

tancias en general, establece los siguientes criterios: “Un patrón desadaptativo del uso de la sustancia que conduce a daño o distrés clínicamente significativo, manifestado por tres o más de los siguientes y que ocurren en cualquier momento en el mismo período de 12 meses:

1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes casos: a) Una necesidad de incrementar la cantidad de sustancia para lograr la intoxicación o el efecto deseado; b) Efecto marcadamente disminuido con un uso continuado de la misma cantidad de la sustancia.

2. Retiro, manifestado por cualquiera de los siguientes:

a) Síndrome de retiro característico de la sustancia; b) Se consume la misma sustancia u otra estrechamente relacionada para aliviar o evitar los síntomas del retiro.

3. La sustancia se consume en cantidades mayores durante períodos más prolongados que los intentados.

4. Existe un deseo persistente o esfuerzos fallidos de dejar la sustancia o de controlar el uso.

5. Se gasta gran cantidad de tiempo en actividades necesarias para obtener la sustancia, por ejemplo, visitando varios doctores o manejando largas distancias, para usar la sustancia o para recuperarse de sus efectos.

6. Se suspenden o se disminuyen actividades recreacionales, ocupacionales o sociales importantes,

7. Se usa la sustancia de manera continuada a pesar de conocer o de tener problemas físicos o psicológicos persistentes o recurrentes causados o incrementados por la sustancia, por ejemplo, uso de la cocaína a pesar de reconocer la depresión inducida por ella, o el beber continuado a pesar de

reconocer que se empeora una úlcera por el consumo de alcohol” (DSM-IV, 1994).

De manera diferente, la Clasificación Internacional de Enfermedades no utiliza el término *abuso*, pero se refiere a él como *consumo perjudicial*, estableciendo los siguientes criterios:

1. Evidencia de que el consumo de una sustancia ha causado al individuo un daño somático o alteraciones psicológicas, incluyendo alteración del juicio o de la conducta, que podrían llevar a discapacidad o a tener consecuencias para las relaciones interpersonales.

2. La naturaleza del daño debe ser claramente identificable.

3. La forma de consumo ha persistido durante al menos un mes o se ha presentado reiteradas veces en un período de 12 meses.

4. El trastorno no satisface criterios para ningún otro trastorno mental o de comportamiento relacionado con la misma droga en el mismo período de tiempo, excepto para intoxicación aguda.

En cuanto a la *dependencia*, la CIE-10 establece los siguientes criterios: “Tres o más de las siguientes manifestaciones deben haber aparecido simultáneamente durante al menos un mes o, si han durado menos de un mes, deben aparecer simultáneamente en un período de doce meses:

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

2. Disminución de la capacidad para controlar el consumo de la sustancia, unas veces para evitar el inicio del consumo, otras para poder terminarlo y otras para controlar la cantidad consumida, como se evidencia en: tomar la sustancia durante más tiempo del que se pretendía, o por un deseo persistente o por esfuerzos para reducir el consumo sin éxito.

3. Un cuadro de abstinencia cuando se consume menos sustancia o cuando se termina el consumo, apareciendo el síndrome de abstinencia característico por la sustancia o uso de dicha sustancia o alguna parecida, con la intención de evitar los síntomas de abstinencia.

4. Evidencia de tolerancia a los efectos de la sustancia, tales como una necesidad de aumentar significativamente las cantidades de la sustancia necesaria para conseguir la intoxicación o el efecto deseado, o una marcada disminución del efecto con el consumo de la misma cantidad de sustancia.

5. Preocupación por el consumo de la sustancia, que se manifiesta en el abandono de otras fuentes de placer, a favor del consumo de la sustancia; o en gran parte del tiempo empleado en obtener, tomar o recuperar los efectos de la sustancia.

6. Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, como se evidencia en el consumo continuado una vez que el individuo es consciente, o era presumible que lo fuera, con respecto a la naturaleza y amplitud del daño.”

De manera diferente al abuso y a la dependencia, el DSM-IV y la CIE-10 establecen criterios específicos para la *intoxicación* por sustancias. En lo referente al alcohol, la intoxicación provocada por esta sustancia debe satisfacer los siguientes criterios:

1. Consumo reciente de alcohol.

2. Conducta desadaptada o cambios psicológicos significativos, por ejemplo, conductas agresivas o comportamiento sexual inapropiado, labilidad del estado de ánimo, juicio alterado; disfunciones ocupacionales o sociales, que se desarrollan durante o inmediatamente después del consumo de alcohol.

3. Uno o más de los siguientes signos, que se desarrollan durante o inmediatamente después del uso del alcohol: Habla farfuleante, incoordinación, caminado inestable, alteraciones en la atención o en la memoria, nistagmo, estupor o coma.

4. Los síntomas no se deben a otras condiciones médicas y no se pueden explicar mejor por otras alteraciones mentales.”

La CIE-10 establece unos criterios generales para la intoxicación aguda debida al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicótropas, criterios para la intoxicación aguda alcohólica y criterios para la intoxicación patológica del alcohol.

En la *intoxicación aguda general*:

1. Debe haber presencia clara de consumo reciente de una o más sustancias psicoactivas en dosis lo suficientemente elevadas como para poder dar lugar a una intoxicación.

2. Debe haber síntomas o signos de intoxicación compatibles con el efecto de la sustancia o sustancias, y de la suficiente gravedad como para producir alteraciones en el nivel de la conciencia, estado cognitivo, percepción, afectividad o comportamiento de relevancia clínica.

3. Los síntomas y signos no pueden ser explicados por alguna enfermedad médica no relacionada con el consumo de la sustancia, ni por trastorno mental o del comportamiento.

Para la *intoxicación aguda* debida al consumo de alcohol:

1. Se deben satisfacer los criterios generales de intoxicación aguda.

2. Debe existir un comportamiento alterado como se evidencia en al menos uno de los siguientes: desinhibición, actitud discutiadora, agresividad, labilidad del humor, deterioro de la atención, juicio alterado o

interferencia en el funcionamiento personal.

3. Al menos uno de los siguientes deben estar presentes: marcha inestable, dificultad para mantenerse de pie, habla disártrica (farfullante), nistagmo, nivel de conciencia disminuido, por ejemplo, estupor o coma; enrojecimiento facial o inyección conjuntival”.

Y para la *intoxicación patológica*, propone como provisionales los siguientes criterios:

1. Se deben satisfacer los criterios generales para intoxicación aguda, con la excepción de que la intoxicación patológica ocurre después de beber cantidades de alcohol insuficientes para causar intoxicación en la mayoría de las personas.

2. Existe una conducta agresiva, verbal o física, que no es habitual cuando la persona esta sobria.

3. La intoxicación se produce muy pronto, habitualmente pocos minutos después del consumo de alcohol.

4. No hay evidencia de trastorno orgánico cerebral u otros trastornos mentales.

Además de estas manifestaciones de intoxicación alcohólica, se conocen otras que no están clasificadas de manera uniforme; se disiente si existen realmente, pero se reconoce que ocurren en algunos individuos y en algunos grupos humanos. Se comprenden dentro del concepto de *intoxicación idiosincrática*, pero no son reconocidas aún oficialmente. Por lo general estos efectos idiosincráticos se observan conductualmente y ocurren muy poco tiempo después de que la persona consume poca cantidad de alcohol.

La *intoxicación idiosincrática alcohólica* puede manifestarse como confusión, desorientación, ilusiones, delusiones transitorias, alucinaciones visuales, gran incre-

mento de actividad psicomotora, conducta agresiva impulsiva que puede ser peligrosa para los demás y pueden ocurrir también ideas o intentos de suicidio. Estas manifestaciones no ocurren en estado de sobriedad (Kaplan, Sadock y Grebb, 1994).

En relación con el diagnóstico del *retiro del alcohol*, el DSM-IV establece los siguientes criterios:

1. Terminación o reducción del uso prolongado del alcohol.

2. Dos o más de los siguientes, desarrollados dentro de un período comprendido desde varias horas hasta pocos días después del criterio 1: Hiperactividad autónoma, por ejemplo, sudoración o pulso superior a 100 por minuto; incremento del temblor de las manos, insomnio, náusea o vómito, ilusiones o alucinaciones visuales transitorias, táctiles o auditivas; agitación psicomotora, ansiedad o convulsiones de gran mal.

