron estar en este estudio.

A continuación se presentan las características de los tratamientos a los que acudieron los pacientes de los cuatro países que si participaron hasta el final.

TABLA 2. Características del Programa de Tratamiento en cada uno de los Cuatro Países.

Variable	CANADÁ^a	AUSTRALIA	MÉXICO^b	SUECIA
Tipo de programa	Ambulatorio	Ambulatorio	Ambulatorio	Ambulatorio
Marco teórico del programa^c	Cognitivo conductual	Cognitivo conductual	Cognitivo conductual; Auto ayuda; Intervención a la Familia	Cognitivo conductual
Tipo de paciente	Dependencia de moderada a severa	Dependencia de moderada a severa	Dependencia de moderada a severa	Dependencia moderada
Personal	Experiencia profesional variada	Equipo multidisciplinario	Médico Psiquiatra, Psicólogo, Médico o paraprofesionales	Equipo multidisciplinario
Metas del programa	Reducción de uso, abstinencia	Minimizar daño, abstinencia	Abstinencia Reducción de consumo.	Abstinencia con medicamento anti-alcohol
Servicios de tratamiento	Individual, Grupal, Intervención Motivacional	Individual, Grupal, Desintoxicación	Individual, Grupal, Terapia familiar	Individual, Medicamentos anti-alcohol
Duración promedio del tratamiento	4 – 8 sesiones	Variable	4 sesiones mínimo a 1 año	Variable
Bajas	20%	Desconocidas	36%	15%

^a= Pacientes reclutados de dos programas diferentes.

^b= Pacientes reclutados de cuatro programas diferentes.

La Tabla 2, enlista las características de los diferentes programas de tratamiento, para los cuatro países que proporcionaron la información completa para este estudio. Aunque todos los programas de tratamiento fueron de consulta externa, por los criterios de selección del estudio, para otras variables del programa existió un rango considerable de diversidad en las características de los tratamientos, mismos que se encuentran en la filosofía del programa, los tipos de servicios y objetivos de programa que fueron ofrecidos.

DISEÑO DEL ESTUDIO Y PROCEDIMIENTO

En la Tabla 1, se observa el diagrama detallado del diseño mostrando los periodos de tiempo sobre los cuales se compiló la información y cuándo el Auto-registro diario fue anotado. El estudio involucró hacer asistir a los usuarios en dos ocasiones, antes de iniciar el tratamiento y luego presentarse otra vez, dos semanas después. Al igual que en otros estudios transculturales (por ejemplo Babor y cols., 1994; Room y cols., 1996) para lograr buenas traducciones de los cuestionarios elaborados en idioma inglés originalmente (i.e. equivalencia semántica), se llevó a cabo un proceso de traducción y retro traducción al español, sueco y polaco. Aún con este procedimiento, pueden existir diferencias entre países, dada la dificultad para lograr capturar el mismo significado para ciertas palabras. Por ejemplo, en México y Suecia la palabra traducida para impulso (“urge” en inglés) es más una palabra como ansia o necesidad (“craving”), misma que los investigadores sintieron tenía una connotación más fuerte que la palabra impulso (“urge”).

En la primera sesión (1) se administraba a los pacientes una prueba de aliento (AlcoRange) para determinar si estaban libres de alcohol, (2) se obtenía la información demográfica e historia de consumo, (3) se completaba el calendario de 90 días de LIBARE (Sobell y Sobell, 1992; y (4) se administraba el ISCA de 100 ítems (Annis y cols., 1987). En la primera sesión se proporcionaba a los usuarios una provisión de tiras de AlcoRange (Kapur., Israel., 1984; Tu y cols., 1992) así como un Auto-registro para que ellos mismos pudieran registrar aspectos varios de su forma de beber alcohol. A cada usuario se le daba una cita subsecuente aproximadamente dos semanas después. El intervalo de la desviación estándar promedio de test-retest (DS) a través de los cuatro países fue 14.3 (2.0) días y el promedio (DS) para los cuatro países varió desde 14.0 (0.0) para Suecia y hasta 14.9 (4.4) días para Australia. El intervalo mínimo de test-retest para los pacientes fue 13 días. En la segunda sesión, se volvía a administrar un AlcoRange, la LIBARE de 14 días cubriendo los mismos 14 días en los cuales los auto-registros fueron completados y el ISCA de 100 reactivos se volvía a administrar.

INSTRUMENTOS

Short Alcohol Dependence Data, SADD (Davidson y Raistrick, 1989), fue desarrollada para medir el nivel de dependencia al alcohol, en población adulta (mayor de 18 años). Su mayor fortaleza se encuentra en que refleja todas las dimensiones del *Síndrome de dependencia al alcohol*.

Se derivó de un instrumento más amplio (Cuestionario de datos sobre dependencia al alcohol), desarrollado en 1980 por los mismos autores. La escala original fue desarrollada mediante un proceso de ensayo y error, para identificar el mejor conjunto de reactivos sensibles para medir el concepto de dependencia delineado por Edwards y Gross, en 1976. Los 34 reactivos originales fueron reducidos a una versión breve de 15 reactivos.

Este instrumento se tradujo al español con el nombre de Breve Escala de Dependencia al Alcohol (BEDA) y fue adaptado a población mexicana por Sánchez., (2005), encontrando que era un instrumento con propiedad psicométricas adecuadas para emplearse como tamizaje para consumidores de alcohol.

Se han señalado las siguientes características:

- ✓ Es idóneo para personas con consumo excesivo de alcohol que buscan tratamiento.
- ✓ La medida proporciona un amplio espectro dentro del continuo de consumo de alcohol.
- ✓ Es sensible a todo el rango de bebedores, dentro de este continuo de consumo.
- ✓ Sensible a cambios que se den con el tiempo.
- ✓ Relativamente libre de influencia sociocultural.

La Escala ha sido utilizada principalmente con personas que buscan tratamiento. Las muestras incluyen tanto hombres como mujeres.

Timeline Followback, TLFB, es una técnica de auto-reporte, que ha sido ampliamente evaluada para proporcionar estimados del consumo diario de una persona, por un período que puede ir hasta los 12 meses anteriores. Este instrumento fue desarrollado para ayudar a los consumidores de alcohol, que inician un tratamiento, a recordar su patrón de consumo de bebidas alcohólicas. Mediante este método es

posible obtener registros precisos del consumo de alcohol, antes, durante y después del tratamiento.

Diversos estudios psicométricos en otros países han mostrado que el Timeline Followback es un instrumento de medición adecuado, Es importante mencionar que varios estudios han encontrado, que este método de evaluación del consumo, es más detallado que la medida de *Cantidad/Frecuencia*, permite obtener mayores volúmenes de alcohol tanto en consumidores de bajo riesgo como de alto riesgo. (Room, 1990). Es importante mencionar que este tipo de reporte en forma retroactiva, es vulnerable a errores de memoria de los pacientes

La Línea Base Retrospectiva del Consumo de Alcohol, LIBARE como se nombró en español, es una técnica que mide la conducta de consumo de alcohol antes, durante y después de un tratamiento. Esta técnica requiere que las personas estimen su consumo diario, en forma retroactiva, durante un período específico, en este estudio 90 días. Se les proporciona a las personas un calendario que abarca el período que debe ser reconstruido y se les pide que reporten el número de unidades de bebida estándar que hayan consumido día a día. La LIBARE ha sido probada en períodos de hasta 12 meses.

Esta técnica es apropiada para todo tipo de bebedores, desde consumidores de bajo riesgo, hasta los que tienen una dependencia.

Además utiliza apoyos para ayudar al usuario a recordar, por ejemplo el uso de un calendario, identificación de días especiales como aniversarios, cumpleaños, vacaciones, celebraciones, etc.

Para completar este cuestionario se debe utilizar la “Unidad de Bebida Estándar”.

El TLFB ha sido aplicado en una serie de estudios realizados en Canadá, con una variedad de bebedores, (Sobell y Sobell, 1992), demostrando su confiabilidad.

La evidencia de la validez de este método se obtuvo mediante su aplicación clínica en diversos estudios:

1. Después de responder el TLFB, se verifican las respuestas (por ejemplo, si ha habido hospitalizaciones, arrestos, otro tratamiento, etc.). Estudios donde se han comparado estos reportes con registros oficiales indican un alto grado de correspondencia tanto en datos de duración como de incidencia. (Maisto y cols., 1979).
2. Medidas de incapacidad física relacionadas con el consumo de alcohol. Estudios bioquímicos sugieren que un funcionamiento anormal

del hígado se correlaciona con el reporte del TLFB (Sobell y Sobell). En reportes de informantes que confirman lo dicho por el usuario, se encontraron correlaciones positivas entre las respuestas del paciente y las de otros informantes (Sobell y Sobell).

La LIBARE es el procedimiento que más se utiliza para evaluar los auto-reportes retrospectivos del consumo diario, puede ser usado por clínicos e investigadores para recolectar información hasta doce meses antes de la entrevista. Puede ser auto administrada o llevada a cabo por escrito a mano o en computadora. Se ha establecido la confiabilidad y validez concurrente de test-retest con varios grupos de bebedores (Sobell y Sobell, 1992; Sobell y Sobell, 1995; Sobell y Sobell, 1996).

Inventory of Drinking Situations, IDS 100. Se trata de un cuestionario de 100 reactivos. Se desarrolló como un instrumento para medir situaciones u ocasiones específicas de alto riesgo para el consumo de alcohol, que pueden ser identificadas en un individuo como situaciones de alto riesgo para una recaída. (Annis, 1982). Se basa en un microanálisis de las situaciones que con frecuencia propician el consumo excesivo de alcohol en el último año. El IDS puede ser utilizado como una herramienta para planear un tratamiento, ya que proporciona un perfil de las áreas de mayor riesgo en un individuo (Annis y cols., 1987). Como un instrumento de investigación, el IDS es una herramienta para el estudio de los resultados de un tratamiento y el proceso de recaída.

Este instrumento se tradujo al español con el nombre de Inventario de Situaciones de Riesgo para el Consumo de Alcohol, (ISCA).

El sistema de clasificación del ISCA, se basa en el trabajo de Alan Marlatt y cols., (1980). Este investigador hizo un estudio con hombres alcohólicos crónicos, después de haber sido dados de alta de un programa de internamiento orientado a la abstinencia. Ellos fueron entrevistados en relación a las circunstancias que rodearon su primera recaída. El análisis del contenido de sus respuestas llevaron a derivar el sistema de clasificación en ocho categorías. Los 100 reactivos están diseñados para medir estas ocho categorías, divididas en dos grandes grupos:

- a. Situaciones personales, en las cuales el beber involucra una respuesta a un evento de naturaleza psicológica o física; se subdivide a su vez en 5 categorías:

Emociones desagradables,
Malestar físico,
Emociones agradables,
Probando auto control,
Necesidad o tentación por consumir (craving).

b. Situaciones que involucran a terceras personas, en donde la influencia significativa de otros individuos está presente. Incluye tres categorías que son:

Conflicto con otros,
Presión social,
Momentos agradables con otros.

Para el desarrollo de este inventario y para el contenido de los reactivos, Annis tuvo pláticas con especialistas y personas en tratamiento. Se les pedía sus comentarios y sugerencias sobre la claridad de los reactivos, también se les preguntaba si cubrían todas las situaciones de recaída.

El ISCA evalúa ocho categorías donde el uso de alcohol se convierte en una situación de riesgo, pidiendo al usuario que reporte la frecuencia con que consumió alcohol el año anterior, en respuesta a “disparadores” situacionales.

Para llenar el instrumento se le pide al usuario que lea cuidadosamente cada frase y marque la respuesta que, en forma precisa, describa con qué frecuencia consumió en exceso ante diversas situaciones el año anterior. Un dato importante del ISCA es que la definición de *consumo excesivo* es subjetiva y se basa en la percepción de la persona que contesta el cuestionario sobre lo que para ella significa *exceso*.

En este trabajo la propuesta fue que al comparar los tipos de perfil del ISCA, a través de las diferentes culturas se obtendría información sobre las situaciones que anteceden el consumo excesivo de alcohol y de esta forma tener perfiles de consumo de alcohol en diferentes países.

El Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCA-100) es un cuestionario de 100 reactivos de auto-reporte, proporciona un perfil de las diferentes situaciones en las cuales las personas reportan que bebieron “en exceso” durante el año anterior (Annis y cols., 1987). La

forma de beber de la persona se evalúa con respecto a diferentes tipos de situaciones en que se consume.

El ISCA ha sido evaluado psicométricamente y sus ocho subescalas muestran buena fiabilidad así como validez externa y de contenido (Annis y Davies, 1988a; Annis y Davies, 1988b; Annis y Graham, 1995; Annis y cols., 1987).

El Auto-registro. El auto-registro es un método de monitoreo, en donde al usuario se le dan instrucciones para registrar diariamente su consumo en el momento que ocurre.

El auto-reporte también proporciona una forma de chequeo muy útil ya que se tiene pocos problemas de recuerdo cuando se hace en forma casi inmediata el reporte de la conducta de consumo.

En este estudio se utilizaron tres tipos de auto-reporte:

- a. El auto-registro de consumo de alcohol: Permitted comparar con los datos obtenidos durante el período de 2 semanas en la LIBARE.
- b. El auto-registro de las situaciones antecedentes al uso excesivo de alcohol y de la necesidad o urgencia por beber.
- c. Disparadores del consumo: para comparar las respuestas a las 8 subescalas del ISCA.

Tiras AlcoRange: El AlcoRange® también conocido como Alcohol Dipstick, es una tira plástica desechable diseñada para hacer una prueba rápida de la presencia de alcohol en fluidos del cuerpo (saliva), permite hacer una comparación con el auto-registro diario. Debido a que el “AlcoRange” en saliva no es invasivo se decidió utilizar, en este estudio este procedimiento, donde el cambio de color daría un valor positivo o negativo al consumo reciente de alcohol.

El resultado de la prueba estima la concentración de alcohol en la sangre por cambio de color del reactivo. Ha sido reportado que el método tiene una alta sensibilidad y especificidad para detectar la presencia de etanol comparado con otras medidas de alcohol (Kapur e Israel., 1983). La utilidad clínica del AlcoRange para monitorear el consumo de alcohol durante el tratamiento externo del paciente, ha sido previamente reportado (Peachey y Kapur, 1986).

Para cada uno de los catorce días cuando se consumió, se les pidió a los pacientes que anotaran en su auto-registro las lecturas en la tira AlcoRange yendo del 1 al 6 (codificados de acuerdo al color; por ejemplo 1 = 0mg/dl a 3 = .05mg/dl a 6 = .40mg/dl); no se les dijo lo que

significaban los números (por ejemplo si un paciente escribía 1, entonces la lectura se registraba por los investigadores como no alcohol). La hora para la prueba y registro diario fue determinada individualmente por los pacientes y correspondía con sus horas pico de consumo diario reportado previamente (por ejemplo, la noche después de beber).

Los procedimientos de auto-registro proporcionaron una útil revisión de la validez de los estimados retrospectivos del consumo diario, dado que están sujetos a menos problemas de memoria que cuando los comportamientos clave se registran en intervalos más largos después de ocurrido el evento (Samo y cols., 1989; Sobell y cols., 1989). Los auto-registros usados en este estudio solicitan a los pacientes registrar la siguiente información por cada día, en el intervalo de 14 días: (a) mes y día; (b) resultado de prueba de saliva; (c) número total de bebidas por día; y (d) si se presentó impulso o tentación cuando no se bebió.

Se evaluaron dos aspectos de los datos del auto-registro de los usuarios: (1) Los datos del monitoreo personal se compararon con la información obtenida dentro del mismo periodo de 14 días por la LIBARE; y (2) Los resultados diarios de consumo y pruebas de saliva fueron comparados con los mismos días en la LIBARE.

RESULTADOS

En el presente estudio se estratificó a los pacientes por género y resultados del BEDA. En la mayor parte de los casos, se logró la estratificación por género a excepción de México en donde muy pocas mujeres llegaron a los Centros de Tratamiento. Para los resultados de la BEDA la estratificación fue bastante exitosa.

TABLA 3. Datos Demográficos Selectos y Variables de la Historia de consumo de Alcohol para los Pacientes en Cuatro Países.