3. Los síntomas del criterio B causan distrés clínicamente significativo o deterioro social, ocupacional o en otras áreas importantes del desempeño.

4. Los síntomas no se deben a condición médica general ni se explican mejor por algún otro desorden mental.

La CIE-10, por su parte, establece los criterios generales del *síndrome de retiro*, de la siguiente manera:

1. Debe ser evidente la reciente suspensión o disminución del consumo de la sustancia después de un consumo repetido y habitualmente prolongado o después de consumir altas dosis de la sustancia.

2. Síntomas y signos compatibles con el conocido cuadro clínico de un síndrome de abstinencia de una sustancia o sustancias concretas.

3. Los síntomas y signos no se justifican por ningún otro trastorno mental o del

comportamiento.

Y establece los criterios específicos del *retiro o abstinencia del alcohol*, así:

1. Se deben satisfacer los criterios generales para síndrome de abstinencia o de retiro.

2. Tres de los siguientes signos deben estar presentes: temblor de lengua, párpados o manos extendidas; sudoración, náuseas o vómitos, taquicardia o hipertensión, agitación psicomotriz, cefalea, insomnio, malestar o debilidad, ilusiones o alucinaciones transitorias auditivas, visuales o táctiles, o convulsiones de gran mal.

Una vez descritos los criterios establecidos por la CIE-10 y el DSM-IV para diagnosticar los desórdenes inducidos por el alcohol, se describirán los instrumentos más conocidos, utilizados para la detección, evaluación y diagnóstico de dichos desórdenes.

Existen 2 métodos de detección del alcoholismo: indirectos y directos. Los métodos indirectos tratan de obviar ítems que se refieran de manera directa a los problemas asociados con el consumo del alcohol.

En general, los instrumentos de detección se utilizan para medir frecuencia del consumo, cantidad de alcohol consumido y consecuencias (Maisto, Sobell y Sobell, 1979; Martino, Grilo y Fehon, 2000). Los sujetos reportan los días en que beben, qué beben y la cantidad promedio durante períodos determinados. A partir de estos datos se estima el consumo.

Entre los principales instrumentos de *detección de alcoholismo* están:

1. El Cut down, Annoyed, Guilty and Eye-Opener, (CAGE),

2. El Michigan Alcoholism Screening Test, (MAST),

3. El Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT),

4. El MacAndrew Scale (MAC) y

5. El Adolescent Substance Abuse Screening Measure (ASAS),

6. El Rutgers Alcohol Problem Index (RAPI),

7. El Alcohol Drinking Index (ADI),

8. El Substance Abuse Subtle Screening Inventory (SASSI),

9. El Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers (POSIT),

10. El Drug Use Screening Inventory (DUSI) y

11. El Drug Abuse Screening Test (DAST) para adultos y el DAST-A para adolescentes.

Entre los principales instrumentos de *diagnóstico del alcoholismo* tienen especial importancia cuatro:

1. El Essential Reactive Alcoholism Interview (ERA),

2. El Alcohol Use Inventory (AUI-R),

3. El Chemical Dependency Adolescent Assessment Project Scales (CDAAP).

4. El Short Alcohol Dependence Data (SADD), traducido al Español con el nombre de Breve Escala sobre Dependencia al Alcohol (BEDA),

5. El Alcohol Dependence Scale (ADS), traducido al Español como Escala de Dependencia al Alcohol (EDA),

6. El Inventory of Drinking Situations (IDS), traducido al Español como Inventario Situacional de Consumo de Alcohol (ISCA), y

7. El Timeline Followback Method (TLFB), traducido al Español como Línea Base Retrospectiva de Consumo de Alcohol (LIBARE) (Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez, 1998).

La *evaluación del alcoholismo* se refiere a la ubicación de los sujetos que consumen alcohol a lo largo de 2 continuos: a) el mo-

mento de aparición de los problemas y b) la severidad de los problemas asociados, en orden a asignarlos al tratamiento más efectivo y al pronóstico de su recuperación.

En relación con el primer continuo, los problemas ocasionados por el alcohol se clasifican según su orden de aparición como tempranos, intermedios y tardíos. En relación con el segundo, se clasifican como leves, moderados y severos. Sin embargo, aunque no existen criterios claros para esta clasificación (Hester y Miller, 1989), el Cuestionario que se está presentando intenta evaluar el nivel de severidad atendiendo al diferente orden en que aparecen los diversos problemas en el tiempo, según el auto reporte de las personas que abusan del alcohol.

En el campo de la medicina general y del laboratorio clínico, la evaluación del alcoholismo se refiere principalmente a las complicaciones médicas que, por lo general, afectan todos los sistemas corporales, dependiendo no solo del abuso de la bebida, sino también de factores nutricionales.

La evaluación psicológica ha atendido principalmente a los desórdenes de la personalidad, a las alteraciones afectivas y del estado de ánimo, a los desórdenes perceptuales y cognitivos (atención, concentración, memoria, aprendizaje, significado del lenguaje), a las disfunciones neuropsicológicas, a las habilidades verbales y sociales, a la auto imagen, la autoestima, el auto concepto, el lugar de control, el desempeño intelectual y a sus relaciones con el entorno social y familiar (Jacobson, 1988).

No se tiene información que se utilice algún instrumento que evalúe los problemas asociados con el alcohol de una manera integrada. Sin embargo, existen varios que utilizados en conjunto suministran parcialmente esta información, detectan o evalúan la

presencia de diversos problemas asociados con el consumo de alcohol y algunos establecen relaciones entre estos problemas y sus posibles factores y consecuencias; sin embargo, ninguno ofrece criterios para evaluar el nivel de desarrollo alcanzado por estos problemas en un individuo.

La evaluación del nivel de desarrollo de los problemas asociados con el consumo del alcohol es útil para describir la gravedad de los efectos de consumo, para orientar la dirección o las prioridades de las intervenciones psicológicas y para evaluar el cambio y la recuperación que los alcohólicos han alcanzado a lo largo de los procedimientos terapéuticos.

El alcoholismo es un fenómeno biopsicosocial y su recuperación depende del estudio ecológico de todos sus aspectos relevantes de la organismo - entorno (Jacobson, 1988).

Para su tratamiento y, por tanto, para su evaluación se han desarrollado diversos modelos teóricos por medio de los cuales se pretende comprender el fenómeno del alcoholismo. No es fácil clasificarlos, pero la mayoría se pueden agrupar de la siguiente manera:

1. Modelos morales como el de la temperancia, el religioso y el disocial,
2. Modelos biofísicos como el genético y el médico,
3. Modelos psicológicos como el caracterológico, el psicoanalítico, los modelos del aprendizaje y el cognitivo,
4. Modelos sociales como el socio-cultural y el socioeconómico, y
5. Modelos integradores como el sistémico, el de salud pública y el psicofarmacológico.

Los modelos morales suponen que el uso del alcohol es producto de la decisión o

elección personal, por lo menos hasta cuando surgen problemas familiares y sociales. Existen 2 formas de expresión de estos modelos: a) el modelo religioso, que considera al alcoholismo como expresión de deficiencias espirituales y b) el modelo disocial, que lo considera como expresión de una violación de las normas sociales.

Los modelos biológicos suponen que el alcoholismo surge de predisposiciones hereditarias, originadas en alteraciones genéticas o fisiológicas que se manifiestan en disfunciones del metabolismo del alcohol o en un incremento de la sensibilidad neuronal al alcohol. La concepción del alcoholismo como enfermedad es la expresión más general de los modelos biológicos.

Dentro de los modelos psicológicos, para el modelo caracterológico el origen del problema está en el desarrollo de estructuras desadaptativas de la personalidad. El modelo psicodinámico considera al alcoholismo como manifestación de regresiones orales, como defensa contra impulsos sexuales, como compensación masturbatoria, como expresión de conflictos severos de dependencia no resueltos o como disfunción del Ego (Kaplan, Sadock y Grebb, 1994).

Según los modelos del aprendizaje, el factor determinante del uso y del abuso del alcohol está constituido por las interacciones sujeto - medio ambiente. El beber y el beber excesivo son comportamientos aprendidos por asociación, moldeamiento o modelamiento. El modelo del aprendizaje social hace énfasis en el modelamiento y la presión social como factores de primer orden, en la influencia de algunos procesos cognitivos, como las expectativas relacionadas con los efectos del alcohol, y en el uso del alcohol como estrategia de afrontamiento de situaciones problema, en ausencia de

estrategias alternativas competentes. Estos modelos centran la evaluación del problema en la identificación de los estímulos de la conducta de beber y de los factores que asocian estos estímulos con el beber. La intervención se dirige hacia el re-aprendizaje de los patrones conductuales, la re-estructuración de las estructuras disruptivas que mantienen el abuso, la identificación de los círculos viciosos de pensamientos, sentimientos y acciones autoderrotantes de la persona, la exploración de los problemas emocionales, conductuales y sociales de los sujetos, y hacia su cambio mediante la modificación de los pensamientos, sentimientos y acciones.

Los modelos sociales, el sociocultural y el socioeconómico, tienen como supuesto general que el medio-ambiente, la cultura y la estructura socioeconómica son los determinantes del exceso de beber. En común plantean la implementación de medios de regulación, distribución, comercio y consumo de las bebidas alcohólicas como estrategia de intervención del problema (Mullahy, 1993).

Entre los modelos integradores, el sistémico presupone que los problemas ocasionados por el exceso en el beber alcohol no pueden entenderse sin considerar la relación del individuo con otros miembros del conjunto de niveles de sistemas a los que pertenece la persona que consume alcohol. Considera al sistema familiar como el más influyente en el alcoholismo del individuo, hasta tal punto que algunos consideran al alcoholismo como un problema familiar. El modelo establece que lo fundamental es identificar los diferentes sistemas que influyen en el comportamiento problema del alcohólico, las estrategias de afrontamiento de los miembros de dichos sistemas y las posibles

disfunciones compensatorias que pueden surgir por el cambio del alcohólico. La intervención se fundamenta en la terapia familiar sistémica.

Para el modelo de salud pública, el alcoholismo es el producto de la interacción de 3 factores: a) el alcohol mismo, que, como cualquier agente patógeno, es potencialmente destructivo; b) los individuos, que reflejan diferencias individuales determinantes de las diferentes condiciones de susceptibilidad al alcohol; y c) el medio ambiente, que promueve diferentes patrones de uso de esta sustancia (Hester y Miller, 1989).

Finalmente, el modelo psico-farmacológico establece que la búsqueda de las sustancias psicoactivas está controlada por cuatro procesos principales: Los efectos reforzantes, discriminativos, aversivos y condicionales de las drogas.

Los efectos reforzantes positivos de las drogas están determinadas por mecanismos neurales, mecanismos conductuales y variables moduladoras. Los mecanismos neurales están dados por las relaciones anatómico-fisiológicas entre monoaminas, neuropéptidos, núcleos y vías centrales. Los mecanismos conductuales dependen de las relaciones entre diferentes efectos del alcohol: el efecto positivo o euforia, la reducción de la ansiedad, el mejoramiento funcional y el descanso del síndrome de retiro, moduladas por el contexto social, los factores genéticos, la historia conductual y la historia farmacológica (Stolerman, 1992).

Este mosaico de modelos enriquece la conceptualización del alcoholismo y proporciona diversas alternativas para su afrontamiento, pero también pone un reto difícil para el diseño de instrumentos para su evaluación. Los diversos instrumentos existen-

tes se fundamentan en diferentes modelos, pero ninguno busca, hasta ahora, evaluar el nivel de desarrollo de los efectos producidos por el abuso del alcohol.

Ante esta situación decidimos diseñar uno que pudiera ser utilizado tanto en el ámbito investigativo como en el clínico y cuyas características satisficieran la necesidad de evaluar el nivel de desarrollo de los problemas asociados con el consumo de alcohol en una persona, de acuerdo con criterios establecidos por un modelo integrador de alcoholismo y otro psicométrico.

Estas razones determinaron: a) el diseño de un test referido a criterios, b) con escalas acumulativas según el modelo de Guttman y c) según los criterios clínicos e investigativos propuestos por la CIE-10 y el DSM-IV que, en términos generales, integran parcialmente los modelos psicofarmacológico, sistémico y de salud pública.

En relación con el criterio psicométrico, los tests referidos al criterio fueron propuestos por R. Glaser en 1963 para evaluar el nivel de desempeño en tareas de aprendizaje académico logrado por los estudiantes, independientemente de normas grupales. W. J. Popham definió este tipo tests en 1978 como "aquel que se utiliza para evaluar el estatus absoluto del sujeto en relación con algún criterio de conductas bien definido" (Martínez, 1995). En los tests referidos al criterio se definen dominios de conductas que describen destrezas, competencias, deficiencias o alteraciones, cuyas variables permiten evaluar diferentes grados o niveles alcanzados por los sujetos sin tener en cuenta las normas de su grupo. En este caso, el Cuestionario evalúa diferentes niveles de desarrollo de algunas alteraciones asociadas al consumo y abuso del alcohol.

El objetivo general de la construcción

del Cuestionario fue la evaluación del nivel de desarrollo de problemas asociados con el consumo de alcohol en las personas. Se consideró, entonces, que un test referido al criterio era una opción preferible en comparación con los tests referidos a normas. Se consideró también que la escala acumulativa unidimensional de Guttman era el modelo de escalamiento más apropiado, por cuanto esta escala permite posicionar al sujeto dentro del nivel alcanzado a lo largo de la dimensión o dimensiones evaluadas y al mismo tiempo proporciona un patrón de respuesta característico de cada sujeto. En el modelo de Guttman se escalan conjuntamente los objetos (los problemas en este caso) que se miden y la percepción que los sujetos tienen de las variaciones entre los objetos; en este caso, el cuestionario permite diferenciar entre las diversas variaciones de los problemas asociados al consumo y abuso del alcohol y al mismo tiempo posiciona a los diferentes sujetos según la percepción que cada uno tiene del grado de desarrollo de sus problemas (Arce, 1994).

Con estos supuestos, se definieron los siguientes objetivos específicos del Cuestionario:

1. Identificar el nivel de intoxicación que los consumidores de alcohol han alcanzado a lo largo del tiempo que han estado consumiéndolo, manifestado en alteraciones motoras, alteraciones emocionales, alteraciones del estado de conciencia, alteraciones fisiológicas, alteraciones del habla y alteraciones cognitivas.

2. Identificar el nivel de alteraciones de la vida familiar, de desadaptación a la vida laboral o estudiantil y de conductas de alto riesgo en los individuos, como manifestación del abuso en el consumo de bebidas alcohólicas.

3. Identificar el nivel de dependencia alcohólica desarrollado por los individuos consumidores de alcohol, manifestados en el craving, en la tolerancia al alcohol, en la pérdida del autocontrol y en el síndrome de retiro, según los criterios de la CIE-10 y el DSM-IV.

Los dominios objeto de la evaluación fueron entonces la Intoxicación, el Abuso y la Dependencia alcohólicas.

La *intoxicación* se definió como la alteración del comportamiento, debido al consumo reciente de alguna bebida alcohólica y se evaluó mediante la identificación de las alteraciones comportamentales en 5 escalas unidimensionales y acumulativas y un ítem evaluador de la disartria, como se describen enseguida:

1. *Alteraciones motoras*, con los siguientes indicadores: a) tambaleo al caminar, b) tener que sostenerse para no caer, c) tener dificultad para agarrar las cosas y d) caerse y lesionarse.

2. *Alteraciones emocionales*, operacionizadas de la siguiente manera: a) ponerse hablador y amigable, b) reír o llorar con facilidad, c) ponerse discudidor y d) ponerse agresivo.

3. *Alteraciones del estado de conciencia*, manifestadas progresivamente en: a) decir cosas sin recordar claramente haberlas dicho, b) perder momentáneamente la noción del lugar, c) experimentar alteraciones perceptuales como ver, oír o sentir personas o cosas que los demás no ven, oyen o sienten; d) perder la conciencia.