VARIABLE	AUSTRALIA (n = 46)	MÉXICO (n = 91)	SUECIA (n = 49)	CANADA (n = 122)
Promedio edad (DS)	39.5 (12.7)	37.6 (11.7)	43.7 (10.5)	39.6 (9.4)
Promedio puntaje BEDA (DS)	21.4 (9.3) ^a	19.0 (7.3)	11.7 (7.5)	18.1 (8.6)
Promedio años educación (DS)	11.3 (1.8)	11.9 (4.2)	12.3 (3.1)	13.6 (2.8)
% Sexo masculino	65.2	82.4	87.8	68.0
% Casado	35.6 ^a	56.0	42.9	31.1
% Con actividad laboral	34.8	66.7 ^b	67.3	56.6
% Empleados ejecutivos (Cuello blanco)	25.6 ^c	34.9 ^d	45.8	50.0
% Propietarios de casa	40.0 ^a	41.1 ^b	26.5	32.0
Promedio años con problema de alcohol (DS)	10.3 (8.9)	9.0 (9.0)	8.2 (6.6) ^e	12.5 (9.2)
Promedio de hospitalizaciones por problemas de alcohol (DS)	1.9 (3.3)	0.3 (0.7)	1.4 (3.0)	1.1 (3.0)
Promedio de arrestos por consumo (DS)	1.0 (1.2) ^f	1.3 (2.7)	2.1 (4.5)	1.4 (3.7)
% Sin tratamiento previo	33.3 ^g	59.3	67.3	56.6
% Con alivio al beber	47.8	67.0	42.9	49.6 ^h
% Delirium tremens	17.4	12.1	2.0	23.0
% Convulsiones	21.7	9.9	6.1	7.4 ^h
% Alucinaciones en periodo de 90 días ⁱ	19.6	16.5	10.2	9.0
Promedio días de abstinencia (DS)	38.9 (28.0)	55.4 (24.6)	66.1 (26.8)	44.5 (28.8)
Promedio 1- 4 bebidas al día (DS)	5.5 (13.8)	10.6 (18.8)	11.1 (16.7)	14.7 (20.2)
Promedio ≥ 5 bebidas al día (DS)	45.6 (30.4)	23.6 (19.4)	12.8 (17.3)	30.8 (26.2)
Promedio bebidas/día de Consumo (DS)	13.8 (7.8) ^a	8.1 (3.6) ^b	7.1 (4.9) ^g	8.6 (5.4) ^j

^a n = 45. ^b n = 90. ^c n = 39. ^d n = 83. ^e n = 48. ^f n = 43. ^g n = 41. ^h n = 121.

ⁱ 1 unidad de bebida estándar = 13.5 g de etanol. ^j n = 119.

La Tabla 3, muestra las variables demográficas y de historia de consumo de los pacientes de los cuatro países. La prueba X^2 fue complementada con variables no paramétricamente escaladas y análisis de varianza (ANOVA) se utilizó para las variables paramétricamente escaladas. Las diferencias significativas para las variables paramétricas fueron probadas usando las pruebas de varianza de Scheffe. Como se esperaba, hubo diferencias significativas ($p < .05$) para las variables. Sin embargo, estas diferencias se esperaban. Por ejemplo, dado que muy pocas personas en Suecia son propietarios de sus casas, el bajo porcentaje para Suecia de esta variable no fue inusual. Los pacientes de México tuvieron un porcentaje bajo de hospitalización porque hay pocos programas de tratamiento con internamiento para pacientes con alcoholismo en ese país. Dado que la muestra sueca tuvo un alto porcentaje de conductores alcohólicos en el muestreo, significó que hubiera un mayor número de arrestos por conducir vehículos bajo el efecto del alcohol comparado con otros países. Probablemente, dado que dichos individuos no son severamente dependientes al alcohol, la situación de la muestra sueca parece ser menos severa en términos de dependencia al alcohol que en los otros países. A la inversa, el porcentaje más alto de conductores alcoholizados que fueron forzados a un tratamiento, puede también reflejar un porcentaje más bajo de personas comprometidas a la abstinencia. Asimismo, algunos de los criterios de exclusión pueden haber afectado la representatividad de varias muestras (por ejemplo, pacientes tomando Antabuse fueron excluidos, es importante señalar que en el momento de la recolección de datos en Suecia era un tratamiento estándar para casi todos los pacientes después de la desintoxicación). En la muestra mexicana, el nivel educativo puede ser más alto que lo usual dado que una parte de la muestra se recolectó en una clínica universitaria.

Es interesante que mientras que todos los pacientes terminaron sus auto-registros, cerca de dos quintas partes (40.2%, 123/306) reportaron en sus Auto-registros que fueron abstemios durante el intervalo completo de 2 semanas.

En la siguiente Tabla se puede observar el número y porcentaje de pacientes que reportaron no haber bebido nada durante el periodo de monitoreo de 14 días en los diferentes países:

TABLA 4. Número y porcentaje de pacientes de cada país que reportó no haber bebido durante el periodo de monitoreo de 14 días.

VARIABLE	AUSTRALIA (n = 46)	MÉXICO (n = 91)	SUECIA (n = 49)	CANADA (n = 122)
No bebieron en el período de 2 semanas	54.3% (25/46)	61.1% (55/91)	59.2% (29/49)	61.2% 74/121

Dado que hubo un gran porcentaje de pacientes que reportaron no haber bebido en sus auto-registros, estos pacientes fueron excluidos del análisis correlacional subsecuente, dado que un gran número de pares de cero hubiese inflado artificialmente la correlación. Aunque en el estudio se hicieron esfuerzos para proteger a los pacientes que potencialmente podían tener días de beber (por ejemplo, pacientes con medicamentos anti-alcohol y forzados al tratamiento, éstos fueron excluidos dado que dichas circunstancias demandan abstinencia de alcohol), no fue sorprendente que muchos pacientes reportaran ningún consumo de alcohol durante el periodo del auto-registro, dado que la mayoría de los programas de tratamiento tienen el objetivo de abstinencia.

COMPARACIÓN DE MÉTODOS DE AUTO-REPORTE Y LECTURAS DE AlcoRange.

Las lecturas de las pruebas de AlcoRange de los pacientes fueron comparados con sus reportes de auto-registro. De 183 pacientes que reportaron haber bebido durante el periodo de dos semanas y quienes completaron sus auto-reportes, 146 tuvieron al menos 1 día que fue cuando se tomó una lectura de saliva. Las correlaciones fueron computarizadas para el número de días que los pacientes reportaron que se abstuvieron y el número de días que la prueba de saliva reportó lectura de no-alcohol (por ejemplo, numero 2 lectura = cero para nivel de alcohol en la sangre). Las correlaciones no pudieron ser computarizadas para Suecia porque hubo muy pocos puntos de información. Las correlaciones para los otros países fueron: (1) Australia ($n = 18$), $r = .78$, $p < .001$; (2) México ($n = 43$), $r = .74$, $p < .001$; y (3) Canadá ($n = 72$), $r = .82$, $p < .001$. Finalmente, para todos los días en que la prueba fue usada, 82.5% (1,443/1,750) los auto-reportes de los pacientes fueron consistentes (por ejemplo, prueba y reporte de auto-registro = no-alcohol; prueba y auto-registro = alcohol). Esta cifra aumentó a 86.6% cuando los pacientes reportaron

que habían bebido y la prueba mostró no-alcohol (por ejemplo, falsos negativos).

COMPARACIÓN DE MÉTODOS DE AUTO-REPORTE Y LIBARE

De la misma manera que en dos estudios previos, comparando la información LIBARE y Auto-registro (Samo y cols., 1989; Sobell y cols., 1989), se llevaron a cabo dos tipos de evaluación. La primera se muestra en la Tabla 6, presenta Coeficiente de Correlación Intraclase (Intraclass Correlation Coefficients, ICCs por sus siglas en inglés) entre los reportes de Auto-registro y los 14 días correspondientes en su LIBARE, para variables de consumo a través de los cuatro países. Los ICCs se definen como la proporción de varianza total de una observación que es asociada con la clase a la que pertenece (Winer, 1971). El uso de ICCs se prefiere en las correlaciones Pearson porque no se encuentran sesgadas y son más sensibles a cambios en cuanto a la fiabilidad test-retest (Maisto y cols., 1990). A excepción de una variable, porcentaje de días de abstinencia, la siguiente Tabla 5, incluye sólo a pacientes que reportaron al menos un día de consumo sea en su Auto-reporte o en su calendario LIBARE.

TABLA 5. Coeficiente de Correlación Intraclase (ICCs) entre los Reportes de los pacientes y la correspondiente Línea Base Retrospectiva de 14 días para aquéllos que reportaron por lo menos un día de consumo en el período del reporte (N = 183)^{a b}

Variable	Australia (n = 25)	México (n = 55)	Suecia (n =29)	Canadá (n =74)
Número total de bebidas ^c	.99	.92	.75	.97
Bebidas/día	.99	.96	.60	.93
Número de días de 1–4 bebidas	.88	.99	.80	.93
Número de días ≥ 5 bebidas	.95	.91	.83	.97
Número de días de abstinencia	.99	.96	.96	.98

^a Todos los valores $p < .001$, a excepción de ICC = .60, $p < .01$.

^b A 7 pacientes les faltaba información en sus reportes y fueron excluidos del análisis de sus respectivos países.

^c 1 unidad de bebida estándar = 13.5 g de etanol.

Como se muestra en la Tabla 5, con una excepción, los ICCs generalmente fueron altos yendo de .60 a .99 con 90% y teniendo un ICC $\geq .80$. Aunque respetable, las correlaciones para la muestra sueca pueden ser ligeramente bajas porque la información pasó por varias fórmulas de conversión de consumo. Por ejemplo, los entrevistadores obtuvieron información de los pacientes en la LIBARE usando gramos y luego esto fue convertido a unidades de bebidas estándar por un redondeo para obtener un número parejo de bebidas estándar (por ejemplo, 20g se dividía entre 13.6g de alcohol = 1 bebida; 40g = 3 bebidas; 60g = 4 bebidas). Más aún, algunos pacientes indicaron en sus reportes de auto-registro el uso de ambos, bebidas estándar y centilitros y no indicaron el tipo de bebida.

En resumen, las correlaciones entre los cuatro países para las diferentes variables de consumo de alcohol compararon favorablemente o incluso son mejores que aquellas previamente reportadas (Sobell y cols, 1992; Sobell y cols., 1988; Sobell y cols., 1986). El segundo análisis probando la información del Auto-registro y LIBARE involucraron a los 183 sujetos que reportaron haber consumido alcohol en sus reportes Auto-registro o en la LIBARE. Se llevaron a cabo pruebas pares t, para las siguientes variables: (1) el

porcentaje de días en que se bebió se reportó en cada medida, (2) la media de número de bebidas por día en que se consumió, y (3) el número total de bebidas consumidas. Para las tres variables, las diferencias fueron significativas y reflejaron que se reportó un poco más de consumo diario y por día en los reportes de Auto-registro que en la LIBARE:

- 1) Media (DS) bebidas por consumo: LIBARE = 5.7 (4.0), A-R = 6.3 (4.5); $t(177) = 2.94$, $p = .004$;
- 2) Media (DS) porcentaje de días en el periodo de 14 días: LIBARE = 37.6 (28.6), AM = 39.0 (27.7); $t(184) = 2.95$, $p = .004$, y
- 3) Media (DS) número total de bebidas en el periodo de 14 días: LIBARE = 29.9 (31.8), AM = 33.7 (35.8); $t(182) = 3.82$, $p < .001$.

TABLA 6. Coeficiente de Correlación Intraclase (ICCs) para el Inventario Situacional de Consumo de Alcohol (ISCA) con subescalas en intervalo de 14 Días^a.

I S C A SUBESCALAS (Número de ítems)	AUSTRALIA (n = 42)	MÉXICO (n = 13)	SUECIA (n = 44)	CANADÁ (n = 106)
Emociones desagradables (20)	.97	.84	.83	.85
Malestar físico (10)	.97	.49	.80	.72
Emociones agradables (10)	.96	.71	.73	.71
Probando auto control (10)	.96	.63	.88	.74
Tentación para usar (10)	.96	.80	.73	.83
Conflicto con otros (20)	.98	.78	.84	.90
Presión para el consumo (10)	.97	.94	.79	.88
Momentos agradables con otros (10)	.97	.88	.83	.84
IDS total (100)	.97	.89	.86	.93

^aTodos los valores $P < .001$, a excepción de ICC = .49, $p < .05$.

La Tabla 6, muestra los ICCs para el ISCA y sus ocho subescalas para los cuatro países en un intervalo de dos semanas. Desafortunadamente, muy pocos pacientes en la muestra de México aceptaron que se les readministrara el ISCA en la segunda entrevista. Con pocas excepciones, las correlaciones fueron altas, teniendo cerca de tres cuartas partes de ellas un valor de ICC = .80 o más alto. La correlación de subescalas se compara favorablemente con evaluaciones previas de una versión corta del ISCA. En ese estudio, las correlaciones para las ocho subescalas variaron de $r = .78$ a $r = .92$ (Annis y Kelly, 1984 noviembre). En este estudio, las correlaciones para todos los ISCA, para los cuatro países fueron altos y oscilaron de ICC = .86 a ICC = .97.

DISCUSIÓN

Este estudio transcultural fue diseñado para examinar dos variables, que se esperaba fueran sensibles a las diferencias en las prácticas de consumo de alcohol: Patrón de consumo y Situaciones antecedentes al uso. Dos instrumentos de evaluación utilizados, la Línea base Retrospectiva de Alcohol (LIBARE) y el Inventario Situacional de Consumo de Alcohol (ISCA), fueron seleccionados para evaluar dichos constructos. Antes de que se pueda discutir las diferencias o similitudes entre los países, es necesario un primer paso, tal y como se ha hecho en estudios transculturales previos, (Babor y cols., 1994; Room y cols., 1996; Üstün, 1997) asegurar que las medidas fueran psicométricamente sólidas entre los países.

El Auto-registro de consumo y antecedentes situacionales al beber y las pruebas de saliva para alcohol, fueron utilizados como métodos de validación de los dos instrumentos de evaluación. Con pocas excepciones, los datos del Auto-registro y las pruebas de saliva de los pacientes se compararon favorablemente con sus reportes LIBARE. A pesar de ser tomados como grupo, los reportes de Auto-registro y LIBARE de los pacientes, resultaron tener diferencias estadísticas significativas. Las diferencias, sin embargo, no fueron de una magnitud tal que los investigadores o clínicos elaboraran conclusiones diagnósticas o clínicas diferentes acerca de la forma de beber de los pacientes usando uno u otro reporte. Por ejemplo, usando los reportes de los pacientes de la LIBARE o de los auto-reportes durante el periodo de monitoreo de 14 días, los pacientes reportaron beber en 37.6% y 39.0% de todos los días, consumiendo 29.9 y 33.7 bebidas en total, y promediando 5.7 y 6.3 bebidas por día en que se bebió, respectivamente. No obstante, estas diferencias significativas, aunque no sean cuantitativamente grandes, pueden ser resultado de que el consumo de los pacientes, durante el periodo de Auto-registro fue más sobresaliente o evidente. Este hallazgo no fue sorprendente, en estudios previos con estudiantes universitarios (Sobell y cols., 1989) se habían obtenido resultados similares, con reportes de Auto-registro ligeramente más altos que los de la LIBARE. Finalmente, la ligera disparidad entre los reportes LIBARE y Auto-registros en el presente estudio se puede atribuir al hecho de que los reportes LIBARE fueron ligeramente afectados por problemas de memoria.

Aunque ha habido múltiples evaluaciones sobre la confiabilidad del Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol, sólo un estudio (Annis y cols., 1984) ha reportado información test-retest y ello fue

para una versión corta del ISCA. La escala ISCA de 100 reactivos y sus ocho subescalas fueron confiables a través de los cuatro países.

Sobre todo, este estudio encontró muy buen apoyo transcultural en la confiabilidad y validez de dos instrumentos de evaluación, la LIBARE para alcohol y el ISCA. Esto ocurrió en los cuatro países y con los instrumentos traducidos a tres idiomas. Los resultados de este estudio sugieren que la Línea Base Retrospectiva para Alcohol y el Inventario Situacional de Consumo de Alcohol tienen propiedades psicométricas satisfactorias para ser usados en ensayos clínicos e investigación para “personas que abusan del alcohol” de habla sueca, español e inglés.

Este estudio, así como ocurre con otros estudios transculturales (Babor y cols., 1994; Room y cols., 1996; Üstün, 1997) tuvo varias limitaciones.

- ✓ Se produjeron errores de procedimiento que resultaron en información que no pudo ser utilizada, en uno de los cinco países.
- ✓ Hubo un cierto desnivel en la recolección y reporte de información, resultado de una dificultad en el reclutamiento en dos de los cuatro países.
- ✓ Dada la naturaleza de la abstinencia de la mayoría de los programas de pacientes de consulta externa, dos quintas partes de los pacientes no bebieron durante el periodo de 14 días del Auto-registro. Consecuentemente, esto hizo imposible comparar con otra información que no fuera los reportes de abstinencia de los pacientes en los dos instrumentos de evaluación de consumo (i.e., Auto-registro y LIBARE).
- ✓ Aunque fueron expertos bilingües quienes realizaron las traducciones, se encontraron problemas con la traducción de algunas palabras.
- ✓ Finalmente, es importante averiguar si estos resultados con pacientes ambulatorios que abusan del alcohol pueden generalizarse a todos los individuos con problemas de consumo excesivo, en cada una de las diferentes culturas.

La implementación de este estudio transcurrió de manera muy fluida, principalmente debido al hecho de que la mayoría de los investigadores se habían conocido y trabajado juntos previamente. Así, ya existía un espíritu de camaradería y confianza. Aún más, el hecho de que todos los investigadores estuviesen ligados a una clínica, facilitó de manera muy importante la cooperación con el personal de la clínica, así como con el reclutamiento de los pacientes. En este caso, todos los investigadores no sólo estaban asociados o

conducían programas en una clínica, sino que también tenían interés en la investigación. Hubo dos reuniones, una antes y otra cuando se completó la recolección de información

En resumen, la naturaleza de cooperación de los investigadores en los cuatro países habla de la factibilidad de estudios de investigación similares con poblaciones que abusan de sustancias.

CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA DE MÉXICO.

La muestra de 91 bebedores problema, con la que participó México, se recolectó en 4 diferentes Centros de Atención de la Ciudad de México, con la finalidad de que al hacerla heterogénea pudiera ser representativa de diversos espacios de tratamiento de consulta externa. Los Centros fueron:

- 1) El Centro de Atención de Adicciones Acasulco, de la Facultad de Psicología de la UNAM que en 1993 iniciaba el Proyecto de Adaptación del Modelo Canadiense para proporcionar tratamiento a bebedores problema o con consumo excesivo de alcohol, bajo la dirección del Dr. Héctor Ayala (Ayala y cols., 1993), 69% de la muestra fue de este Centro.
- 2) El CAAF (Centro de Atención al Alcohólico y sus Familiares) dependiente del Instituto Nacional de Psiquiatría. Se aplicaron los instrumentos a una muestra de consumidores excesivos de alcohol que llegaron buscando tratamiento, 10% de muestra.
- 3) El Centro Toxicológico de Xochimilco, donde se aplicaron los cuestionarios a la población que buscaba tratamiento, 9% de muestra.
- 4) Un grupo de Alcohólicos Anónimos que permitió completar el 12% de la muestra de personas con indicadores de dependencia.

México fue el único país que solicitó la aplicación de los instrumentos en 4 Centros de Tratamiento. Ello se debió a que el Centro de la UNAM había abierto recientemente y el estudio empezaba, razón por la cual se recibían pocos usuarios.

En México se cubrió el 89% de la muestra que se requería para el estudio, el 11% de la muestra que faltó fue el grupo de mujeres ya que no pudo ser completado. Se trabajó con 17 mujeres en lugar de las 36 que era el número que se había solicitado originalmente.

Es importante mencionar que se cumplió con la estratificación de la muestra como lo pedía el estudio a excepción de la estratificación por sexo debido a que:

- ✓ El porcentaje de mujeres que consumen alcohol en nuestro país es bajo al ser comparado con los otros países participantes. La Encuesta Nacional de Adicciones realizada en 1990 reportaba que el 36.5% de las mujeres consumían bebidas alcohólicas.
- ✓ El consumo de alcohol entre mujeres no es socialmente aceptado, especialmente si éste es excesivo. De ahí que muchas mujeres oculten su consumo, haciéndolo en casa, a solas y sin acudir a tratamiento.
- ✓ Las mujeres que buscaban tratamiento, muchas veces ya presentaban indicadores de dependencia, por lo que tenían que buscar tratamientos especializados.
- ✓ Vale la pena señalar dos investigaciones donde se observan los pocos casos de mujeres que llegaban a buscar tratamiento. Una investigación realizada por el Dr. Campillo en 1990, para comparar hábitos de pacientes abstemios y bebedores, la muestra quedó integrada únicamente por hombres pues de 726 mujeres entrevistadas sólo el 1% presentó consumo de riesgo, por lo que el estudio se realizó únicamente con hombres. En el Centro Acasulco entre 1995-1996 de un total de 177 personas atendidas el 86% fueron hombres y sólo se atendieron a 25 mujeres en el estudio. (Ayala y cols., 1998).

Por otro lado, la estratificación por edad y por “grado de dependencia” cumplió con las características solicitadas en el protocolo.

Las características de la muestra de México, se resume en los siguientes cuadros:

	HOMBRES		MUJERES	
	BEDA		BEDA	
	1-19	20 +	1-19	20 +
EDAD: 18-39	N=19	N=18	N=6	N=3
+ 40	N=18	N=19	N=5	N=3

La edad media de las personas que participaron en el estudio por parte de México, fue de 37.6 años, siendo la más baja cuando se compara con los otros cuatro países, la edad promedio más alta se presentó en

Suecia 43.7 años. El puntaje promedio de la Breve Escala de Dependencia al Alcohol fue en México de 19 (DS 7.3) que corresponde a la categoría de consumo excesivo de alcohol o “dependencia media”, mientras que la media del puntaje más alto correspondió a Polonia (22.09) y el puntaje más bajo a Suecia (11.7).

La media de escolaridad, fue muy elevada para nuestro país y similar a los otros países, esto puede explicarse ya que una parte de la muestra quedó integrada por profesores o estudiantes universitarios de licenciatura y de posgrado, esto subió el promedio de años de estudio (11.9 DS 4.2), es decir bachillerato.

Las características de la muestra de México indican que el 56% están casados y el 36% son solteros; únicamente un 8% presentan pérdidas en el área familiar, el 66.7% tienen un empleo, el 24% son estudiantes y un 10% están desempleados. Estas características conformaban a un grupo de personas que cumplían con criterios de bebedores problema, es decir, sin pérdidas importantes en áreas familiares, sociales y laborales.

México fue el país que reportó el menor número de hospitalizaciones, ya que las personas no buscaban esa opción para atenderse. Como se señala en el artículo, se encontraron diferencias significativas para todas las variables.

Con relación al patrón de consumo, encontramos que en México la muestra tiene una historia de 9 años de consumo problemático, muy parecida a lo que se reporta en los otros países, 8 años en Suecia, 10 en Australia y 12 en Canadá.

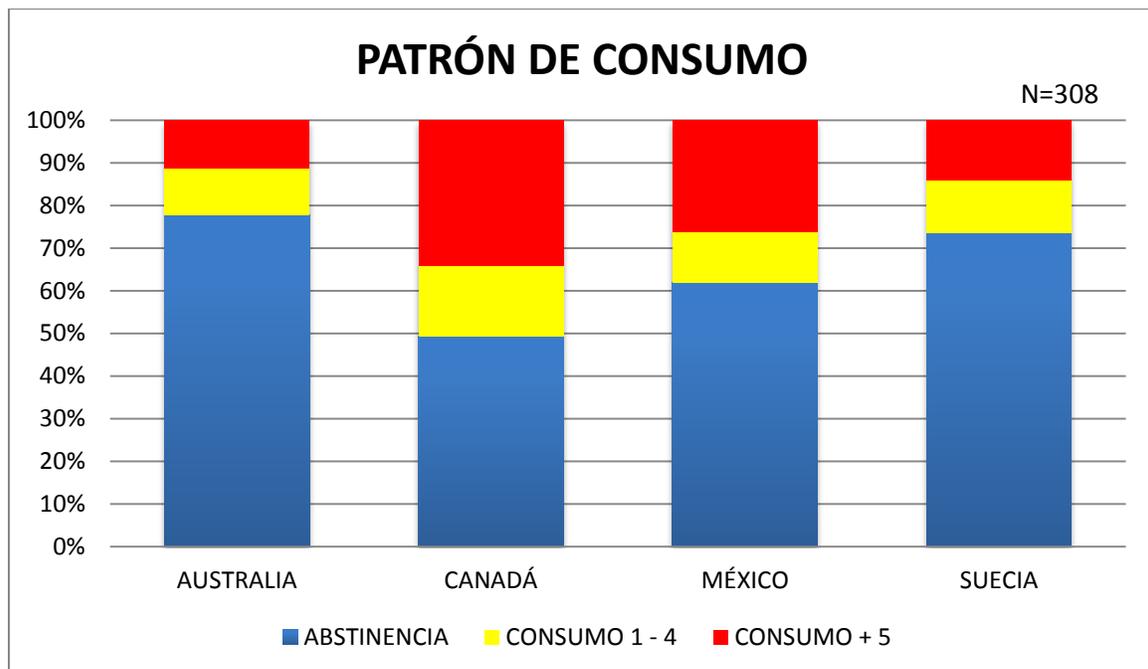
Como se comenta en el artículo se encontraron diferencias significativas para variables como arrestos por alcohol, alivio al beber, convulsiones.

Un 40% de la muestra había buscado tratamiento anteriormente, en México siempre relacionado a grupos de AA. En Australia un 67% y en Suecia únicamente un 33%.

Los datos del patrón de consumo en México, indican que el 55.4 % (DS 24.6) del tiempo las personas son abstinentes (corresponde al patrón de consumo episódico-explosivo), los días que consumen un 10.6% del tiempo lo hacen con bajo riesgo (menos de 4 U.B.E.) y el 33% del tiempo lo hacen excesivamente, más de cinco unidades por ocasión. Consumen un promedio de 8.1 copas estándar por ocasión DS (3.59).

La Gráfica 1, muestra la semejanza en la forma de consumo excesivo de los 4 países que participaron en el estudio. Se puede observar que en general, a pesar que los países tienen patrones de consumo diferentes, el patrón de consumo del bebedor excesivo es similar. El porcentaje de días de abstinencia es alto, Australia muestra el porcentaje más bajo de días de abstinencia 38.9% y Suecia el más alto 66.1%. Presencia de días con consumo controlado desde un 5.5% en Australia hasta un 14.7% en Canadá. Por último la presencia del consumo excesivo o explosivo, desde un 5.5% hasta un 14.7% en Canadá.

GRÁFICA 1. Patrón de consumo de los 5 países que participaron originalmente en el estudio.



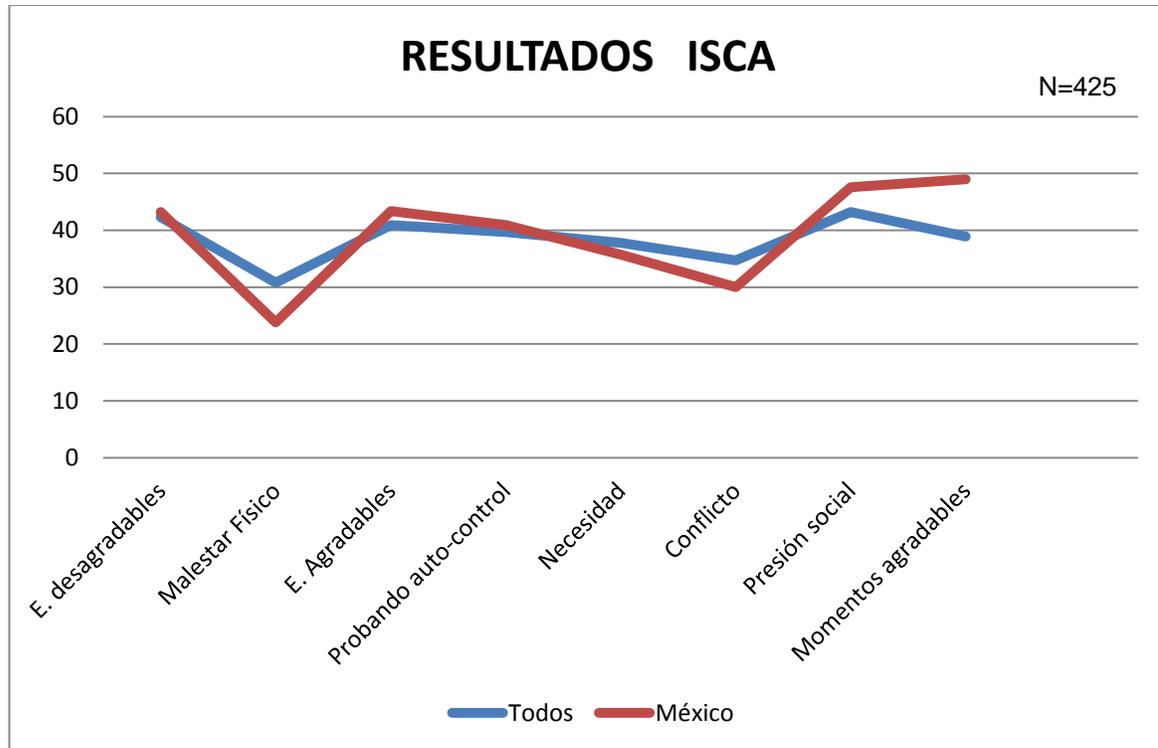
Es interesante observar la similitud que hay entre los porcentajes de las personas que beben en exceso en países con patrones de consumo tan diferentes como el de Australia, Canadá, Suecia y México.

Por otro lado, los resultados del Inventario de Situaciones de Riesgo de consumo de alcohol nos permiten analizar el perfil de situaciones de riesgo de la muestra de México y comparar al perfil de la muestra general.

El perfil que encontramos en la muestra de México se caracteriza por puntajes altos en situaciones de riesgo relacionadas al consumo en

celebraciones o fiestas, ante la presión social del grupo y cuando las personas están disfrutando la compañía del grupo con el que están bebiendo.

GRÁFICA 2. Perfil de las situaciones de riesgo de la muestra de México comparada con toda la muestra.



Annis y Graham en 2001 señalan que, utilizando el ISCA, se pueden identificar diferentes perfiles de personas ante situaciones de riesgo para consumir en exceso. En México, la muestra presentó los puntajes más elevados en el consumo para socializar, para divertirse, sentirse mejor, por la presión social y siempre en compañía de otras personas. Si este perfil, además se relaciona con pocos años de consumo nocivo y con un patrón de consumo no tan elevado, es consistente con una etapa inicial. Annis y Graham han encontrado que cuando estas personas inician una intervención, generalmente tiene resultados positivos en la reducción del consumo.

Importante señalar que en la muestra de México, muy pocas de las personas que participaron en el estudio (13) aceptaron que se les volviera a aplicar el ISCA en la segunda evaluación. Ello a pesar de que habían firmado el consentimiento, en donde se les había informado esto. Razón por la que los resultados del test-retest para México no pudieron obtenerse.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En este trabajo se utilizó el método comparativo para explorar las similitudes y las diferencias en los patrones de consumo de alcohol y las circunstancias que llevan a las personas a consumir en exceso en diferentes culturas.

Se sabe, que en los diferentes países hay leyes o regulaciones, políticas y normas sociales que hacen diferentes los patrones de consumo de los diferentes países. Sin embargo, también se encuentran similitudes relacionadas al contexto y las funciones que tiene el alcohol en las distintas sociedades, casi todos los seres humanos encuentran en el alcohol un refuerzo en un principio, beber es una forma de adaptarse a las condiciones ambientales. Esto conduciría a esperar que ciertas características comunes en la conducta de beber, se presentará en las diferentes culturas. Señala Babor que la belleza del método comparativo es que permite explorar esas similitudes y diferencias relacionadas con los países y las culturas (Babor, 1986).

Este estudio permitió utilizar un método de comparación en cuatro países para identificar diferencias y similitudes en dos variables, el patrón de consumo de alcohol y las situaciones de riesgo para el consumo en bebedores excesivos que buscaban tratamiento de consulta externa.

Definitivamente se encontraron similitudes y diferencias en las normas culturales en los diferentes países. Por ejemplo, beber durante las celebraciones familiares y comunitarias (rituales) es compartido por los cuatro países que participaron, *“no beber hace a la fiesta un fracaso”*, es una frase común entre este grupo de bebedores en los diferentes países. Por otro lado, se encontró una fuerte permisividad hacia la embriaguez en Polonia, tolerancia en Australia y México, ninguna aceptación en Canadá y una fuerte prohibición en Suecia. Los cinco países que originalmente participaron reportaron marcadas diferencias con respecto al consumo excesivo, y entre el consumo de hombres y mujeres. Por ejemplo, en México existe una fuerte estigmatización hacia el consumo excesivo en las mujeres, en Polonia el consumo excesivo en las mujeres es aceptado siempre y cuando lo hagan en compañía de amigos o familiares. La estigmatización es menor en Australia, Canadá y Suecia sin embargo, está presente.

Este estudio también permitió introducir el uso de estos instrumentos de evaluación utilizados en la práctica clínica en Canadá y en países

de habla inglesa, la Línea Base Retrospectiva de Alcohol, LIBARE y el Inventario de Situaciones de Riesgo para el Consumo de Alcohol, ISCA, al tiempo que se establecieron los límites de la confiabilidad y validez para su uso en las diferentes culturas.

Se pudieron identificar semejanzas en el patrón de consumo de bebedores excesivos en los cuatro países, así como semejanzas en las situaciones de riesgo que llevan a los bebedores excesivos de diferentes países, a perder el control sobre su consumo.

Fue interesante observar como las características de los bebedores problema fueron semejantes en los cuatro países estudiados, un porcentaje alto de días de abstinencia en promedio, pocas ocasiones en donde todavía se tiene control sobre el consumo de alcohol y la presencia del consumo excesivos o explosivos. Independientemente de las características tan diferentes entre el consumo de México y los otros países.

Lo mismo se puede observar en las situaciones de riesgo que llevan a estas personas a consumir en exceso y perder el control. Sin embargo, se pudieron observar que en las consecuencias sufridas por el consumo excesivo se presentó una variabilidad considerable en los diferentes países, esta situación puede deberse a las precisamente a las regulaciones en los diferentes países. Por ejemplo en México había en los años noventa mucha permisividad a beber y manejar y en países como Suecia y Canadá estaba muy controlado y castigado esta conducta.

Los resultados de este estudio, mostraron un apropiado nivel de generalidad y adaptabilidad transcultural de los dos instrumentos estudiados en los países participantes. Se encontró, que eran instrumentos con propiedades psicométricas adecuadas para emplearse como instrumentos de evaluación para obtener un diagnóstico e iniciar una intervención en los diferentes países en donde se aplicaron.