4. *Alteraciones fisiológicas*, con los siguientes indicadores: a) sentir enrojecimiento y calentamiento facial, b) vomitar, c) convulsionar y d) hematemesis.

5. *Alteraciones cognitivas*, identificadas en: a) decir cosas que después se considera

que no debieron haberse dicho mientras se tomaba, b) perder el hilo de la conversación mientras se toma, c) decir cosas sin sentido.

6. *Alteraciones del habla*, identificadas en las alteraciones articulatorias (disartrias) y observadas en las personas que han consumido alcohol inmediatamente antes.

El *abuso* se definió como el uso reiterativo de bebidas alcohólicas a pesar de darse cuenta de que su consumo ha alterado su vida familiar, laboral o estudiantil, o la realización de conductas de alto riesgo durante el consumo de alcohol o poco tiempo después. Para evaluarlo se diseñaron tres escalas unidimensionales y acumulativas:

1. *Alteraciones de la vida familiar*, con los siguientes indicadores: a) tener discusiones familiares causadas por la bebida, b) descuido de las responsabilidades familiares, c) haber tenido amenazas de abandono familiar o haber tenido que abandonar la casa a causa del consumo del alcohol.

2. *Alteraciones de la vida laboral o estudiantil*, con los siguientes indicadores: a) llegar tarde al trabajo o al estudio, b) no asistir al trabajo o al estudio, c) haber sido suspendido del trabajo o del estudio, y d) haber perdido el trabajo o el estudio a causa del alcohol.

3. *Conductas de alto riesgo*, indicadas en: a) haber tenido accidentes con máquinas o carros, b) haber tenido problemas legales y c) haber sido detenido por acciones cometidas bajo el efecto del alcohol.

La *dependencia* se definió en términos de las siguientes cuatro manifestaciones:

1. *Craving*, indicado en: a) la permanencia de mayor cantidad de tiempo en el lugar donde se acostumbra a tomar, aunque no se tome, b) preferir seguir tomando por encima de otras actividades, también agradables; c) gastar más tiempo tomando del

que se pretendía y d) sentir difícil no tomar cuando la bebida está disponible.

2. *Tolerancia*, manifestada en: a) tomar más ahora sin emborracharse; b) tomar ahora en cualquier lugar y c) sentir que ahora se necesita más cantidad de alcohol o de otras sustancias para poder dormir.

3. *Pérdida de autocontrol*, indicado por: a) seguir tomando a pesar de darse cuenta del daño ocasionado por el alcohol, b) tomar siempre que se presenta la oportunidad, c) fracasar en los esfuerzos por dejar la bebida y d) buscar la bebida como sea cuando se desea tomar.

4. *Síndrome de retiro*, manifestado por los siguientes indicadores: a) ponerse ansioso en las épocas en que no se consume alcohol, b) sudar más de lo acostumbrado cuando se toma, c) sentir temblor en las manos, lengua o párpados cuando han pasado horas o días sin tomar y d) tener alteraciones perceptuales en los días de no consumo de bebidas alcohólicas.

MÉTODO

Participantes

Participaron 309 sujetos en cuatro etapas. En la primera 116, en la segunda 40, en la tercera 73 y en la cuarta 80, de ambos sexos, mayores de 18 años, pertenecientes a la población general, estudiantes universitarios, todos consumidores de alcohol, y alcohólicos anónimos no institucionalizados que voluntariamente quisieron responder los cuestionarios.

Procedimiento

La primera etapa consistió en la revisión de 4 instrumentos de evaluación de problemas asociados con el consumo de alcohol:

el Michigan Alcoholism Screening Test (MAST), el Cut Down, Annoyed, Guilty and Eye-Opener (CAGE), el Cuestionario para Problemas debidos al alcohol de Edwards y el Test de Alcoholismo de Munich (MALT), para conocer qué aspectos del DSM-IV eran evaluados por estos instrumentos.

Luego de hacer esta revisión, se creó el primer cuestionario, que se aplicó a 116 sujetos con el objeto de evaluar la redacción de los ítems y la relevancia de la información suministrada por los sujetos. Con base en los primeros resultados se realizó la selección de ítems y se concretaron algunos objetivos del cuestionario. Se estudiaron algunos modelos de escalamiento y se determinó adoptar el modelo de Guttman para la elaboración de las escalas.

En la segunda etapa se realizó la construcción de las escalas. Para ello se definieron los dominios evaluados por el DSM-IV: intoxicación, abuso y dependencia; se determinaron los aspectos que evaluarían los dominios y se revisaron los primeros datos referentes a la redacción de los ítems. Se siguieron los pasos propuestos por Arce (1994), para la elaboración de las escalas tipo Guttman:

1. Los ítems se ordenaron hipotéticamente siguiendo una supuesta secuencia temporal de la aparición de los síntomas.

2. Se seleccionó el tipo dicotómico de respuesta.

3. Se administró por primera vez el instrumento a 40 sujetos pertenecientes a la población general y a una población de estudiantes universitarios.

4. Se tabularon los datos en una matriz rectangular de unos y ceros, con sujetos en las filas e ítems en las columnas.

5. Se calculó de la frecuencia de res-

puestas afirmativas en cada ítem.

6. Se reordenaron los ítems a partir de las respuestas de mayor frecuencia.

7. Se construyó el patrón de respuesta ideal y se comparó con la escala ordenada para calcular el error en cada ítem.

8. Se calcularon los coeficientes de reproductibilidad (CR) de las escalas, tomando como criterio el propuesto por Guttman: 0.85, según la fórmula:

$$CR = 1 - \frac{N \text{ total de errores}}{N \text{ de ítems} \times N \text{ de sujetos}}$$

9. Se calcularon los coeficientes de Reproductibilidad Marginal Mínima (RMM), según la fórmula:

$$RMM = \frac{\text{Suma de las categorías modales de los ítems}}{N \text{ de ítems}}$$

10. Se obtuvieron los coeficientes de escalabilidad (CE), con criterio según fórmula:

$$CE = \frac{CR - RMM}{1 - RMM}$$

11. Se determinó la característica acumulativa de la escala de Guttman en cada una de las escalas diseñadas, siempre que sus índices de reproductibilidad fueran mayores o iguales a 0.85 y que sus índices de escalabilidad fueran por lo menos iguales a 0.60 (Arce, 1994, p. 59).

12. Según los resultados obtenidos, se revisó nuevamente la redacción de los ítems y se reordenó su secuencia.

Durante la tercera etapa se aplicó la nueva versión del cuestionario a 73 sujetos y se repitió el proceso realizado durante la etapa anterior hasta lograr que el mayor

número de escalas obtuvieran su característica acumulativa según Guttman. La Tabla 1 contiene estos datos. De esta manera se diseñó la versión definitiva del cuestionario.

La cuarta etapa consistió en calcular los coeficientes de fiabilidad y de validez. Para esto se aplicó el cuestionario definitivo a una nueva muestra de 80 sujetos. El cuestionario consta de 46 ítems de respuesta dicotómica *si - no*, distribuidos en 5 escalas de intoxicación, 3 escalas de abuso y 4 de dependencia. Se adicionó un ítem para evaluar problemas disártricos observados durante la intoxicación.

Por carecer de formas paralelas y equivalentes que siguieran el modelo de Guttman, se calculó el coeficiente de fiabilidad de consistencia interna de Kuder-Richardson:

$$KR - 20 = \frac{N \text{ de items}}{N \text{ de items} - 1} \times 1 - \frac{\sum p \times q}{\sigma^2}$$

y el coeficiente de fiabilidad total de Livingston para tests referidos al criterio:

$$K^2 = \frac{\sigma^2 (KR20) + (\bar{X} - \lambda)^2}{\sigma^2 + (\bar{X} - \lambda)^2}$$

(Martínez, 1995).

Para el cálculo de la validez se utilizaron los procedimientos propuestos por la Teoría de las Decisiones. Esta evaluación requiere de otro criterio externo y alternativo que compare la clasificación basada en el criterio, según se satisfaga (positivo) o no (negativo) el criterio, con la clasificación basada en las respuestas del sujeto, según que corresponda (verdadero) o no (falso) con la presencia o ausencia del criterio:

		Presencia del problema	
		Sí	No
Criterio	Sí	(a) Positivos Verdaderos	(b) Positivos Falsos
	No	(c) Negativos Falsos	(d) Negativos Verdaderos

Estas relaciones permiten obtener los siguientes coeficientes:

1. *Sensibilidad*: para determinar la proporción de *verdaderos positivos* o de sujetos que, teniendo el problema, son detectados como tales por el instrumento, de acuerdo con la siguiente fórmula:

$$\text{Sensibilidad} = \frac{a}{a + c}$$

2. *Especificidad*: para determinar el porcentaje de *negativos verdaderos* o de sujetos que, careciendo de los problemas, son evaluados como tales por el instrumento, siendo su fórmula:

$$\text{Especificidad} = \frac{d}{b + d}$$

3. *Poder Predictivo Positivo*: definido como la probabilidad de ocurrencia de los problemas en las personas diagnosticadas positivamente por el instrumento, según la fórmula:

$$\text{Poder predictivo positivo} = \frac{a}{a + b}$$

4. *Poder Predictivo Negativo*: definido como la probabilidad de no-existencia de los problemas en los sujetos diagnosticados

como negativos. Su fórmula es:

$$\text{Poder predictivo Negativo} = \frac{d}{c + d}$$

5. *Poder Diagnóstico Total*: que determina la proporción de sujetos clasificados correctamente. Su fórmula es:

$$\text{Poder Diagnóstico Total} = \frac{a + d}{N}$$

Finalmente, se calculó el coeficiente de validez total de Livingston para tests referidos al criterio, con fórmula:

$$CV = \frac{\rho_{xx'} \sigma^2 x \sigma^2 x' + (\bar{X} - \lambda)(\bar{X}' - \lambda)}{\sqrt{[\sigma^2 x + (\bar{X} - \lambda)^2][\sigma^2 x' + (\bar{X}' - \lambda)^2]}}$$

donde:

$\rho_{xx'}$ es la correlación entre el cuestionario (x) y el criterio externo ($x' = El\ MAST$),

$\sigma^2 x \sigma^2 x'$ es el producto de las varianzas de los tests y

λ : el punto de corte de las pruebas. (Martínez, 1995).

RESULTADOS

1. La escala de alteraciones motoras obtuvo un coeficiente de reproductibilidad de .84 y un coeficiente de escalabilidad de .6 que no permiten su clasificación como escala acumulativa de Guttman.

2. La escala de pérdida de autocontrol obtuvo un coeficiente de reproductibilidad de 0.86 y un coeficiente de escalabilidad de 0.58, que tampoco permiten que sea clasificada como escala de Guttman.

3. De las 12 escalas constitutivas del instrumento solamente las anteriores no cumplieron con los criterios definitorios de escala acumulativa tipo Guttman, que son: reproductibilidad mayor o igual a 0.85 y escalabilidad mayor o igual a 0.6. Las 10 escalas restantes sí alcanzaron los criterios clasificatorios. La Tabla 1 presenta estos resultados.

Los resultados de fiabilidad por consistencia interna de cada una de las escalas de intoxicación se presentan en la Tabla 2 y fueron los siguientes:

El problema más frecuentemente reportado, indicador de alteraciones motoras por intoxicación, fue "tambalearse al caminar". El 84%, 67 sujetos, lo reportaron. Cuarenta y ocho sujetos, el 60%, respondieron afirmativamente al ítem: "Cuando estoy bajo efectos del alcohol, tengo que sostenerme para no caer"; El 55%, 44 sujetos, respondieron afirmativamente al ítem: "Cuando tomo, tengo dificultad para agarrar las cosas. Y 38 sujetos, correspondientes al 48%, respondieron que se habían caído y lesionado cuando habían consumido alcohol. p representa la proporción de sujetos de la última muestra que presentaron el problema descrito por cada ítem. Su variación de mayor a menor desde el primero hasta el cuarto ítem de la escala indica la probabilidad cada vez menor de ocurrencia del problema. q representa la proporción de sujetos que no reportaron el problema; su variación es inversamente proporcional a la de p . La variación progresiva de p y la variación inversa de q indican la escalabilidad de la escala: el primer ítem (el número 3) representa el problema de mayor probabilidad de ocurrencia; el último ítem (el 21) representa el problema de menor probabilidad de desarrollo. $p \times q$, por tanto, indica la medida en

que la escala distingue entre la probabilidad de ocurrencia y la probabilidad de no-ocurrencia del problema; $p \times q = 0$ indica la diferencia máxima. De manera similar se interpretan los datos de las diferentes escalas representadas en la Tabla 2.

La escala de alteraciones emocionales muestra que ponerse hablador (a) es el efecto más probable y que ponerse agresivo (a), el menos probable como expresión de la intoxicación aguda por alcohol.

Decir cosas bajo el efecto del alcohol que después no se recuerda haberlas dicho es la alteración del estado de conciencia más frecuentemente reportada por quienes se intoxican con bebidas alcohólicas; tener alteraciones perceptuales es la menos frecuente.

Entre las alteraciones fisiológicas, el enrojecimiento y calentamiento del rostro es la más frecuente y la que primero se experimenta como efecto del consumo del alcohol. Convulsionar es la menos frecuente.

Decir cosas que después se considera que no se debieron haber dicho es la alteración cognitiva más frecuente; y perder el hilo de la conversación, la que menos se reporta.

Dentro de los supuestos del Cuestionario, la frecuencia mayor o menor del reporte de estas alteraciones fue el criterio para definir que a menor frecuencia mayor nivel de desarrollo del problema motor, emocional, fisiológico, cognitivo o del estado de conciencia.

Al comparar los promedios de $p \times q$ se observa que las escalas de alteraciones fisio-

Tabla 1. Coeficientes de reproductibilidad y de escalabilidad según el Modelo de Guttman.

<i>Dimensiones</i>	<i>Escalas</i>	<i>Coefficiente de Reproductibilidad</i>	<i>Coefficiente de Escalabilidad</i>	<i>Escala de Guttman</i>
Intoxicación	Alteraciones motoras	0.84	0.60	No
	Alteraciones Emocionales	0.90	0.60	Sí
	Alteraciones del estado de Conciencia	0.90	0.70	Sí
	Alteraciones Fisiológicas	0.90	0.60	Sí
	Alteraciones Cognitivas	0.90	0.62	Sí
	Abuso	Alteraciones de la vida Familiar	1.00	1.00
Alteraciones de la vida laboral		0.90	0.70	Sí
Conductas de alto riesgo		0.90	0.66	Sí
Dependencia	Craving	0.88	0.65	Sí
	Tolerancia	0.88	0.60	Sí
	Pérdida de autocontrol	0.86	0.58	No
	Síndrome de retiro	0.91	0.70	Sí

Tabla 2. Fiabilidad de Consistencia Interna de las Escalas Indicadoras del Nivel de Desarrollo de los Problemas Generados por la Intoxicación Aguda por Alcohol (N = 80).

Ítem	<i>Ateraciones motoras</i>	<i>TRP</i>	<i>p</i>	<i>TRN</i>	<i>q</i>	<i>pxq</i>
3	Cuando tomo, tambaleo al caminar.	67	.84	13	.16	.14
16	Cuando estoy bajo efecto del alcohol tengo que sostenerme para no caer.	48	.60	32	.40	.24
28	Cuando tomo, tengo dificultad para agarrar las cosas.	44	.55	36	.45	.25
21	Estando bajo efectos del alcohol, me he caído y me he lesionado (Intoxicación complicada)	8	.48	42	.52	.25
	KR ₂₀ = .63				Suma:	.88
					Media:	.22
<i>Ateraciones emocionales</i>						
22	Cuando tomo, me pongo hablador y amigable.	77	.96	3	.04	.04
30	Cuando tomo, río o lloro con facilidad.	67	.84	13	.16	.14
2	Cuando tomo me pongo discuditor.	55	.69	25	.31	.21
14	Cuando tomo me pongo agresivo.	52	.65	28	.35	.23
	KR ₂₀ = .66				Suma:	.62
					Media:	.16
<i>Ateraciones del estado de conciencia</i>						
38	Cuando tomo, digo cosas que después no recuerdo.	68	.85	12	.15	.13
8	Mientras, tomo pierdo momentáneamente la noción del lugar donde estoy.	45	.56	35	.44	.25
39	He perdido el sentido mientras tomaba, o poco tiempo después.	43	.54	37	.46	.25
4	Cuando tomo he visto, oído o sentido personas o cosas que otros no ven.	23	.29	57	.71	.21
	KR ₂₀ = .62				Suma:	.83
					Media:	.21
<i>Ateraciones fisiológicas</i>						
11	Cuando tomo, siento que la cara se me enrojece.	62	.78	18	.23	.18
18	Cuando tomo, vomito.	50	.63	30	.38	.23
13	He vomitado sangre mientras tomaba o poco tiempo después.	13	.16	67	.84	.13
36	He convulsionado mientras tomaba o poco tiempo después.	8	.10	72	.90	.09
	KR ₂₀ = .82				Suma:	.63
					Media:	.16
<i>Ateraciones cognitivas</i>						
17	Cuando tomo, digo cosas que después considero que no debí haber dicho.	71	.89	9	.11	.10
42	Cuando tomo, digo cosas sin sentido.	52	.65	28	.35	.23
7	Cuando tomo, pierdo el hilo de la conversación.	49	.61	31	.39	.24
	KR ₂₀ = .64				Suma:	.57
					Media:	.19