Con los resultados de este estudio se pudo explorar la variabilidad transcultural en los patrones de consumo y las circunstancias bajo las cuales el consumo excesivo de alcohol tenía lugar entre personas que buscan tratamiento de consulta externa. Se pudieron encontrar diferencias entre las diferentes culturas sin embargo, se encontraron similitudes cuando se observaron las características del patrón de consumo de un grupo de bebedores excesivos o problema que buscaba tratamiento.

Para terminar es importante señalar dos limitaciones que tuvo la participación de México:

1. El 60.9% de la muestra de México reportó no haber consumido durante las 2 semanas entre la pre y la post evaluación (2 semanas). Esta situación era común en las personas que acudían a buscar tratamiento, iban con la meta de dejar de beber, razón por la que dejaron de beber durante este tiempo. Es interesante como algo similar pasó en los otros países por ejemplo Australia el 54% dejó de beber, Suecia el 59% y Canadá un 61% aproximadamente.
2. Otra limitación importante fue que desafortunadamente muy pocas personas que participaron en México aceptaron que se readministrara el ISCA en la segunda entrevista. A pesar que acudieron no estuvieron suficientemente motivados para cumplir con lo acordado argumentando falta de tiempo, que ya lo conocían y que necesitaban iniciar el tratamiento. Esta falta de compromiso por parte de la muestra de México hizo necesario a lo largo del proyecto de adaptación de la intervención breve, buscar estrategias motivacionales que permitieran la adherencia al tratamiento de las personas y su participación activa en el proceso de cambio.

Un elemento extra que se obtuvo de este estudio es la posibilidad de utilizar estos instrumentos en la práctica clínica. Aplicar estos instrumentos al inicio de un proceso de intervención permitiría al terapeuta:

- ✓ Tener un diagnóstico preciso.
- ✓ Individualizar el tratamiento a las características del usuario;
- ✓ Planear estrategias de intervención adecuadas a las características de la persona;
- ✓ Establecer las metas de la intervención individualmente;
- ✓ Seleccionar el orden de atención de los problemas detectados;
- ✓ Medir los efectos a corto y largo plazo de la intervención;
- ✓ El uso de estos instrumentos tanto en su fase diagnóstica como en la evaluación de los resultados permitiría también la evaluación de la efectividad de la intervención.

Sin embargo, el realizar este trabajo permitió dejar claro la dificultad de hacer estudios transculturales, ya que éstos presentan una serie de dificultades como lo señala Babor, 1986. Conceptos como la falta de representatividad de la muestra con respecto a la población a la que

pertenece, las dificultades de generalización de los resultados, las dificultades para lograr la equivalencia con respecto a características demográficas, etc. Sin embargo, a pesar de la dificultad que tiene hacer investigación transcultural, este tipo de investigación es crucial para la explicación y comprensión de los problemas relacionados con el consumo de alcohol, de las similitudes que se pueden encontrar entre los países y de las diferencias.

REFERENCIAS

- Allen J.P.; Columbus M. (1995). *Assessing Alcohol Problems: A Guide for Clinicians and Researchers*. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism: Rockville, MD.
- American Psychological Association. (1993). *Guidelines for Providers of Psychological Services to Ethnic, Linguistic, and Culturally Diverse Populations*. *Am. Psychologist*. 48, 45–48.
- Anderson P., Scott E. (1992). The effect of general practitioner's advice on heavy drinking men. *British Journal of Addiction*. 87. 891-900.
- Annis, H.M.; Davis, C.S. (1988a). Assessment of Expectancies. In *Assessment of Addictive Behaviors*, Donovan, D.M., Marlatt, G.A., Eds., Guilford Press: New York. 84–111.
- Annis, H.M.; Davis, C.S., Eds. *Self-efficacy and the prevention of alcoholic relapse: Initial findings from a treatment trial*. Praeger: New York.
- Annis, H.M.; Graham, J.M. (1995). Profile Types on the Inventory of Drinking Situations: Implications for Relapse Prevention Counseling. *Psychol. Addict. Behav.* 9, 176–182.
- Annis, H.M.; Kelly, P. (1984). Analysis of the Inventory of Drinking Situations. Paper presented at the annual meeting of the American Psychological Association, Toronto, Ontario, Canada.
- Annis H.M., Graham J.M., Davis C.S. (1987). *Inventory of Drinking Situations, User' Guide*. Toronto, Canadá. Addiction Research Foundation.
- Annis, H. (2001). Antecedents to alcohol use: Modal profile types among heavy drinkers seeking treatment. En: H. Ayala y L. Echeverría (2001). *Tratamiento de conductas adictivas*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Annis H.M., (1982). *Inventory of drinking situations*. Toronto, Canadá. Addiction Research Foundation.
- Annis H.M., Sobell L.C. (1992). *Drinking related assessment instruments: Cross-cultural studies*. ARF/WHO. Research protocol.
- Ayala V.H., Sobell MB., Sobell LC. (1993). A collaborative project for research and training, development and evaluation of the application of behavioural outpatient treatment for alcohol abusers in Mexico. Research protocol.
- Ayala V.H., Cárdenas G., Echeverría L., Gutiérrez M. (1995). Resultados iniciales de un programa de autocontrol para bebedores problema en México. *Salud Mental*. 18 (4). 18-24.
- Babor, T.F. (1986). Taking stock: Method and Theory in cross-national research on alcohol. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 472. 1-9

- Babor T., Grant M. (1992). Project on identification and Management of Alcohol-related problems. Report on Phase II: A Randomized Clinical Trial of Brief Interventions in Primary Health Care. World Health Organization.
- Babor, T.F.; Acuda, W.; Campillo, C.; Del Boca, F.K.; Grant, M; Hodgson, R.; Rollnick, S.; Ivanets, N.; Lukomskaya, M.; Machona, M.; Saunders, J.B.; Skutle, A. (1996). A Cross-National Trial of Brief Interventions with Heavy Drinkers. *Am. J. Public Health.* 86, 948–955.
- Babor, T.F.; Grant, M.; Acuda, W.; Burns, F.H.; Campillo, C.; Del Boca, F.K.; Hodgson, R.; Ivanets, N.N.; Lukomskaya, M.; Machona, M.; Rollnick, S.; Resnick, R.; Saunders, J.B.; Skutle, A.; Connor K.; Ernberg, G.; Kranzler, H.; Lauerman, R.; McRee, B. (1994). A Randomized Clinical Trial of Brief Interventions in Primary Care: Summary of a WHO Project. *Addiction.* 89, 657–660.
- Babor, T.F. & Higgins-Biddle, J. & Dauser, D. & Higgins, P., Burleson, J.A. (2005): Alcohol Screening and Brief Intervention in Primary Care Settings: Implementation Models and Predictors. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* 66 (3): 361–368
- Carlen P.L.; Wortzman G.; Holgate R.C.; Wilkinson D.A.; Rankin J.G. (1978). Reversible Cerebral Atrophy in Recently Abstinent Chronic Alcoholics Measured by Computed Tomography. *Science.* 200, 1076–1078.
- Bailey M.B., Stewart J. (1967). Normal drinking by persons reporting previous problem drinking. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol.* 28. 305-315.
- Bien T.H., Miller W.R., Tonigan J.S. (1993). Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addiction.* 88. 315-335.
- Borges G., Medina-Mora ME, Cherpitel C, Casanova L, Mondragón L, Romero M. (1999). Consumo de bebidas alcohólicas en pacientes de los servicios de urgencia de la ciudad de Pachuca, Hidalgo. *Salud Pública de México.* 41:3-11.
- Borges G, Wang P, Medina-Mora ME., y cols. (2007) Delay of First Treatment of Mental and Substance Use Disorders in Mexico. *American Journal of Public Health* 97(9).
- Campillo S.C., Romero M. (1987). WHO collaborative Project on identification and treatment of persons with harmful alcohol consumption. Report of Phase II Prevention strategies. WHO. Ginebra, Suiza.
- Campillo C., Díaz R., Romero M., Villatoro, J., Nava A., Reséndiz A., Parra M. E., Sánchez L., Cerrud J. (1990). Comparación de hábitos de vida en pacientes abstemios y bebedores. *Salud Pública de México.* 32 (6): 685-692.
- Davies D.L. (1962). Normal drinking in recovered alcohol addicts. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol.* 23. 94-104.

- Davidson R., Raistrick D. (1986). "The validity of the Short Alcohol Dependence Data (SADD) Questionnaire: A short self-report questionnaire for assessment of alcohol dependence". *British Journal of Addiction*. 81.
- Adaptación a México por Sánchez Pérez J. (2005). Adaptación de un instrumento de tamizaje para la población Mexicana que consume alcohol. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.
- Echeverría, S.V. L., Ruiz, T.G.M., Salazar, G.M.L., y Tiburcio, S.M.A. (2004). Modelo de detección temprana e intervención breve para bebedores problema. Curso de capacitación para profesionales de la salud. México D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología. CONADIC.
- Edwards G., Gross M.M. (1976). Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. *British Medical Journal*. 1. 1058-1061.
- Fitzgerald B.J., Pasewark R.A., Clark R. (1971). Four year follow-up of alcoholics treated at a rural state hospital. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*. 32. 636-642.
- Frenk J., Lozano R, González M. (1994). Economía y salud: propuesta para el avance del sistema de salud en México. Informe final. México, D.F.: Fundación Mexicana para la Salud.
- Gerard D.L., Saenger G. (1966). Out-patient treatment of Alcoholism. A study of outcome and its Determinants. Toronto: University of Toronto. University of Toronto Press.
- Harper J., Hickson B. (1951). The results of hospital treatment of cronic alcoholism. *Lancet*. 261. 1057-1059.
- Heather N., Robertson I. (1983). Controlled drinking. Great Britain. University Press, Cambrigde.
- Heather N. (1986). Change without therapists: The use of self help manuals by problem drinkers. En: W.R. Miller y N Heather (Eds). *Treating Addictive Behaviors: Processes of Change*. New York: Plenum.
- Holden C. (1987). Is alcoholism treatment effective? *Science*. 236. 20-22.
- Institute of Medicine. (1990). Broadening the base of treatment for alcohol problems: report of a study by a committee of the Institute of Medicine, Division of Mental Health and Behavioral Medicine. USA. National Academy of Medicine.
- Johnson V. (1973). *I will quit Tomorrow*. New York. Harper & Row.
- Kapur, B.M.; Israel, Y. A Dipstick Methodology for Rapid Determination of Alcohol in Body Fluids. *Clinical Chem*. 1983, 29, 1178.

- Kapur B., Israel Y. (1984). Alcohol Dipstick: A rapid method for analysis of ethanol in body fluids. Research Monograph No. 17. Early Identification of Alcohol Abuse. NIAAA.
- Kendell R.E. (1965). Normal drinking by former alcohol addicts. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*. 26. 247-257
- Kristenson H., Ohlin H., Hulten-Nosslin MB., Trell E y Hood B. (1983). Identification and intervention of heavy drinking in middle-aged men: Results and follow up of 24-60 months of long term study with randomized controls. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 7. 203-209.
- LeGo P.M. (1977). La depitaje Precoce et systematique du buveur Excessif. France. Riom Laboratoires.
- Lemere F. (1953). What happens to alcoholics. *American Journal of Psychiatry*. 109, 674-676.
- Maisto SA., Sobell MB., Cooper AM., Sobell LC. (1979). Test-retest reliability of retrospective self reports in three populations of alcohol abusers. *Journal of Behavioral Assessment*.
- Maisto, S.A.; McKay, J.R.; Connors, G.J. (1990). Self-Report Issues in Substance Abuse: State of the Art and Future Directions. *Behav. Assess*. 1990, 12, 117-134.
- Marlatt G.A., Gordon JR. (1980). Determinants of relapse: Implications for the maintenance of behavior change. In: P.O Davidson and S.M Davidson (Eds). *Behavioural medicine: Changing health lifestyles*. New York: Brunner/Mazel. Pp. 410-452.
- Medina-Mora, M. E., Borges G., Lara, M. C., Benjet C., Blanco, J. J., Fleiz, B. C., Villatoro, V. J., Rojas, G. E., Zambrano, R. J., Casanova, R. L. y Aguilar-Gaxiola, S. (2003) Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental*. 26 (4).
- Morsier G., Feldman H. (1952) Le traitement de l'alcoolisme: Etud 500 Cas. *Schweiz Arch. Neurol.Psychiat*. 70. 434-440.
- Natera G., Orford J., Tiburcio M., Mora J. (1999). La prevención en las familias que sufren por el consume de alcohol y drogas de un familiar. *Psicología Iberoamericana*. 7(4), 47-54.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (1993). Eighth Special Report to the US Congress on Alcohol and Health. US Government Printing Office: Washington, DC.
- Norvig J., Nielsen B. (1956). A follow up study of 221 alcohol addicts in Denmark. *Quarterly Journal of Studies in Alcohol*. 17. 633-642.

- Peachey, J.E.; Kapur, B.M. (1986). Monitoring Drinking Behavior with the Alcohol Dipstick During Treatment. *Alcohol: Clinical and Experimental Research*. 10, 663–666.
- Persson, J., and Magnusson, P.H. (1989). Early intervention in patients with excessive consumption of alcohol: A controlled study. *Alcohol*. 6:403-408
- Pfeffer A., Berger S. (1957). A follow up study of treated alcoholics. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*. 18. 624-648
- Rakkolainen V., Turunen S. (1969). From unrestrained to moderate drinking. *Acta Psychiatrica Scandinavia*. 45. 47-52.
- Room R. (1990). Measuring alcohol consumption in the United States: Methods and Rationales. In: LT Kozlowski., HM Annis., HD Cappell., FB Glaser., MS Goodstadt., Y. Israel., H. Kalant., EM Sellers., ER Vingilis. (Eds). *Research advances in alcohol and drug problems*. New York: Plenum. Vol. 10. Pp. 39-80.
- Room, R.; Janca, A.; Bennett, L.A.; Schmidt, L.; Sartorius, N. (1996). WHO Cross-Cultural Applicability Research on Diagnosis and Assessment of Substance Use Disorders: An Overview of Methods and Selected Results. *Addiction*. 91, 199–220.
- Real T., Gutiérrez R., Fuentes P., Robles R., Villatoro J., Medina Mora ME. (2009). Uso y abuso de alcohol: Definición, epidemiología y tratamiento. En: *Evaluación de políticas públicas para el control del abuso de alcohol en México*. Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- Sánchez-Craig M., Wilkinson DA. (1986). Treating problem drinkers who are severely dependent on alcohol. *Drugs and Society*. 1. 39-67.
- Sanchez-Craig, M. (1990). Brief didactic treatment for alcohol and drug-related problems: An approach based on client choice. *British Journal of Addiction*. 85:169-177
- Saunders J.B., Aasland O.G. (1987). WHO collaborative project on the identification and treatment of persons with harmful alcohol consumption. Geneva: World Health Organization.
- Schukit M.A., Winokur G.A. (1972). A short term follow-up of women alcoholics. *Diseases of Nervous System*. 33. 672-678.
- Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. (1993). Encuesta Nacional de Adicciones.
- Selzer M.L., Holloway W.H. (1957). A follow up of alcoholics committed to a state hospital. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*. 18. 98-120.
- Tapia R, Medina-Mora ME, Sepúlveda J, De la Fuente JR, Kumate J. (1990). La Encuesta Nacional de Adicciones de México. *Salud Pública de México*. 32:507-522.