Nota: *TRP*: Total de respuestas positivas. *TRN*: Total de respuestas negativas *p* : Proporción de ocurrencia del Problema. *q*: Proporción de no-ocurrencia del problema. *KR₂₀*: Coeficiente de fiabilidad interna de Kuder-Richardson.

lógicas y de alteraciones emocionales son las que más diferencian entre la ocurrencia y no-ocurrencia de estos problemas de intoxicación alcohólica; y que la escala de alteraciones motoras es la menos discriminativa.

La Figura 1 ilustra gráficamente la escalabilidad de cada una de las escalas y la discriminabilidad entre sus diferentes ítems. Por ejemplo, los ítems 8 y 39 de la escala de alteraciones del estado de conciencia y los ítems 42 y 7 de la escala de alteraciones cognitivas presentan muy baja discriminabilidad, a diferencia de la observada entre los ítems 3 y 16 de la escala de alteraciones motoras y los ítems 18 y 13 de la escala de alteraciones fisiológicas.

La fiabilidad interna de las escalas varía entre .62 y .82, siendo más fiable la escala de Alteraciones Fisiológicas. El producto de $p \times q$ varía entre .16 y .22, siendo las

escalas de Alteraciones Fisiológicas y de Alteraciones Emocionales las que más diferencian entre la ocurrencia y la no-ocurrencia de los problemas generados por la intoxicación del alcohol.

La Figura 1 ilustra gráficamente el carácter escalar de las alteraciones motoras, emocionales, del estado de conciencia, fisiológicas y cognitivas, según el orden de los ítems indicadores de los problemas asociados a la intoxicación alcohólica, tal como se presentan en el CEAL.

La Tabla 3 presenta los datos de fiabilidad interna de las escalas de Abuso. Como en el caso de las escalas de intoxicación, los primeros ítems (41, 37 y 9) representan los problemas que se presentan con mayor probabilidad entre las personas que abusan de las bebidas alcohólicas y los últimos ítems (45, 46 y 23) representan los problemas de

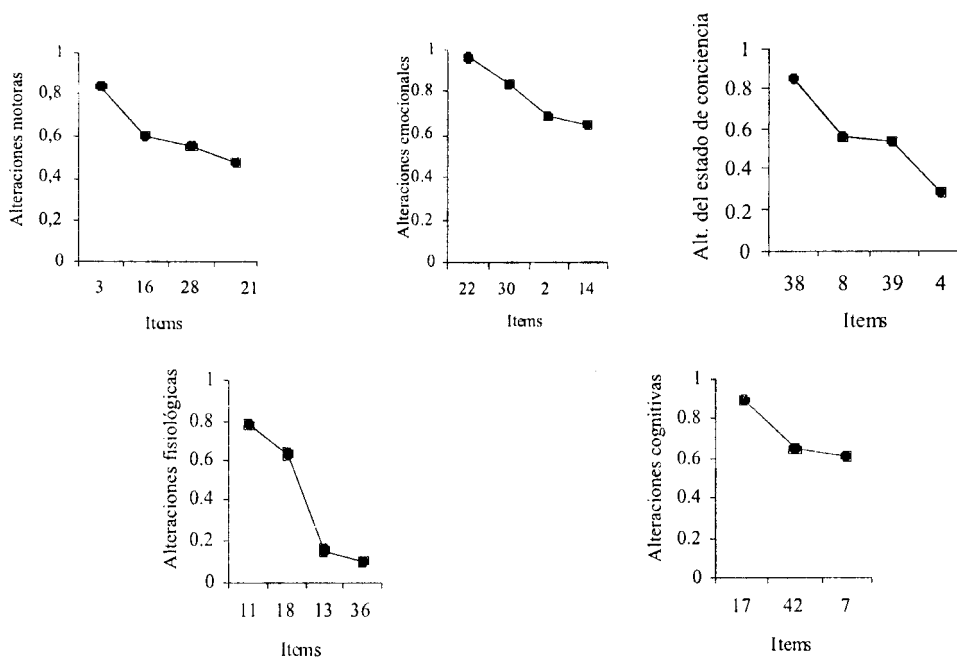


Figura 1. Representación gráfica de la escalabilidad de los ítems indicadores de los problemas asociados a la intoxicación alcohólica.

Tabla 3. Fiabilidad de Consistencia Interna de las Escalas Indicadoras del Nivel de Desarrollo de los Problemas Asociados al Abuso del Alcohol (N = 80).

Ítem	Alteraciones de la vida familiar	TRP	p	TRN	q	pxq
41	A causa de mi bebida últimamente he descuidado mis relaciones con mis familiares.	50	.63	30	.38	.24
43	Durante los últimos meses en mi familia hemos tenido discusiones a causa de mi forma de beber.	49	.61	31	.39	.24
34	Durante los últimos meses ha habido en mi familia amenazas de abandono por mi conducta de beber.	38	.48	42	.53	.25
45	Mi forma de beber provocó que durante los últimos meses tuviera que irme de la casa.	17	.21	63	.79	.17
					Suma:	.89
					Media:	.22
<i>Alteraciones de la vida laboral o estudiantil</i>						
37	Durante el último año he llegado tarde a mi trabajo o mi estudio a causa de mi bebida.	49	.61	31	.39	.24
5	Mi forma de beber a hecho que durante los últimos meses haya dejado de asistir a mi trabajo o a mi estudio.	29	.36	51	.64	.23
25	Durante los últimos meses fui suspendido de mi trabajo o de mi estudio a causa de mi bebida.	18	.23	62	.77	.17
46	Por beber perdí mi trabajo o mi estudio durante los últimos meses.	17	.21	63	.79	.17
					Suma:	.82
					Media:	.21
<i>Conductas de alto riesgo</i>						
9	Durante los últimos meses he tenido accidentes con máquinas o carros, por manejarlos estando yo bajo efecto del alcohol.	19	.24	61	.76	.18
31	Durante los últimos meses me han detenido por estar manejando carros o máquinas bajo efecto del alcohol.	19	.24	61	.76	.18
23	Durante los últimos meses he tenido problemas con la ley por acciones cometidas bajo efecto del alcohol.	6	.08	74	.93	.07
					Suma:	.43
					Media:	.14

Nota: TRP: Total de respuestas positivas. TRN: Total de respuestas negativas p: Proporción de ocurrencia del Problema. q: Proporción de no-ocurrencia del problema. KR₂₀: Coeficiente de fiabilidad interna de Kuder-Richardson.

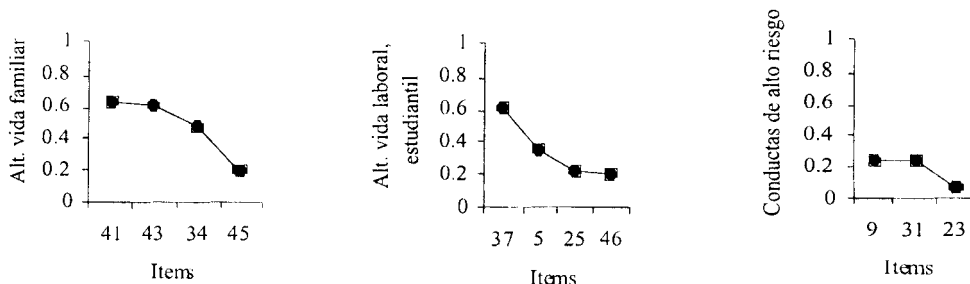


Figura 2. Representación gráfica de la escalabilidad de los ítems indicadores de los problemas asociados con el abuso del alcohol.

Tabla 4. Fiabilidad de Consistencia Interna de las Escalas Indicadoras del Nivel de Desarrollo de los Problemas Asociados con la Dependencia del Alcohol (N = 80).

Ítem	<i>Craving</i>	<i>TRP</i>	<i>p</i>	<i>TRN</i>	<i>q</i>	<i>pxq</i>
6	Cuando tomo siento tanto gusto por la bebida que prefiero seguir tomando por encima de otras actividades que también me gustan.	65	.81	15	.19	.15
1	Permanezco más tiempo en el lugar donde acostumbro a tomar, aunque no tome.	62	.78	18	.23	.17
26	Ahora gasto más tiempo tomando del que pretendía gastar.	53	.66	27	.34	.22
20	Siento tantos deseos de tomar que lo haría si tuviera alguna bebida alcohólica cerca. KR ₂₀ =.67	35	.44	45	.56	.25
					Suma:	.79
					Media:	.20
<i>Tolerancia</i>						
19	Ahora puedo tomar más que antes sin emborracharme.	59	.74	21	.26	.19
12	Antes tomaba solo en determinados lugares; ahora tomo en cualquier lugar. (Tolerancia conductual).	47	.59	33	.41	.24
24	Ahora siento que necesito tomar más alcohol u otras sustancias para poder dormir. KR ₂₀ =.31	17	.21	63	.79	.17
					Suma:	.60
					Media:	.20
<i>Pérdida del autocontrol</i>						
44	Cuando estoy tomando me doy cuenta del daño que me produce el alcohol; pero sigo tomando a pesar de ello.	69	.86	11	.14	.12
29	Últimamente yo tomo cuando se me presenta la oportunidad.	63	.79	17	.21	.17
15	No he tenido éxito en mis esfuerzos por dejar de tomar.	42	.53	38	.48	.25
32	Cuando deseo tomar, busco la manera de obtener la bebida como sea. KR ₂₀ =.54	38	.48	42	.53	.25
					Suma:	.79
					Media:	.20
<i>Síndrome de retiro</i>						
35	Cuando no tomo, me pongo ansioso o me muevo más.	56	.70	24	.30	.21
10	Sudo más de lo acostumbrado poco después de que he dejado de tomar.	32	.40	48	.60	.24
27	Cuando no tomo, siento temblor en mis manos, en mi lengua o en mis párpados.	27	.34	53	.66	.22
40	Durante los días en que no tomo, oigo, veo o siento personas o cosas. KR ₂₀ =.54	12	.15	68	.85	.13
					Suma:	.80
					Media:	.20

Nota: *TRP*: Total de respuestas positivas. *TRN*: Total de respuestas negativas *p*: Proporción de ocurrencia del Problema. *q*: Proporción de no-ocurrencia del problema. *KR₂₀*: Coeficiente de fiabilidad interna de Kuder-Richardson.

menor probabilidad de ocurrencia y, por tanto, los de mayor nivel de desarrollo de abuso. Esto quiere decir que descuidar las relaciones familiares, llegar tarde al estudio o al trabajo y tener accidentes como consecuencia del consumo del alcohol representan los problemas asociados al consumo de esta sustancia más frecuentemente observados y, en consecuencia, son representativos de un menor nivel de desarrollo de abuso. Por lo demás, el abandono del hogar, la pérdida del trabajo o del estudio y los problemas legales representan un nivel mayor de abuso del alcohol.

Se observa que la escala de conductas de alto riesgo presenta tanto baja escalabilidad como baja discriminabilidad entre sus ítems.

La Tabla 4 presenta los datos referentes a la confiabilidad interna de las escalas de Dependencia del alcohol y se interpreta como las anteriores.

La Figura 3 ilustra la escalabilidad de los ítems indicadores de los problemas de dependencia alcohólica.

La validez se obtuvo mediante la comparación de los datos del Cuestionario con la versión corta del MAST y fue la siguiente:

1. *Abuso*: sensibilidad igual a 0.86, especificidad igual a 0.68, poder predictivo positivo igual a 0.87, poder predictivo negativo igual a 0.65 y poder diagnóstico total igual a 0.81.

2. *Dependencia*: sensibilidad igual a 0.98, especificidad igual a 0.38, poder predictivo positivo de 0.78, poder predictivo negativo de 0.85 y poder diagnóstico total igual a 0.78.

El coeficiente de fiabilidad total de Livingston para tests referidos al criterio en intoxicación fue igual a 0.75, en abuso es: 0.92 y en dependencia: 0.67.

El coeficiente de validez total de Livingston fue de 0.85 en abuso y de 0.5 en dependencia.

La Tabla 5 resume los resultados anteriores.

Un dato adicional obtenido fue el de la prevalencia de los problemas: abuso igual a 0.63 y dependencia igual a 0.72.

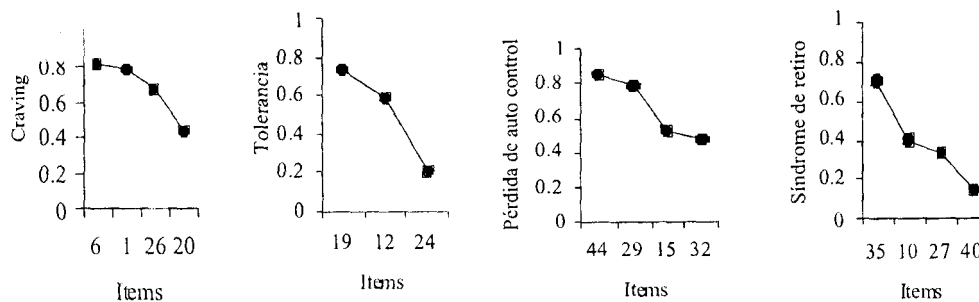


Figura 3. Representación gráfica de la escalabilidad de los ítems indicadores de los problemas asociados con la dependencia alcohólica.

Tabla 5. Características Psicométricas del CEAL.

	<i>Sensibilidad</i>	<i>Especificidad</i>	<i>PPP</i>	<i>PPN</i>	<i>PDT</i>	<i>Fiabilidad</i>	<i>Validez</i>
Abuso	.86	.68	.87	.65	.85	.92	.85
Dependencia	.98	.38	.78	.85	.78	.67	.5

Nota. *PPP*: Poder predictivo positivo. *PPN*: Poder predictivo negativo. *PDT*: Poder diagnóstico total.

DISCUSIÓN

El objetivo específico del diseño del CEAL fue construir un instrumento que permitiera evaluar el nivel de desarrollo de los problemas asociados al consumo del alcohol en sujetos individuales, sin referencia a normas poblacionales. La construcción de este instrumento estuvo orientada teóricamente por la combinación de elementos de 3 modelos integradores del alcoholismo, el sistémico, el psicofarmacológico y el de salud pública y psicométricamente por el modelo de tests referidos a un criterio y el modelo de la escala acumulativa de Guttman. Los modelos integradores sobre el alcoholismo conceptualizan este problema como situado en la relación ecológica del individuo con diferentes sistemas psicosociales; el modelo de tests referidos a criterio hace énfasis en la ejecución de los individuos sin referencia a normas poblacionales y el modelo de Guttman mide simultáneamente el objeto que se desea observar y la percepción que los sujetos tienen acerca de lo observado. En relación con el objeto de observación, se buscó que el CEAL midiera el grado o el nivel de desarrollo de los efectos producidos por la intoxicación alcohólica, por el abuso del alcohol y por la dependencia de esta sustancia. En relación con el sujeto que observa, se pretendió que el CEAL fuera un instrumento que ubicara al consumidor

en puntos específicos de las escalas de desarrollo de los problemas de tal manera que le indicaran tanto a él mismo como a su evaluador el punto a que ha llegado la manifestación de su problemática.