- Samo, J.A.; Tucker, J.A.; Vuchinich, R.E. (1989). Agreement between Self-Monitoring, Recall, and Collateral Observation Measures of Alcohol Consumption in Older Adults. *Behav. Assess.* 1989, 11, 391–409.
- Sobell L.C., Sobell M.B. (1983). Behavioral research and therapy: Its impact on the alcohol field. In: KD Craig & RJ. McMahon (Eds). *Advances in clinical behavior therapy* (pp.175-193). New York: Brunner/Mazel.
- Sobell L.C., Sobell M.B., Leo G.I., Cancilla C.A. (1988). Reliability of timeline method: Assessing normal drinkers' report of recent drinking and comparative evaluation across several populations. *British Journal of Addictions.* 83. 393-402.
- Sobell, M.B.; Sobell, L.C.; Klajner, F.; Pavan, D.; Basian, E. (1986). The Reliability of a Timeline Method for Assessing Normal Drinker College Students' Recent Drinking History: Utility for Alcohol Research. *Addict. Behav.* 11, 149–162.
- Sobell, L.C.; Sobell, M.B.; Leo, G.I.; Cancilla, A. (1988). Reliability of a Timeline Method: Assessing Normal Drinkers' Reports of Recent Drinking and a Comparative Evaluation Across Several Populations. *Br. J Addict.* 83, 393–402.
- Sobell, M.B.; Bogardis, J.; Schuller, R.; Leo, G.I.; Sobell, L.C. (1989). Is Self-Monitoring of Alcohol Consumption Reactive? *Behav. Assess.* 11, 447–458.
- Sobell, L.C.; Sobell, M.B. (1995). Alcohol Consumption Measures. In *Assessing Alcohol Problems: A Guide for Clinicians and Researchers*; Allen, J.P., Columbus, M., Eds.; National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism: Rockville, MD. 55–73.
- Sobell, L.C.; Sobell, M.B. (1996). *Alcohol Timeline Followback (TLFB) Users' Manual*. Addiction Research Foundation: Toronto, Canada,
- Sobell L.C., Sobell M.B. (1992). Timeline Follow-back: A technique for assessing self-reported ethanol consumption. In: J Allen & R Litten Eds. *Techniques to assess alcohol consumption*. New Jersey: Humana Press
- Sobell M.B., Sobell L.C. (1993). *Problem Drinkers. Guided self-change treatment*. New York: Guilford Press.
- Sobell L.C.; Toneatto T.; Sobell M.B. (1994). Behavioral Assessment and Treatment Planning for Alcohol, Tobacco, and Other Drug Problems: Current Status with an Emphasis on Clinical Applications. *Behav. Ther.* 25, 533–580.
- Tu, G.C.; Kapur, B.; Israel, Y. (1992). Characteristics of a New Urine, Serum, and Saliva Alcohol Reagent Strip. *Alcohol.: Clin. Experimental. Research.* 16, 222–227.
- Ustün B., Compton W., Mager D., Babor T., Baiyewu O., Chatterji S., Cottler L., Göğüş A., Mavreas V., Peters L., Pull C., Saunders J., Smeets R., Stipeck M.R., Vrsti R., Hasin D., Room R., Van den Brink W., Reiger D., Blaine J.,

- Grant B.F., Sartorius N. (1997). WHO Study on the Reliability and Validity of the Alcohol and Drug Use Disorder Instruments: Overview of Methods and Results. *Drug Alcohol Dependence*. 1997, 47, 161–169.
- Wallace P., Cutler S., Haines A. (1988). Randomised controlled trial of general practitioner intervention of heavy drinking in middle-aged men: Results and follow-up of 26-60 months of long term study with randomized controls. . *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*.7. 203-209.
- Wallerstein R. (1989). The psychotherapy research project of the Menninger Foundation: An overview. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 57, 195-202.
- Wall J., Allen E. (1944). Results of hospital treatment of alcoholism. *American Journal of Psychiatry*. 474-479.
- World Health Organization. (1987). WHO collaborative Project on identification and treatment of persons with harmful alcohol consumption. Phase II Prevention strategies. Ginebra, Suiza. World Health Organization.
- Zweben A., Pearlman S., Li S. (1988). A comparison of brief advice and conjoint therapy in the treatment of alcohol abuse: The results of the marital systems study. *British Journal of Addiction*. 83. 899-916.

A N E X O S

ANEXO 1. INSTRUMENTOS

BREVE ESCALA DE DEPENDENCIA AL ALCOHOLⁱ

--	--	--

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre(s)

Edad _____

Sexo: 1. Hombre 2. Mujer

INSTRUCCIONES: Las siguientes preguntas cubren una amplia variedad de situaciones relacionadas con su consumo de alcohol.

Considerando sus hábitos de beber en el último año, conteste cada pregunta marcando con una "X" la opción más adecuada. Si tiene alguna duda al contestar, por favor pregunte al entrevistador.

	Nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
1. ¿Tiene dificultad para dejar de pensar en beber?	0	1	2	3
2. ¿Es más importante beber en exceso que su próxima comida?	0	1	2	3
3. ¿Organiza su día de acuerdo a cuándo y dónde puede beber?	0	1	2	3
4. ¿Bebe por la mañana, tarde y noche?	0	1	2	3
5. ¿Bebe por el efecto de alcohol sin importar le que bebida es la que toma?	0	1	2	3
6. ¿Bebe la cantidad que desea independientemente de lo que tenga que hacer al otro día?	0	1	2	3
7. ¿Bebe en exceso aún sabiendo que muchos problemas pueden ser causados por el alcohol?	0	1	2	3
8. ¿Sabe que una vez que empieza a beber no podrá dejar de hacerlo?	0	1	2	3
9. ¿Trata de controlar su forma de beber, dejando de tomar algunos días o semanas?	0	1	2	3
10. ¿A la mañana siguiente de una noche de beber en exceso, siente la necesidad de tomar una copa para poder funcionar?	0	1	2	3
11. ¿A la mañana siguiente de una noche de beber en exceso se despierta con temblor en las manos?	0	1	2	3
12. ¿Después de haber bebido en gran cantidad, se despierta y vomita?	0	1	2	3
13. ¿A la mañana siguiente de una noche de beber en exceso evita a la	0	1	2	3

ⁱ Davidson R., Raistrick D. (1986). Adaptación a México por Sánchez Pérez J. (2005).

gente?				
14. ¿Después de una ocasión de beber en exceso ve cosas que lo asustan, aún cuando después se da cuenta que eran imaginarias?	0	1	2	3
15. ¿Sale a tomar y al otro día olvida lo que ocurrió la noche anterior?	0	1	2	3

PUNTAJE_____

NOMBRE DEL TERAPEUTA

FIRMA DEL TERAPEUTA

Forma de calificación de la Escala:

Los 15 reactivos se califican de la siguiente manera:

Respuesta de Nunca = 0

Respuesta de Algunas veces = 1

Respuesta de Frecuentemente = 2

Respuesta de Casi siempre = 3

Se suman las respuestas y se obtiene un puntaje que puede ir de 0 a 45 puntos.

Forma de Interpretación:

El puntaje obtenido en BEDA puede ser interpretado de la siguiente manera:

1 - 10 = DEPENDENCIA BAJA

11 - 25 = DEPENDENCIA MEDIA

26 ó + = DEPENDENCIA SEVERA

INVENTARIO DE SITUACIONES DE CONSUMO DE ALCOHOL (ISCA)ⁱⁱ

Apellido Paterno	Apellido materno	Nombre(s)

Edad _____

Sexo: 1. Hombre 2. Mujer

INSTRUCCIONES: A continuación se presenta una lista de situaciones o eventos en las cuales algunas personas consumen bebidas alcohólicas en exceso. Lea cuidadosamente cada reactivo, y responda de acuerdo a su forma consumo durante el año pasado. Marque: 0) Si usted "NUNCA" bebió en exceso en esa situación 1) Si usted "OCASIONALMENTE" bebió en exceso en esa situación 2) Si usted "FRECUENTEMENTE" bebió en exceso en esa situación 3) Si usted "CASI SIEMPRE" bebió en exceso en esa situación	Nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente	Casi siempre
1. Cuando tuve una discusión con un amigo (a).	0	1	2	3
2. Cuando estaba deprimido.	0	1	2	3
3. Cuando sentía que finalmente todo iba por buen camino.	0	1	2	3
4. Cuando me sentía nervioso y mal de salud.	0	1	2	3
5. Cuando decidí demostrar mi fuerza de voluntad dejando de beber después de tomar 1 ó 2 copas.	0	1	2	3
6. Cuando mis amigos llegaban de visita y me sentía emocionado.	0	1	2	3
7. Cuando veía un anuncio de mi bebida favorita.	0	1	2	3
8. Cuando me sentía a disgusto en la presencia de alguien.	0	1	2	3
9. Cuando alguien me criticaba.	0	1	2	3
10. Cuando alguien me invitaba a su casa y me ofrecía una copa.	0	1	2	3
11. Cuando no podía dormir.	0	1	2	3
12. Cuando quería aumentar mi placer sexual.	0	1	2	3
13. Cuando me daban como regalo una botella de mi bebida favorita.	0	1	2	3
14. Cuando me sentía muy contento.	0	1	2	3
15. Cuando volvía a estar en reuniones en donde siempre bebía	0	1	2	3
16. Cuando me entristecía al recordar algo que había sucedido.	0	1	2	3
17. Cuando pensaba que el alcohol ya no era un problema para mí.	0	1	2	3
18. Cuando algunas personas a mí alrededor me ponían tenso.	0	1	2	3
19. Cuando al salir con amigos éstos entraban a un bar a beber a una copa.	0	1	2	3

ⁱⁱ Annis H.M., Graham J.M., Davis C.S. (1987).

20.Cuando pensaba que fresca y sabrosa podía ser la bebida.	0	1	2	3
21.Cuando quería estar más cerca de alguien que me gustaba.	0	1	2	3
22.Cuando alguien en la misma habitación estaba bebiendo.	0	1	2	3
23.Cuando sentía que no tenía a quien acudir.	0	1	2	3
24.Cuando sentía que me estaba deprimiendo.	0	1	2	3
25.Cuando me sentía rechazado sexualmente.	0	1	2	3
26.Cuando estaba aburrido.	0	1	2	3
27.Cuando no era capaz de expresar mis sentimientos	0	1	2	3
28.Cuando la gente era injusta conmigo.	0	1	2	3
29.Cuando me acordaba lo bien que sabe mi bebida favorita	0	1	2	3
30.Cuando me sentía rechazado por mis amigos.	0	1	2	3
31.Cuando me sentía seguro y relajado.	0	1	2	3
32.Cuando veía algo que me recordaba la bebida.	0	1	2	3
33.Cuando me empezaba a sentir harto de la vida.	0	1	2	3
34.Cuando estaba confundido y necesitaba pensar más claramente.	0	1	2	3
35.Cuando me sentía solo.	0	1	2	3
36.Cuando me podía convencer que era una nueva persona que podía tomar unas cuantas copas.	0	1	2	3
37.Cuando me estaba sintiendo el “dueño” del mundo.	0	1	2	3
38.Cuando pasaba por donde venden bebidas.	0	1	2	3
39.Cuando estaba en una situación en la que siempre bebía.	0	1	2	3
40.Cuando me sentía soñoliento y quería estar alerta.	0	1	2	3
41.Cuando estaba cansado.	0	1	2	3
42.Cuando tenía un dolor físico.	0	1	2	3
43.Cuando me sentía seguro de que podía beber solo unas cuantas copas.	0	1	2	3
44.Cuando alguien cercano a mí estaba sufriendo.	0	1	2	3
45.Cuando comencé a pensar que nunca conocería mis límites respecto a la bebida a menos que los probará.	0	1	2	3
46.Cuando salí con mis amigos a divertirme y quise disfrutar más.	0	1	2	3
47.Cuando de repente me encontraba una botella de mi bebida favorita.	0	1	2	3
48.Cuando estaba platicando a gusto y quise contar con una “anécdota”.	0	1	2	3
49.Cuando me ofrecían una copa y me sentía incomodo de rechazarla	0	1	2	3
50.Cuando no le simpatizaba a algunas personas	0	1	2	3
51.Si me sentía mareado o con nauseas.	0	1	2	3
52.Cuando me sentía inseguro de poder lograr lo que esperaban de mi.	0	1	2	3
53.Cuando me sentía muy presionado.	0	1	2	3
54.Cuando dudaba de mi auto-control respecto al alcohol y quería probarlo tomando una copa.	0	1	2	3
55.Cuando parecía que nada de lo que hago me estaba saliendo bien	0	1	2	3
56.Cuando otras personas interferían con mis planes.	0	1	2	3
57.Cuando pensaba que finalmente me había curado y que podía controlar la bebida.	0	1	2	3
58.Cuando todo estaba saliendo bien.	0	1	2	3
59.Cuando sentía que nadie le importaba realmente lo que me pasaba.	0	1	2	3
60.Cuando en una fiesta otras personas estaban bebiendo.	0	1	2	3

61.Cuando me sentía inseguro y quería funcionar mejor	0	1	2	3
62.Cuando me sentía presionado por las exigencias de mi jefe debido a la calidad de mi trabajo.	0	1	2	3
63.Cuando me parecía que no podía hacer las cosas que intentaba.	0	1	2	3
64.Cuando tenía miedo de que las cosas no me iban a salir bien.	0	1	2	3
65.Cuando me sentía satisfecho por algo que había hecho.	0	1	2	3
66.Cuando sentía envidia por algo que había hecho.	0	1	2	3
67.Cuando pasaba frente a un bar.	0	1	2	3
68.Cuando me sentía vacío interiormente.	0	1	2	3
69.Cuando estaba en un restaurante y las personas junto a mí ordenaban unas copas.	0	1	2	3
70.Cuando me sentía muy cansado.	0	1	2	3
71.Cuando todo me estaba saliendo mal.	0	1	2	3
72.Cuando quería celebrar con un amigo (a).	0	1	2	3
73.Cuando alguien me presionaba a demostrar que podía tomar una copa.	0	1	2	3
74.Cuando me sentía culpable de algo.	0	1	2	3
75.Cuando me sentía nervioso y tenso.	0	1	2	3
76.Cuando estaba enojado respecto al curso que habían tomado algunas cosas.	0	1	2	3
77.Cuando me sentía muy presionado por mi familia.	0	1	2	3
78.Cuando algo bueno sucedía y quería celebrarlo.	0	1	2	3
79.Cuando me sentía contento con mi vida.	0	1	2	3
80.Cuando pensaba que realmente no dependía de la bebida.	0	1	2	3
81.Cuando pensaba que una copa no podía hacerme daño.	0	1	2	3
82.Cuando me estaba divirtiendo con mis amigos y quería aumentar la diversión.	0	1	2	3
83.Cuando me sentía confundido respecto a lo que debía de hacer.	0	1	2	3
84.Cuando me reunía con un amigo (a) y sugería tomar una copa juntos.	0	1	2	3
85.Cuando quería celebrar una ocasión especial como la Navidad o un cumpleaños.	0	1	2	3
86.Cuando tenía dolor de cabeza.	0	1	2	3
87.Cuando no me llevaba bien con mis compañeros de trabajo.	0	1	2	3
88.Cuando me estaba divirtiendo en un fiesta y quería sentirme mejor.	0	1	2	3
89.Cuando de repente tenía urgencia de beber una copa.	0	1	2	3
90.Cuando pensaba en las oportunidades que había desperdiciado en la vida.	0	1	2	3
91.Cuando quería probarme a mi mismo que podía beber pocas copas sin emborracharme.	0	1	2	3
92.Cuando había problemas (pleitos) en mi hogar.	0	1	2	3
93.Cuando disfrutando de una comida con amigos pensaba que una copa lo haría más agradable.	0	1	2	3
94.Cuando tenía problemas en el trabajo.	0	1	2	3
95.Cuando estaba a gusto con un amigo (a) y quería tener mayor intimidad.	0	1	2	3
96.Cuando mi jefe me ofrecía una copa.	0	1	2	3
97.Cuando sentía el estómago "hecho nudo".	0	1	2	3
98.Cuando me sentía feliz al recordar algo que me había pasado.	0	1	2	3
99.Cuando necesitaba valor para enfrentarme a alguien.	0	1	2	3
100.Cuando sentía que alguien estaba tratando de controlarme y quería sentirme más independiente y poderoso	0	1	2	3

Gracias por su colaboración

Nombre del terapeuta

Firma del terapeuta

Forma de administración del ISCA

El ISCA puede ser aplicado utilizando lápiz y papel o en un formato computarizado, y se requiere de 20 minutos aproximadamente para completar el cuestionario de 100 reactivos. Puede ser aplicado en forma individual o en grupo. No puede ser aplicado cuando una persona se encuentra bajo la influencia del alcohol o bajo los efectos del síndrome de abstinencia.

Las instrucciones que se le deben dar al cliente son las siguientes:

- A continuación se le presenta una lista de situaciones o eventos, lea con cuidado cada frase, y marque la respuesta, que en forma más precisa describa con qué frecuencia consumió en exceso, ante diversas situaciones el año pasado.

- Cada uno de los 100 reactivos se contesta en una escala de 4 puntos:

(0) Si usted "NUNCA" bebió en exceso en esa situación.

(1) Si "OCASIONALMENTE" bebió en exceso en esa situación.

(2) Si "FRECUENTEMENTE" bebió en exceso en esa situación.

(3) Si "CASI SIEMPRE" bebió en exceso en esa situación.

Forma de Calificación:

Los 100 reactivos se califican de la siguiente manera:

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

Se calculan ocho subpuntajes que corresponden a las ocho subescalas, sumando simplemente los puntos de los reactivos que corresponden a esa categoría o subescala.

Los subpuntajes obtenidos se pueden convertir en un puntaje final llamado "ÍNDICE DEL PROBLEMA", esto se hace dividiendo cada

subpuntaje obtenido entre el subpuntaje máximo posible en esa subescala, y multiplicando por 100.

Las fórmulas para calcular el "ÍNDICE DEL PROBLEMA" es la siguiente:

Interpretación

Los puntajes del ISCA proporcionan un Índice del problema

Los puntajes de cada subescala van de 0 a 100, e indican la magnitud del problema del cliente relacionado con su consumo excesivo en esa escala. Por ejemplo, un puntaje de 0 en una subescala indica que el cliente nunca bebió en exceso en esa situación durante el año pasado, y por lo tanto, es una situación que no presenta riesgo para el cliente. En el otro extremo, un puntaje de entre 67 y 100 indica consumo excesivo muy frecuente en esa situación durante el año pasado, y por lo tanto el terapeuta debe considerar esta situación como de alto riesgo.

El terapeuta puede analizar cada una de las ocho subescalas, pero un mejor perfil se obtiene del análisis de las ocho subescalas en conjunto.

La jerarquía de situaciones de alto riesgo se hace poniendo primero los puntajes más altos, y estos tres puntajes más altos representan las áreas de mayor riesgo para consumir en exceso.

Subescalas

1. Emociones desagradables $(SUMA/60) \times 100$
2. Malestar físico $(SUMA/30) \times 100$
3. Emociones agradables $(SUMA/30) \times 100$
4. Probando auto control $(SUMA/30) \times 100$
5. Necesidad física $(SUMA/30) \times 100$
6. Conflicto con otros $(SUMA/60) \times 100$
7. Presión social $(SUMA/30) \times 100$
8. Emociones agradables con otros $(SUMA/30) \times 100$

Índice del problema

Suma del puntaje de la subescala, Puntaje máximo posible x 100

Interpretación

0 = El usuario nunca bebió en exceso durante el año pasado en estas situaciones. Son situaciones que no son de riesgo o bajo riesgo.

1- 33 = El usuario algunas veces bebió en exceso en este tipo de situaciones durante el año pasado. Situaciones de este tipo presentan riesgo moderado para el usuario.

34 – 66 = Durante el año pasado el usuario frecuentemente bebió en exceso en estas situaciones. Este tipo de situaciones presentan un alto riesgo para el usuario.

67 – 100 = El usuario muy frecuentemente bebió en exceso en estas situaciones durante el año pasado. Situaciones de este tipo presentan un gran riesgo para el usuario.

**ESTUDIO DE LA OMS
LINEA BASE RETROSPECTIVA**

PAIS: MEXICO SUJETO: [][][] FECHA DE HOY: [][][]

INSTRUCCIONES PAEA EL ENTREVISTADOR:
 * Anotar la fecha de hoy, la fecha de inicio y la fecha de término.
 * Checar si el intervalo es de 90 días o de 14, entonces:
 a) recolectar la información de 90 días, empezando con la fecha de inicio (primer día), hasta la fecha de término (día 90);
 o b) recolectar los datos del automonitoreo.

FECHA DE INICIO: [][][] FECHA DE TERMINO [][][]

1993

	LUNES	MARTES	MIER	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
E N E R O					<u>1</u> AÑO NUEVO	2	3
	4	5	6	7	8	9	10
	11	12	13	14	15	16	17
	18	19	20	21	22	23	24
	25	26	27	28	29	30	31
F E B	1	2	3	4	<u>5</u>	6	7
	8	9	10	11	12	13	14 AMISTAD
	15	16	17	18	19	20	21
	22	23	24	25	26	27	28
M A R Z O	1	2	3	4	5	6	7
	8	9	10	11	12	13	14
	15	16	17	18	19	20	<u>21</u>
	22	23	24	25	26	27	28
	29	30	31				
A B R I L				1	2	3	4
	6	6	7	8SANTO	9SANTO	10GLORIA	11PASCUA
	12	13	14	15	16	17	18
	19	20	21	22	23	24	25
	26	27	28	29	30		

ESTUDIO DE
LA OMS

1993

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
M A Y O						1	2
	3	4	5	6	7	8	9
	10 MADRE	11	12	13	14	15	16
	17	18	19	20	21	22	23
	24	25	26	27	28	29	30
	31						
J U N I O		1	2	3	4	5	6
	7	8	9	10	11	12	13
	14	15	16	17	18	19	20 PADRE
	21	22	23	24	25	26	27
	28	29	30				
J U L I O				1	2	3	4
	5	6	7	8	9	10	11
	12	13	14	15	16	17	18
	19	20	21	22	23	24	25
	26	27	28	29	30	31	
A G O S T O							1
	2	3	4	5	6	7	8
	9	10	11	12	13	14	15
	16	17	18	19	20	21	22
	23	24	25	26	27	28	29
	30	31					

LÍNEA BASE RETROSPECTIVA DE ALCOHOL

Instrucciones: Se requieren de 25 a 30 minutos para hacer el estimado de un período de 12 meses. A continuación se enumeran los apoyos del entrevistador para ayudar a las personas a recordar su consumo diario.

- Calendario: Es el principal apoyo para recordar el consumo.
- Días clave: Fiestas, cumpleaños, eventos sociales, vacaciones, etc., que facilitan el recuerdo.
- Tabla con la Conversión de la Unidad de Bebida Estándar: Para reportar un promedio de consumo, una medida estándar.
- Días de abstinencia y de consumo: Identificación de períodos regulares de abstinencia, de consumo fuerte o moderado.
- Situaciones de riesgo: Situaciones como arrestos, hospitalizaciones, enfermedades, tratamientos, que se relacionan con consumir o con la abstinencia.
- Límites de consumo: Identificar los límites superior e inferior de la cantidad consumida (al inicio de la entrevista se deberá preguntar sobre la mayor cantidad consumida durante el período y la menor cantidad consumida).
- Técnica de la exageración: Cuando el paciente tiene dificultad para establecer el límite superior e inferior de consumo. Esta técnica la usa el entrevistador para exagerar estos límites y ayudarlo a que estime sus límites REALES.

Forma de calificación de la LIBARE

Los datos obtenidos en cada una de los días pueden ser promediados o sumados para determinar variables tales como:

- Número total de días de consumo durante el último año.
- Número total anual de tragos estándar consumidos.
- Promedio de tragos en un día de consumo.
- Número máximo de tragos que tomó en un día en los últimos 90 días.
- Porcentaje de días de abstinencia.
 - De bajo consumo.
 - De consumo moderado.
 - De consumo excesivo.

Instrucciones para llenar la LIBARE:

Mediante este calendario, vamos a reconstruir su consumo de bebidas alcohólicas durante el período de: _____ a _____.

No es una tarea difícil, en especial si se utiliza el calendario. Se ha encontrado que este instrumento es útil para que las personas recuerden la cantidad, y frecuencia con que beben. Le daremos algunos "tips" o ayudas para facilitar su llenado:

1. Es importante que en cada día del calendario se anote el número de copas estándar que consumió. El reporte que se proporcione siempre debe ser en Unidades de Bebida Estándar.
2. Los días que NO consumió bebidas alcohólicas márkuelos con un "0".
3. En los días que SÍ consumió bebidas alcohólicas escriba el número de copas estándar que bebió, no importa qué tipo de bebida. Por ejemplo, si bebió durante la comida una copa de tequila, después un vaso de vino, y en la noche tomó una cerveza, esto sería 3 copas estándar es lo que debe reportar en el calendario.
4. Si al llenar el calendario, no recuerda si bebió un lunes o un miércoles, o si fue en la primera o en la segunda semana del mes, trate de ser lo más preciso posible, pero anote su mejor estimación.

Ayudas:

- Si tiene una agenda anual utilícela para ayudarse a recordar.
- En el calendario están señalados los días festivos, como por ejemplo, el 1° de enero, el 16 de septiembre, navidad, etc. Además se puede ayudar recordando fechas especiales como cumpleaños, vacaciones, aniversarios, etcétera.
- Algunas personas tienen un patrón de consumo muy regular. Por ejemplo, beben sólo los fines de semana, los viernes con sus amigos mientras juegan dominó o cartas, o sólo durante viajes de negocios. En estos casos inicie el llenado de su calendario anotando su consumo durante estas fechas.

Procedimiento para calificar e interpretar la LIBARE

Para obtener los días de consumo: cuente las casillas con valores mayores a cero.

Para obtener los días de abstinencia: cuente las casillas con valores igual a cero.

1. Para obtener el número total de tragos estándar consumidos en un año: sume todos los valores de las casillas donde hubo consumo.
2. Para obtener el promedio de consumo por:
 - a. Mes: divida el total de tragos al año, entre 12.
 - b. Día: divida el total de tragos al año, entre los días de consumo (valor del punto 1).

Para obtener el porcentaje de días de:

- a. Abstinencia: divida el total de días de abstinencia (valor del punto 2) entre 365×100 .
- b. Consumo moderado: divida el total de casillas con valores entre 1 y 4 entre 365×100 .
- c. Consumo excesivo: divida el total de casillas con valores entre 5 y 9 entre 365×100 .
- d. Consumo muy excesivo: divida el total de casillas con valores de 10 o mayores entre 365×100 .

ANEXO 2. ARTÍCULO ORIGINAL EN INGLÉS.

MEASUREMENTS, INSTRUMENTS, SCALES, AND TESTS

**CROSS-CULTURAL EVALUATION OF TWO
DRINKING ASSESSMENT INSTRUMENTS:
ALCOHOL TIMELINE FOLLOWBACK AND
INVENTORY OF DRINKING SITUATIONS**

**Linda C. Sobell,* Ph.D.,^{1,2} Sangeeta Agrawal, M.S.,³
Helen Annis, Ph.D.,⁴ Hector Ayala-Velazquez, Ph.D.,⁵
Leticia Echeverria, M.A.,⁵ Gloria I. Leo, M.A.,² Janusz
K. Rybakowski, M.D.,⁶ Christer Sandahl, Ph.D.,⁷ Bill
Saunders, Ph.D.,⁸ Sally Thomas, M.Sc., M.Psch.,⁹ and
Marcin Ziolkowski, M.D.¹⁰**

¹ Center for Psychological Studies, Nova Southeastern
University, Fort Lauderdale, Florida

² Centre for Addiction and Mental Health Services,
Toronto, Ontario, Canada

³ College of Nursing, University of Nebraska Medical
Center, Omaha, Nebraska

⁴ Department of Behavioural Science, University of
Toronto, Toronto, Ontario, Canada

⁵ Faculty of Psychology, National University of Mexico,
Mexico City, Mexico

⁶ Department of Adult Psychiatry, University of Medical
Science, Poznan, Poland

This study was supported by a joint grant from the Addiction Research Foundation (now the Centre for Addiction and Mental Health Services) and the World Health Organization. Except for the first author, the names of the remaining authors are listed in alphabetical order.

* To whom correspondence should be addressed: Center for Psychological Studies, Nova Southeastern University, 3301 College Ave., Fort Lauderdale, FL, 33314. E-mail: sobell@nova.edu

⁷ Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden

⁸ School of Psychology and Addiction Studies Unit, Curtin University of Technology, Perth, West Australia

⁹ Next Step Specialist Drug and Alcohol Services, Perth, West Australia, Australia

¹⁰ Department of Psychiatry, Medical Academy, Bydgoszcz, Poland

ABSTRACT

This article describes the psychometric characteristics of two major assessment instruments used in a World Health Organization (WHO) clinical trial: (a) *Alcohol Timeline Followback* (TLFB, which assesses daily drinking patterns), and (b) *Inventory of Drinking Situations* (IDS, which assesses antecedents to “heavy” drinking). Clients ($N = 308$) were outpatient alcohol abusers from four countries (Australia, Canada, Mexico, and Sweden). Generally, the Alcohol TLFB and IDS were shown to be reliable and valid with outpatient alcohol abusers in four countries, and in three languages. These results suggest that the Alcohol TLFB and the IDS can be used in clinical and research settings with Swedish-, Spanish-, and English-speaking alcohol abusers.

Key Words: Cross-cultural; Alcohol abusers; Timeline Followback; Inventory of drinking situations.

INTRODUCTION

Comparative research on alcohol use in different cultures is important for elucidating differences, as well as for identifying similarities. Cross-cultural research in the alcohol field has largely focused on identifying the following: (1) different patterns of drinking, and (2) similarities in characteristics of the alcohol dependence syndrome (Annis et al., 1996). Although such research has important implications for the adaptation of assessment and treatment strategies to different cultures, very few alcohol-related assessments have been cross-culturally evaluated. The few exceptions have involved World Health Organization (WHO) funded projects (Babor et al., 1994; Room et al. 1996; Üstün, 1997). In fact, development of cross-culturally valid instruments for assessment of mental disorders has been one of

the major goals of the World Health Organization/National Institutes of Health (WHO/NIH) Joint Project on Diagnostic and Classification of Mental Disorders, Alcohol, and Drug-Related Problems (Room et al., 1996; Üstün, 1997). Those involved in the joint WHO/NIH Project have argued that reliable and valid instruments are essential for making accurate substance-related diagnosis and evaluations (Üstün, 1997).

Although the last decade has witnessed a growth in the number of available instruments for assessing alcohol use and related antecedents (Allen and Columbus, 1995; Sobell et al., 1994), most instruments are available only in English. In this regard, clinicians should only use assessment instruments that are culturally valid (American Psychological Association, 1993). Two assessment instruments developed by researchers at the Addiction Research Foundation (Toronto), the *Alcohol Timeline Followback* (TLFB) (Sobell and Sobell, 1992; Sobell and Sobell, 1995; Sobell and Sobell, 1996), and the *Inventory of Drinking Situations* (IDS) (Annis and Davis, 1988a; Annis and Davis, 1988b; Annis et al., 1987) have undergone extensive research, are psychometrically sound, and are in widespread use in English (Allen and Columbus, 1995; Sobell and Sobell, 1995).

The present study was part of a WHO collaborative project conducted in Australia, Canada, Mexico, Poland, and Sweden to explore cross-cultural variability in consumption patterns and circumstances under which drinking takes place among alcohol abusers in outpatient treatment (Annis et al., 1996). The Addiction Research Foundation (Toronto, Ontario) in Canada served as the coordinating center for the study. This article examined the psychometric characteristics of the TLFB and the IDS for outpatient "alcohol users" from four countries, and in three languages.

METHOD

Respondents

The objective of this study was to obtain a sample of 108 outpatient alcohol abusers from each of five countries (Australia, Canada, Mexico, Poland, and Sweden). With the exception of the coordinating country (Canada), the selection of the participating countries was a result of investigators in several countries being invited to participate. For final inclusion as a participating country in this WHO project, investigators had to agree to the following: (a) be willing to have their clients approached about participating in a research study; (b) be able to provide sufficient outpatient female and male clients for the projected sample; (c) eligible clients could not be on

anti-alcohol drugs or coerced to treatment as this might affect their self-monitoring in terms of potential drinking days; (d) be willing to have one staff member be trained as a research project coordinator and spend time interviewing clients and collecting and transferring data to the coordinating country; data were collected by researchers with a guarantee of confidentiality to better ensure valid self-reports (see Sobell et al., 1994); (e) be willing to have clients come back on two occasions; and (f) be willing and able to come to two paid study meetings in Canada at the beginning and end of the project. Initially it was hoped to have investigators from as many countries as possible, including those with French- and German-speaking clients. Unfortunately, investigators from several countries who were approached could not meet some of the inclusion criteria for study participation (e.g., no outpatient clinic, did not have a sufficient sample flow, did not want to participate in a research study). Except for travel to the two study meetings and provision of alcohol saliva testers, no remuneration was provided to any country for client recruitment, interviewing, or data processing.

It was proposed that within each country recruitment would be stratified by age (18–40 >40), gender, and alcohol dependence. The *Short Alcohol Dependence Data* (SADD) questionnaire (Davidson and Raistrick, 1986) was used to assess low to mild levels of alcohol dependence (SADD scores of 1–19) versus high levels of dependence (SADD scores of ≥ 20). Because of the disproportionate number of males in most alcoholic treatment programs (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 1993), the study design called for the recruitment of twice as many males as females at each site.

Clients admitted into the study had to meet the following criteria: (1) ≥ 18 years of age; (2) primary substance for which clients entered outpatient treatment was alcohol abuse; (3) native speaker of English (Australia and Canada), Spanish (Mexico), Polish (Poland), or Swedish (Sweden); (4) not currently taking an alcohol sensitization drug such as Antabuse[®] or temposil; (5) not in need of inpatient detoxification for alcohol withdrawal; (6) no evidence of cognitive impairment or active psychosis as determined by a short version of the WAIS and Trails (Carlen et al., 1978); (7) willing to self-monitor their daily alcohol use over a 2-week interval, provide daily saliva readings; (8) sign an informed consent (each country had its consent and the study approved by its respective research/ethics committee); and (9) be willing to participate in two assessment interviews and be alcohol-free at both interviews as determined by a portable alcohol saliva tester.

Although data were collected from 119 clients from Poland, data from this site are not included in this report for several reasons. First, because of a procedural oversight one of the two assessment instruments, the IDS, was not readministered at the second interview. Second, only 19 of 119 (16.0%)

Table 1. Selected Treatment Program Characteristics for Four Countries

Variable	Country			
	Canada ^a	Australia	Mexico ^b	Sweden
Program type	Outpatient	Outpatient	Outpatient	Outpatient
Philosophy ^c	CB	SL	CB, MM, AA, SFI	CB
Type of patients	Mild to severely dependent	Mild to severely dependent	Mild to severely dependent	Not severely dependent
Staff	Varied prof. experience	Multidisciplinary team	Psychiatric psychological medical	Multidisciplinary
Program goals	Reduction in use, abstinence	Harm minimization, abstinence	Reduction in use, abstinence	Abstinence with anti-alcohol drug
Treatment services ^d	I, G, MI	I, G, detox	I, G, F, AA, medication	I, anti-alcohol, drugs
Average treatment length	4-8 sessions	Variable	From 4-8 sessions to 1 year	Variable
Dropouts	20%	Unknown	Unknown	15%

^a Clients recruited from two different programs.

^b Clients recruited from four different programs.

^c CB = Cognitive Behavior; SL = Social Learning; MM = Minnesota Model; AA = Alcoholics Anonymous; SFI = Social Family Intervention.

^d I = Individual; G = Group; MI = Motivational Interventions; F = Family.

clients had any usable drinking data because almost all became abstinent on entering treatment. Third, for those that did report any drinking their self-monitoring (SM) logs were filled out at the second interview just before they completed the 14-day TLFb. Fourth, because the SM logs were completed at the time of the interview, concurrent dipstick readings were not available to validate the self-reports of daily drinking.

For the four countries a total of 308 clients were successfully recruited: (1) Australia, $n = 46$; (2) Mexico, $n = 91$; (3) Sweden, $n = 49$; and (4) Canada, $n = 122$. Although two of the countries met or came close to the projected sample of 108 clients, two countries recruited slightly $< 50\%$ of their projected sample. Because of limited study resources, sites were only able to collect data on clients who agreed to be in the study. Table 1 briefly lists different treatment program characteristics for the four countries that provided complete data for this study. Although all the treatment programs were outpatient by virtue of the study selection criteria, for other program variables there was considerable variability ranging from the types of clients seen to the program philosophy to the types of services and program goals that were offered.

Study Design and Procedures

The study design and procedures have been described in detail elsewhere (Annis et al., 1996) and will only be briefly noted here. Readers are referred to an earlier article for a detailed diagram of the study design showing the time periods over which the data were collected and when the daily SM occurred (see Fig. 1 in Annis et al., 1996). The study involved having clients come in on two occasions, at intake to treatment and again 2 weeks later. As in other cross-cultural studies (e.g., Babor et al., 1994; Room et al., 1996), to achieve good translations of all English language study questionnaires (i.e., semantic equivalence), a process of translation and retro-translation (i.e., back translation) to Spanish, Swedish, and Polish was followed. Even with this procedure, there can be differences between countries because of difficulties capturing the same meaning for certain words. For example, in Mexico and Sweden the translated word for “urge” is more like the word for “craving” which the investigators felt had stronger subjective connotations than the word “urge.”

At the first session (1) clients were administered a breath test to establish that they were alcohol-free, (2) demographic and drinking history data were obtained, (3) a 90-day Alcohol TLFB calendar was completed (Sobell and Sobell, 1992; Sobell and Sobell, 1995), and (4) the 100-item IDS (Annis et al., 1987) was administered. At the first session clients were given a supply of AlcoRange strips (Kapur and Israel, 1984; Tu et al., 1992) and a daily alcohol SM booklet to record various aspects of their drinking. Each client was given a return appointment in about 2 weeks. The mean standard deviation (SD) test-retest interval across clients from all four countries was 14.3 (2.0) days and means (SD) for the four countries ranged from 14.0 (0.0) days for Sweden to 14.9 (4.4) days for Australia. The minimum test-retest interval for clients was 13 days. At the second session, a breath test was readministered, a 14-day TLFB covering the same 14 days as on the SM logs was completed, and 100-item IDS was readministered.

Measures

The Alcohol TLFB, the most extensively evaluated procedure for evaluating retrospective self-report estimates of daily drinking, can be used by clinicians and researchers to gather information up to 12 months before the interview. It can be self-administered or administered in a paper or pencil version as well as by computer. Several memory aids are used to enhance recall (e.g., calendar, special dates, standard drink conversion). High test-retest reliability and concurrent validity have been established

with a variety of drinker groups (Sobell and Sobell, 1992; Sobell and Sobell, 1995; Sobell and Sobell, 1996).

The IDS (IDS-100), a 100-item self-report questionnaire, provides a profile of different situations in which people report they drank "heavily" during the past year (Annis et al., 1987). The person's drinking is evaluated with respect to different types of drinking situations: unpleasant emotions, physical discomfort, pleasant emotions, testing personal control, urges and temptations, conflict with others, social pressure to drink, and pleasant times with others. The IDS has been evaluated psychometrically and its eight subscales show good reliability as well as content and external validity (Annis and Davis, 1988a; Annis and Davis, 1988b; Annis and Graham, 1995; Annis et al., 1987).

The AlcoRange also known as the Alcohol Dipstick, is a disposable plastic strip with a reagent pad designed for the rapid testing of alcohol in bodily fluids. In saliva the test estimates the current concentration of alcohol in the blood by color changes. The method has been reported to have high sensitivity and specificity for detecting the presence of ethanol compared with other evidential alcohol testers (Kapur and Israel, 1983; Tu et al., 1992) and was used in the WHO trial evaluating the AUDIT (Babor et al., 1996). The clinical usefulness of the Alcohol Dipstick to monitor drinking during outpatient alcohol treatment has been previously reported (Peachey and Kapur, 1986). For each of the 14 days when any drinking occurred, clients were asked to record in their SM logs a number on the dipstick ranging from 1 through 6 (coded according to color; e.g., 1 = 0 mg/dL to 3 = .05 mg/dL to 6 = .40 mg/dL); they were not told what the numbers meant (e.g., if a client wrote 1 then the reading was recorded by the researchers as no alcohol). Times for daily testing and recording were determined individually for clients and corresponded with their peak self-reported daily drinking times (e.g., at night after drinking).

Self-monitoring procedures provide a useful validity check for retrospective daily drinking estimates as they are subject to fewer recall problems than when target behaviors are recorded at longer intervals after they occur (Samo et al., 1989; Sobell et al., 1989). The SM logs used in the present study asked clients to record the following information for each day in the 14-day interval: (a) month and day; (b) saliva test result; (c) total number of drinks per day; and (d) whether an urge or temptation was experienced when not drinking.

Two aspects of clients' SM data were evaluated: (1) daily self-monitoring data were compared with data obtained over the same 14-day period by retrospective self-reports on the TLFB; and (2) daily SM of drinking and saliva test results were compared with the same days on the TLFB.

RESULTS

The present study attempted to stratify clients by gender and SADD scores. In most cases, gender stratification was achieved with the exception of Mexico where very few females enter treatment facilities. For SADD scores stratification was fairly successful. Table 2 shows demographic and

Table 2. Selected Demographic and Alcohol History Variables for Clients in Four Countries

Variable	Australia (<i>n</i> = 46)	Mexico (<i>n</i> = 91)	Sweden (<i>n</i> = 49)	Canada (<i>n</i> = 122)
Mean (SD) age (y)	39.5 (12.7)	37.6 (11.7)	43.7 (10.5)	39.6 (9.4)
Mean (SD) SADD score	21.4 (9.3) ^a	19.0 (7.3)	11.7 (7.5)	18.1 (8.6)
Mean (SD) education (y)	11.3 (1.8)	11.9 (4.2)	12.3 (3.1)	13.6 (2.8)
% Male	65.2	82.4	87.8	68.0
% Married	35.6 ^a	56.0	42.9	31.1
% Employed	34.8	66.7 ^b	67.3	56.6
% White collar	25.6 ^c	34.9 ^d	45.8	50.0
% Own home	40.0 ^a	41.1 ^b	26.5	32.0
Mean (SD) years drinking problem	10.3 (8.9)	9.0 (9.0)	8.2 (6.6) ^e	12.5 (9.2)
Mean (SD) alcohol hospitalizations	1.9 (3.3)	0.3 (0.7)	1.4 (3.0)	1.1 (3.0)
Mean (SD) alcohol arrests	1.0 (1.2) ^f	1.3 (2.7)	2.1 (4.5)	1.4 (3.7)
% No past alcohol treatment	33.3 ^g	59.3	67.3	56.6
% Relief drinking	47.8	67.0	42.9	49.6 ^h
% Delirium tremens	17.4	12.1	2.0	23.0
% Seizures	21.7	9.9	6.1	7.4 ^h
% Hallucinations	19.6	16.5	10.2	9.0
90-day timeline ⁱ				
Mean (SD) days abstinent	38.9 (28.0)	55.4 (24.6)	66.1 (26.8)	44.5 (28.8)
Mean (SD) days 1–4 drinks	5.5 (13.8)	10.6 (18.8)	11.1 (16.7)	14.7 (20.2)
Mean (SD) days ≥ 5 drinks	45.6 (30.4)	23.6 (19.4)	12.8 (17.3)	30.8 (26.2)
Mean (SD) drinks/drinking day	13.8 (7.8) ^a	8.1 (3.6) ^b	7.1 (4.9) ^g	8.6 (5.4) ^j

^a *n* = 45.

^b *n* = 90.

^c *n* = 39.

^d *n* = 83.

^e *n* = 48.

^f *n* = 43.

^g *n* = 41.

^h *n* = 121.

ⁱ 1 drink = 13.6 g of absolute ethanol.

^j *n* = 119.

alcohol history variables for clients across the five countries. A χ^2 test was performed for nonparametrically scaled variables and 1-way analysis of variance (ANOVA) were used for parametrically scaled variables. Significant differences for parametric variables were probed using Scheffé posthoc comparison tests. As expected, there were significant differences ($p < .05$) across sites on all variables. However, these differences were expected. For example, because very few people in Sweden own their own homes, the low percentage for Sweden on this variable was not unusual. Clients from Mexico had a low percentage of hospitalizations because there were few inpatient alcohol treatment programs in that country. Because the Swedish sample had a high percentage of drinking drivers in the sample, this resulted in a higher number of drunk driving arrests compared with other countries. Presumably, because such individuals are not severely dependent on alcohol, the Swedish sample appears less severe in terms of alcohol dependence than would otherwise be the case. Conversely, the higher percentage of drinking drivers who were coerced into treatment might also reflect a lower percentage committed to abstinence. As well, some of the exclusion criteria might have affected the representativeness of the various samples (e.g., clients on Antabuse[®] were excluded, which at the time of data collection in Sweden was standard treatment for almost all clients after detoxification). The education level for the Mexican sample might be higher than usual as recruitment occurred at a university clinic. The percentage of employed clients was also higher in Mexico at the time of the study than it would be today because of uncertain economic conditions.

Interestingly, while all clients completed their SM logs, about two-fifths (40.2%, 123/306; data from two clients were lost) reported they were abstinent (i.e., no drinking) during the entire 2-week SM interval. The number and percentage of clients in each country who reported any drinking during the 14-day monitoring period was: (1) Australia, 54.3% (25/46); (2) Mexico, 61.1% (55/90); (3) Sweden, 59.2% (29/49); and (4) Canada, 61.2% (74/121). Because there was a large percentage of clients with no reports of drinking on their SM logs, these clients were excluded from subsequent test-retest correlational analyses as the large number of zero data pairs would artificially inflate the correlations. Although efforts were made to screen clients into the study who could potentially have drinking days (i.e., clients on anti-alcohol drugs and coerced into treatment were excluded as such situations demand abstinence from alcohol), it was not surprising that many clients reported no alcohol use during the SM period as most alcohol treatment programs have a goal of abstinence.

Comparison of Reporting Methods: SM and Alcohol Dipstick Readings

Clients' dipstick tester readings were compared with their SM log reports. Of the 183 clients who reported some drinking during the 2-week period and who completed their SM logs, 146 had at least 1 day when a saliva reading was taken. Correlations were computed for the number of days clients reported they were abstinent and the number of days when the saliva tester was reported as reading no alcohol (i.e., number 1 reading = zero blood alcohol level). Correlations could not be computed for Sweden because there were too few data points. The correlations for the other three countries were: (1) Australia ($n = 18$), $r = .78$, $p < .001$; (2) Mexico ($n = 43$), $r = .74$, $p < .001$; and (3) Canada ($n = 72$), $r = .82$, $p < .001$. Lastly, for all days when a tester was used, 82.5% (1443/1750) of all clients' self-reports were consistent (i.e., tester and self-monitoring log = no alcohol; tester and SM log = alcohol). This figure increased to 86.6% when the clients reported they had been drinking and the tester showed no alcohol (i.e., false-negatives).

Comparison of Reporting Methods: SM and TLFB

As in two previous studies comparing the TLFB and SM data (Samo et al. 1989; Sobell et al., 1989), two types of evaluations took place. The first of which is shown in Table 3 presents Intraclass Correlation Coefficients (ICCs) between clients' SM log reports and the corresponding 14 days on their TLFB for several drinking variables across the four countries. ICCs are defined as the proportion of total variance of an observation that is associated with the class to which it belongs (Winer, 1971). Use of ICCs is preferred to Pearson correlations because they are unbiased and are more sensitive to changes in test-retest means (e.g., Maisto et al., 1990). With the exception of one variable, percent days abstinent, Table 3 includes only clients who reported at least 1 day of drinking either on their SM logs or their TLFB calendar.

As shown in Table 3, with one exception, the ICCs were generally high ranging from .60 to .99 with 90% having an ICC $\geq .80$. Although respectable, the correlations for the Swedish sample might be slightly low because the data underwent multiple drinking formula conversions. For example, interviewers collected data from clients on the TLFB using grams (g) and this was then converted into standard drinks by a rounding procedure to obtain an even number of standard drinks (e.g., 20 g was divided by 13.6 g of alcohol to = 1 drink; 40 g = 3 drinks; 60 g = 4 drinks). Further, some clients

Table 3. Intraclass Correlations (ICCs) Between Clients' Self-Monitoring Logs and the Corresponding 14 Days from Their Timeline Followback for Those Who Reported at Least One Day of Drinking in the Reporting Period ($N = 183$)^{a,b}

Variable	Australia ($n = 25$)	Mexico ($n = 55$)	Sweden ($n = 29$)	Canada ($n = 74$)
Number of total drinks ^c	.99	.92	.75	.97
Drinks/drinking day	.99	.96	.60	.93
Number of days 1–4 drinks	.88	.99	.80	.93
Number of days ≥ 5 drinks	.95	.91	.83	.97
Number of abstinent days	.99	.96	.96	.98

^a All p values $< .001$, except ICC = .60, $p < .01$.

^b 7 clients had missing data in their reports and were excluded from their respective country's analysis.

^c 1 drink = 13.6 g of absolute ethanol.

on their SM logs reported their drinking using both standard drinks and centiliters (cl) and did not indicate the beverage type. In summary, the correlations across the four countries for the different drinking variables compare favorably with or are higher than those reported previously (Sobell and Sobell, 1992; Sobell et al., 1988; Sobell et al., 1986). The second analysis probing the SM and TLFB data involved the 183 subjects that reported any drinking on either their SM logs or TLFB calendar. Paired t tests were performed for the following three variables: (1) the percentage of days drinking was reported on each measure, (2) the mean number of drinks per drinking day, and (3) total number of drinks consumed. For all three variables the differences were significant and reflected that slightly more drinking and drinking days were reported on the SM logs than the TLFB: (1) Mean (SD) drinks per drinking day: TLFB = 5.7 (4.0), SM = 6.3 (4.5); $t(177) = 2.94$, $p = .004$; (2) Mean (SD) percentage of days drinking in the 14-day period: TLFB = 37.6 (28.6), SM = 39.0 (27.7); $t(184) = 2.95$, $p = .004$, and (3) Mean (SD) total number of drinks consumed in the 14-day period: TLFB = 29.9 (31.8), SM = 33.7 (35.8); $t(182) = 3.82$, $p < .001$.

Table 4 shows the ICCs for the full 100-item IDS and its eight subscales for the four countries over a 2-week interval. Unfortunately, very few clients in the Mexican sample were readministered the IDS at the second interview. With a few exceptions, the correlations were high with close to three-quarters having a value of ICC = .80 or higher. The subscale correlations compare very favorably with an earlier evaluation of a short

Table 4. Intraclass Correlations (ICCs) for the Inventory of Drinking Situations (IDS) Subscales over a 14-Day Interval^a

IDS Subscale (Number of items)	Australia (<i>n</i> = 42)	Mexico (<i>n</i> = 13)	Sweden (<i>n</i> = 44)	Canada (<i>n</i> = 106)
Unpleasant emotions (20)	.97	.84	.83	.85
Physical discomfort (10)	.97	.49	.80	.72
Pleasant emotions (10)	.96	.71	.73	.71
Testing personal control (10)	.96	.63	.88	.74
Urges and temptations (10)	.96	.80	.73	.83
Conflict with others (20)	.98	.78	.84	.90
Social pressure to use (10)	.97	.94	.79	.88
Pleasant times with others (10)	.97	.88	.83	.84
IDS total (100)	.97	.89	.86	.93

^a All *p* values < .001, except ICC = .49, *p* < .05.

form of the IDS. In that study the correlations for the eight subscales ranged from $r = .78$ to $r = .92$ (Annis and Kelly, 1984 November). In the present study, the correlations for the *full 100-item* IDS scale across all four countries were high and ranged from ICC = .86 to ICC = .97.

DISCUSSION

This cross-cultural study was designed to examine two constructs that were expected to be sensitive to differences in drinking practices: patterns of alcohol consumption and antecedents to use. Two established assessment instruments, the Alcohol TLFB and the IDS, were selected to evaluate these constructs. Before a discussion of differences or similarities across countries can take place a necessary first step as done in past cross-cultural studies (e.g., Babor et al., 1994; Room et al., 1996; Üstün, 1997) is to ensure that the key dependent measures were psychometrically sound across countries.

SM of consumption and situational antecedents to drinking and saliva tests for alcohol were used as methods of validation of the two assessment instruments. With a few exceptions, clients' SM data and saliva tests compared favorably with their reports on the TLFB. Although as a group, clients' SM of drinking and TLFB reports resulted in statistically significant differences. The differences, however, were not of a magnitude that researchers or clinicians would draw diagnostically or clinically different conclusions about the clients' drinking using one or the other reports. For example,

using clients' reports from their TLFB and SM logs during the 14-day monitoring period clients reported drinking on 37.6% and 39.0% of all days, consuming 29.9 and 33.7 total drinks, and averaging 5.7 and 6.3 drinks per drinking day, respectively. These significant differences, although not quantitatively large, may be a result of clients' drinking becoming more salient during the SM periods. This finding was not surprising as slightly higher reports of drinking using SM logs compared with TLFB reports were reported in a previous study with college students (Sobell et al., 1989). Lastly, the slight disparity between the TLFB and SM reports in the present study most likely is attributable to the fact that the TLFB reports were slightly affected by forgetting.

Although there have been multiple evaluations of the reliability of the IDS, only one study (Annis and Kelly, 1984 November) has reported test-retest data and that was for a short version of the IDS. The 100-item IDS scale and its eight subscales were generally highly reliable across all four countries. Although another way to assess the IDS's construct validity is to study factor invariance across groups, the small sample size for each country precludes multigroup analyses.

Overall, this study found very good cross-cultural support for the reliability and validity of two major assessment instruments, the Alcohol TLFB and the IDS. This occurred across four countries and with the instruments translated into three languages. The results of this study suggest that the Alcohol TLFB and the IDS have satisfactory psychometrics properties to be used in clinical and research trials with Swedish-, Spanish-, and English-speaking "alcohol abusers."

This study, as with other cross-cultural studies (Babor et al., 1994; Room et al., 1996; Üstün, 1997), had several limitations. First, there was some unevenness in the data collection and reporting resulting from recruiting difficulties in two of the four countries. Second, procedural errors resulted in unusable data from one of the five countries. Third, because of the abstinent nature of most outpatient treatment programs, two-fifths of clients did not drink during the study's 14-day SM period. This, consequently, make it impossible to compare anything other than clients' reports of abstinence on the two drinking instruments (i.e., SM and TLFB). Fourth, although bilingual experts performed the translations and back translations, problems in the translation of some words were encountered. Finally, whether these results with outpatient alcohol abusers are generalizable to all individuals in a culture with alcohol problems is unknown.

The implementation of this cross-cultural study went very smoothly largely owing to the fact that most of the investigators had known and worked with each other previously. Thus, there was already a spirit of

camaraderie and trust. In addition, the fact that all the investigators were connected with a clinic greatly facilitated the cooperation of the clinical staff as well as client recruitment. Two meetings, one before and one at the completion of the data collection, occurred. Also, the investigators' expenses to attend the meetings were reimbursed. Last, at the second meeting it was decided what publications would follow and the order of authors. It would seem, therefore, that cross-cultural research might be facilitated if investigators had some degree of familiarity and trust. Furthermore, there should be some benefit to those participating in the projects. In the present case, all the investigators were not only associated with or ran clinical programs, but also had an interest in research. In summary, the cooperative nature of the investigators in the five countries speaks to the feasibility of similar research studies with clinical populations of substance abusers.

REFERENCES

- Allen, J.P.; Columbus, M. *Assessing Alcohol Problems: A Guide for Clinicians and Researchers*. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism: Rockville, MD, 1995.
- American Psychological Association. *Guidelines for Providers of Psychological Services to Ethnic, Linguistic, and Culturally Diverse Populations*. *Am. Psychologist*. **1993**, *48*, 45–48.
- Annis, H.M.; Davis, C.S. *Assessment of Expectancies*. In *Assessment of Addictive Behaviors*, Donovan, D.M., Marlatt, G.A., Eds., Guilford Press: New York, 1988a; 84–111.
- Annis, H.M.; Davis, C.S., Eds.; *Self-efficacy and the prevention of alcoholic relapse: Initial findings from a treatment trial*. Praeger: New York.
- Annis, H.M.; Graham, J.M. *Profile Types on the Inventory of Drinking Situations: Implications for Relapse Prevention Counseling*. *Psychol. Addict. Behav.* **1995**, *9*, 176–182.
- Annis, H.M.; Graham, J.M.; Davis, C.S. *Inventory of Drinking Situations (IDS) User's Guide*. Addiction Research Foundation: Toronto, 1987.
- Annis, H.M.; Kelly, P. *Analysis of the Inventory of Drinking Situations*. Paper presented at the annual meeting of the American Psychological Association, Toronto, Ontario, Canada, Nov 1984.
- Annis, H.M.; Sobell, L.C.; Ayala-Velazquez, H.; Rybakowski, J.K.; Sandahl, C.; Saunders, B.; Thomas, S.; Ziolkowski, M. *Drinking-Related Assessment Instruments: Cross-Cultural Studies*. *Substance Use Misuse* **1996**, *31*, 1525–1546.
- Babor, T.F.; Acuda, W.; Campillo, C.; Del Boca, F.K.; Grant, M.; Hodgson, R.; Rollnick, S.; Ivanets, N.; Lukomskaya, M.; Machona,

- M.; Saunders, J.B.; Skutle, A. A Cross-National Trial of Brief Interventions with Heavy Drinkers. *Am. J. Public Health* **1996**, *86*, 948–955.
- Babor, T.F.; Grant, M.; Acuda, W.; Burns, F.H.; Campillo, C.; Del Boca, F.K.; Hodgson, R.; Ivanets, N.N.; Lukomskya, M.; Machona, M.; Rollnick, S.; Resnick, R.; Saunders, J.B.; Skutle, A.; Connor, K.; Ernberg, G.; Kranzler, H.; Lauerman, R.; McRee, B. A Randomized Clinical Trial of Brief Interventions in Primary Care: Summary of a WHO Project. *Addiction* **1994**, *89*, 657–660.
- Carlen, P.L.; Wortzman, G.; Holgate, R.C.; Wilkinson, D.A.; Rankin, J.G. Reversible Cerebral Atrophy in Recently Abstinent Chronic Alcoholics Measured by Computed Tomography Scans. *Science* **1978**, *200*, 1076–1078.
- Davidson, R.; Raistrick, D. The validity of the *Short Alcohol Dependence Data (SADD)* Questionnaire: A Short-Report Questionnaire for the Assessment of Alcohol Dependence. *Br. J. Addict.* **1986**, *81*, 217–222.
- Kapur, B.M.; Israel, Y. A Dipstick Methodology for Rapid Determination of Alcohol in Body Fluids. *Clinical Chem.* **1983**, *29*, 1178.
- Kapur, B.M.; Israel, Y. Alcohol Dipstick for Ethanol and Methanol. *Clin. Biochem.* **1984**, *17*, 201.
- Maisto, S.A.; McKay, J.R.; Connors, G.J. Self-Report Issues in Substance Abuse: State of the Art and Future Directions. *Behav. Assess.* **1990**, *12*, 117–134.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Eighth Special Report to the US Congress on Alcohol and Health. US Government Printing Office: Washington, DC, 1993.
- Peachey, J.E.; Kapur, B.M. Monitoring Drinking Behavior with the Alcohol Dipstick During Treatment. *Alcohol: Clin. Exp. Res.* **1986**, *10*, 663–666.
- Room, R.; Janca, A.; Bennett, L.A.; Schmidt, L.; Sartorius, N. WHO Cross-Cultural Applicability Research on Diagnosis and Assessment of Substance Use Disorders: An Overview of Methods and Selected Results. *Addiction.* **1996**, *91*, 199–220.
- Samo, J.A.; Tucker, J.A.; Vuchinich, R.E. Agreement between Self-Monitoring, Recall, and Collateral Observation Measures of Alcohol Consumption in Older Adults. *Behav. Assess.* **1989**, *11*, 391–409.
- Sobell, L.C.; Sobell, M.B. Timeline Followback: A Technique for Assessing Self-Reported Alcohol Consumption. In *Measuring Alcohol Consumption: Psychosocial and Biological Methods*; Litten, R.Z., Allen, J., Eds., Humana Press: Towota, NJ, 1992; 41–72.
- Sobell, L.C.; Sobell, M.B. Alcohol Consumption Measures. In *Assessing Alcohol Problems: A Guide for Clinicians and Reseachers*; Allen, J.P.,

- Columbus, M., Eds.; National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism: Rockville, MD, 1995; 55–73.
- Sobell, L.C.; Sobell, M.B. Alcohol Timeline Followback (TLFB) Users' Manual. Addiction Research Foundation: Toronto, Canada, 1996.
- Sobell, L.C.; Sobell, M.B.; Leo, G.I.; Cancilla, A. Reliability of a Timeline Method: Assessing Normal Drinkers' Reports of Recent Drinking and a Comparative Evaluation Across Several Populations. *Br. J. Addict.* **1988**, *83*, 393–402.
- Sobell, L.C.; Toneatto, T.; Sobell, M.B. Behavioral Assessment and Treatment Planning for Alcohol, Tobacco, and Other Drug Problems: Current Status with an Emphasis on Clinical Applications. *Behav. Ther.* **1994**, *25*, 533–580.
- Sobell, M.B.; Bogardis, J.; Schuller, R.; Leo, G.I.; Sobell, L.C. Is Self-Monitoring of Alcohol Consumption Reactive? *Behav. Assess.* **1989**, *11*, 447–458.
- Sobell, M.B.; Sobell, L.C.; Klajner, F.; Pavan, D.; Basian, E. The Reliability of a Timeline Method for Assessing Normal Drinker College Students' Recent Drinking History: Utility for Alcohol Research. *Addict. Behav.* **1986**, *11*, 149–162.
- Tu, G.C.; Kapur, B.; Israel, Y. Characteristics of a New Urine, Serum, and Saliva Alcohol Reagent Strip. *Alcohol.: Clin. Exp. Res.* **1992**, *16*, 222–227.
- Üstün, B.; Compton, W.; Mager, D.; Babor, T.; Baiyewu, O.; Chatterji, S.; Cottler, L.; Gösgüs, A.; Mavreas, V.; Peters, L.; Pull, C.; Saunders, J.; Smeets, R.; Stipek, M.-R.; Vrsti, R.; Hasin, D.; Room, R.; Van den Brink, W.; Reiger, D.; Blaine, J.; Grant, B. F.; Sar. WHO Study on the Reliability and Validity of the Alcohol and Drug Use Disorder Instruments: Overview of Methods and Results. *Drug Alcohol Depend.* **1997**, *47*, 161–169.
- Winer, B.J. *Statistical Principles in Experimental Design*; McGraw Hill: New York; 1971.

RESUMEN

Este artículo describe las características psicométricas de dos instrumentos de asesoramiento que se utilizaron en una prueba clínica de WHO: (a) Alcohol Timeline Followback (TLFB: un método para evaluar modos de tomar), y (b) Inventory Drinking Situations (IDS: un asesoramiento para evaluar antecedentes al beber con exceso). Los pacientes ambulatorios ($N = 308$) fueron abusadores de alcohol de cuatro países (Australia, Canadá, México, Suecia). Por lo general, el TLFB y el IDS se mostraron ser fiables y válidos con pacientes ambulatorios que abusan alcohol en

cuatro países y tres idiomas. Los resultados indican que el Alcohol y el IDS se pueden utilizar en clínicas y para estudios científicos con con abusadores de alcohol de habla sueca, español e inglés.

RÉSUMÉ

Cet article décrit les caractéristiques psychométriques de deux instruments d'évaluation utilisés sous l'égide de l'OMS pour un essai clinique: (a) le TLFB (Alcohol Timeline Followback) évalue les modèles de consommation quotidienne d'alcool et (b) l'IDS (Inventory Drinking Situations) évalue ce qui a précédé la consommation excessive. Nous avons interrogé des malades alcooliques (N = 308) en soins ambulatoires provenant de quatre pays (Australie, Canada, Mexique et Suède). Les résultats obtenus tendent à confirmer la fidélité et la validité de ces instruments (TLFB et IDS). Ils nous incitent également à penser que ces instruments peuvent être utilisés tant au niveau clinique qu'à celui de la recherche auprès de malades alcooliques s'exprimant en suédois, espagnol ou anglais.

THE AUTHORS

Linda C. Sobell, Ph.D., ABPP, received her Ph.D. in psychology from the University of California at Irvine in 1976. She is currently Professor and Associate Director of Training at the Center for Psychological Studies at Nova Southeastern University in Fort Lauderdale, Florida. She holds a Diploma in Behavioral Psychology from the American Board of Professional Psychology. Dr. Sobell has authored 5 books and written more than 200 articles and book chapters. She is on the editorial board of 7 professional journals, is a Fellow in the American Psychological Association, and was past President of the Association for Advancement of Behavior Therapy. Her current research interests include natural recovery (self-change) processes, behavioral assessment, motivational interventions, validity of self-reports, and brief motivational interventions for not severely dependent alcohol and drug abusers.

Sangeeta Agrawal, M.S., received her Masters degree in Statistics from the University of Western Ontario, London, Canada. She is currently working at College Nursing, University of Nebraska Medical Center, Omaha, Nebraska, as a Research Analyst/Instructor. She is also working as a statistical consultant for the project "Fostering Self-Change Program" at the Center for Addiction and Mental Health, Toronto, Ontario, Canada. Before

this for seven years she was at Addiction Research Foundation in Canada where she was a Research Associate. She has co-authored 15 publications.

Helen M. Annis, Ph.D., is professor in the Department of Behavioural Science, Faculty of Medicine, University of Toronto. Dr. Annis has served as editor of the journal *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, and as a member of the Board of Directors of the Canadian Psychological Association, the Governing Council of the Canadian Register of Health Service Providers in Psychology, the Aid to Scholarly Publications Committee of the Social Science Federation of Canada, and the Clinical and Treatment Research Review Study Group of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Dr. Annis has published 3 books, 4 assessment instruments, and more than 60 journal article and book chapters on addictive behaviors.

Hector Ayala-Velazquez, Ph.D. (University of Kansas, 1974), is Professor of Psychology and Chair of the Health Psychology Program of the Faculty of Psychology of the National University of Mexico. He is a National Research Fellow with a special emphasis in the field of addictions. He serves on the board of the *Mexican Journal of Psychology* and the *Mexican Journal of Behaviour Analysis*. He has published 5 books and more than 75 articles in professional journals in psychology.

Leticia Echeverria, M.A., is an Associate Professor of Health Psychology and coordinates the Center of Psychological Services at the Faculty of Psychology of the National University of Mexico. Her main research interests are in the assessment of drug problems and harm reduction procedures with adolescents and women. She has published several articles and research reports on treatment and assessment of addictive behaviors.

Gloria I. Leo, B.Sc., M.A., received her degrees in psychology from the University of Toronto and the University of Western Ontario. Currently, she is the project director of the Fostering Self-Change program at the Centre for Addiction and Mental Health in Toronto, Canada. In the past 16 years as a senior research associate at the Addiction Research Foundation she has collaborated on 30 publications in the areas of natural recovery from alcohol abuse, brief interventions for problem drinkers, and drinking assessment instruments.

Janusz K. Rybakowski, M.D., is a graduate of the Medical Academy Poznan, 1969, with a psychiatry 1st degree 1972, a psychiatry 2nd degree 1975, and a postdoctoral thesis 1980. From 1976 to 1977 he was a NIH

Fogarty Research Fellow, Department of Psychiatry, University of Pennsylvania. Dr. Rybakowski is currently Professor in Psychiatry and Head, Department of Adult Psychiatry, University of Medical Sciences, Poznan. Dr. Rybakowski has 240 publications in the areas of psychopharmacology and clinical psychiatry (schizophrenia, depression, alcohol dependence), and is currently President of the Polish Psychiatric Association.

Christer Sandahl, Ph.D., is Associate Professor in Clinical Psychology at Karolinska Institute, Stockholm, Sweden. He is also Clinical Director, Sandahl Partners Ltd., an institute of consultant psychologists to industry, chairman of the board of Stockholm Academy of Psychotherapy Training, and Secretary of the International Association of Group Psychotherapy. His publications are related to assessment, group treatment, communication, and leadership.

Bill Saunders, Ph.D., is an Associate Professor in the School of Psychology and Head of the Addiction Studies Unit at Curtin University of Technology in Perth, Western Australia. He is a visiting Consultant Clinical Psychologist at the Cambridge Clinic in Perth (which is an excessive behavior clinic), Honorary Senior Research Fellow at the Australian National Centre for Research into the Prevention of Drug Abuse, and has worked as a consultant for the United Nations International Drug Control Programme and the World Health Organization. Dr. Saunders has written more than 100 articles, papers, and research reports on addictive behaviors. His current research interests relate to the promotion of alcoholic beverages, motivational interventions, and the prevention of relapse.

Sally Thomas, M.Sc., M.Psch., is Principal Education Officer at the Next Step Specialist Drug and Alcohol Services in Perth, Western Australia. Her main research interest is to rectify the paucity of information about women and drug use. She has published papers on relapse and women, strategies for the prevention of drug use problems in women, and harm reduction with adolescents.

Marcin Ziolkowski, M.D., is Chief of the Addiction Treatment Unit, Department of Psychiatry, Medical Academy, Bydgoszcz, Poland. The title of his doctoral thesis was *Clinical and Laboratory Assessment of the Severity of Alcohol Dependence* (1991). He is author or co-author of nearly 30 articles for scientific journals. He has participated in two international studies: WHO TLFb and IDS project coordinated by ART-Toronto, and the Joint Polish-American Marie Curie Sklodowska Fund (*A Study of Alcohol Dependence*; Research Treatment Center, Department of Psychiatry, University of Pennsylvania).