El supuesto principal que guió el diseño del CEAL fue que la frecuencia del auto reporte de las diversas alteraciones en diferentes sistemas o procesos psicofisiológicos es un indicador del nivel de desarrollo de estas mismas alteraciones, de tal manera que los problemas reportados como más frecuentes y primeramente observados en su aparición representan un desarrollo inicial de la problemática; y los problemas menos frecuentemente reportados y observados como aparecidos posteriormente representan niveles de mayor desarrollo de la problemática. Por tanto, el nivel de desarrollo de un problema está representado por la ubicación de su frecuencia a lo largo de una curva cuya mayor altura indica mayor frecuencia, aparición temprana y menor nivel de desarrollo; y cuya menor altura indica menor frecuencia, aparición tardía y mayor nivel de desarrollo (Figuras 1, 2 y 3).

Con estos modelos y con estos supuestos se construyó el CEAL. La escalabilidad de 11 de las 13 escalas satisface el logro de los objetivos propuestos. El CEAL no solo discrimina los problemas asociados a la intoxicación, al abuso y a la dependencia alcohólicos, sino que distribuye estos

problemas en diferentes procesos psicofisiológicos específicos: la motricidad, la emocionabilidad, el estado y nivel de conciencia, la fisiología y la cognición en relación con los efectos de la intoxicación aguda; los problemas familiares, laborales y las conductas de alto riesgo como manifestación del abuso; el craving, la tolerancia, la pérdida del auto control y los signos de retiro como manifestación del nivel de dependencia del alcohol.

La medición del nivel de desarrollo de los problemas ocasionados por las intoxicaciones repetidas es otra de las características del CEAL, que le permite al terapeuta confirmar las recaídas de los sujetos, aun cuando estos no las reporten. Las recaídas no son consideradas como criterio de alteración del proceso de rehabilitación, pero sí pueden constituirse en un factor de reavivamiento de algunas manifestaciones de la dependencia, que sí son criterio para la evaluación del proceso de rehabilitación de los alcohólicos.

Otra característica del CEAL es la diferenciación de los problemas en sus diversas manifestaciones, 13 en total. Esto le permite tanto al terapeuta como al mismo sujeto evaluar qué aspectos o procesos están más alterados como consecuencia del consumo del alcohol o cuáles de ellos se han normalizado más o mejor a lo largo del proceso de recuperación. Con base en esta información, terapeuta y consumidor pueden decidir de común acuerdo hacia dónde dirigir la intervención psicoterapéutica.

Sin embargo, se requiere aún de análisis psicométricos más detallados y profundos. No se ha realizado un análisis factorial que impida el solapamiento de ítems y que permita la evaluación de problemas subyacentes a los observados por el instrumento. El nivel de desarrollo de las alteraciones moto-

ras y de las manifestaciones de la pérdida del auto control no son suficientemente bien evaluadas por el CEAL; estas escalas no alcanzaron el criterio mínimo de escalabilidad. Algunos ítems no poseen la discriminabilidad suficiente para poder diferenciar con claridad niveles diferentes del problema; tal es el caso de los ítems 9 y 31 de la escala de conductas de alto riesgo, el 25 y el 46 de la escala de alteraciones de la vida laboral o estudiantil y el 41 y el 43 de la escala de alteraciones de la vida familiar. Se requiere modificar su redacción o definir otras alteraciones. El poder predictivo negativo de las escalas de abuso y la especificidad y validez de las escalas de dependencia no son lo suficientemente altas. Estas escalas, aunque tienen buena capacidad para clasificar los verdaderos positivos, permiten una proporción elevada de sujetos que poseen el problema pero no necesariamente por el abuso del alcohol.

Se requiere, por tanto, realizar estudios con el CEAL que comparen alcohólicos con no-alcohólicos, con diferentes niveles de consumo, para definir problemas más específicos ocasionados por el abuso del alcohol.

Con todo, el CEAL presenta características que los hacen útil para la evaluación de los problemas asociados al consumo del alcohol, antes y durante la intervención psicoterapéutica y para la investigación de las manifestaciones del alcoholismo tanto en el sujeto consumidor como en sus relaciones ecológicas.

Los datos obtenidos mediante la utilización del CEAL en un estudio reciente sobre las diferencias de género en los problemas asociados al consumo del alcohol muestra la utilidad del instrumento. Un resumen de estos resultados se presentó en la Introducción. Un aspecto importante para resaltar en este estu-

dio es que a pesar de que las mujeres desarrollan más signos de intoxicación fisiológicos y emocionales, sus problemas de dependencia y sobre todo de abuso son menores que los desarrollados por los hombres bebedores. Este estudio también permitió observar que las manifestaciones de la dependencia aparecen primero que las del abuso. Las características del CEAL permiten observar estos resultados en un solo instrumento.

Se espera que el CEAL sea analizado y perfeccionado para aumentar su utilidad investigativa y clínica.

REFERENCIAS

- Arce, C. (1994). *Técnicas de construcción de escalas psicológicas*. Madrid: Síntesis.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual and mental disorder*. (3rd Ed.). Washington, D. C: Library of Congress.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual and mental disorder*. (4th Ed.). Washington, D. C: Library of Congress.
- Ayala, H. E., Cárdenas, G., Echeverría, L., y Gutiérrez, M. (1998). *Manual de autoayuda para personas con problemas en su forma de beber*. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Bríñez, J. A. (1998). *El consumo de alcohol en escolares con edades entre 9 y 18 años, y variables sensorio-perceptuales asociadas*. Proyecto docente. Bogotá: Universidad Católica de Colombia, Facultad de Psicología, Unidad de Investigaciones.
- Bríñez, J. A. (2001). *Diferencias de género en los problemas asociados al consumo del alcohol, según el nivel de su consumo*. Proyecto docente. Bogotá: Universidad Católica de Colombia, Facultad de Psicología, Unidad de Investigaciones.
- Hester, R. K. Y Miller, W. R. (1989). *Handbook of alcoholism treatment approaches*. N. York: Pergamon.
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (1996, Julio). *Centro de Referencia Nacional sobre Violencia*, 12, 41 - 44. Santafé de Bogotá: Autor.
- Jacobson, C. R. (1988). Identification of problem drinkers and alcoholics. En: Watson, R.R. *Diagnosis of alcohol abuse*. Boca Raton: CRC.
- Kaplan, H. Y., Sadock, B. J. y Grebb, J. A. (1994). *Synopsis of Psychiatry*. (7a. Ed.). Baltimore: Williams and Wilkins.
- Maisto, S. A., Sobell, L. C. y Sobell, M. B. (1979). Comparison of alcoholic's self-reports of drinking behavior with reports of collateral informants. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 106 -112.
- Martínez - Arias, R. (1995). *Psicometría: Teoría de los tests psicológicos y educativos*. Madrid: Síntesis.
- Martino, S., Grilo, C. M., y Fehon, D. C. (2000). Development of drug abuse screening test for adolescents (DAST-A). *Addictive Behaviors*, 25, 57 - 70.
- Millon, T. (1987). *Millon clinical multi-axial inventory - II*. Minneapolis: National Computer Systems.
- Ministerio de Salud Colombia. (1994). *Estudio nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas*. Bogotá: Carrera Séptima.
- Mullaby, J. (1993). Alcoholism, work and income. *Journal of Labor Economics*, 11, 494 - 520.
- Organización Mundial de la Salud. (1980). *Problems related to alcohol consumption: Report of a WHO expert committee*. Ginebra: Autor.
- Organización Mundial de la Salud. (1993 / 1994). *CIE-10 Trastornos mentales y del comportamiento: Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. (Méditor y J. J. López, Eds.). Madrid: Autor.
- Rodríguez, E. (1997). *Consumo de sustancias psicoactivas en Colombia, 1996*. Bogotá: Dirección Nacional de Estupefacientes.
- Repetto, M. (1995). *Toxicología Avanzada*. Madrid: Díaz de Santos.
- Stolerman, Y. (1992). Behavioral principles, methods, and terms. *Sci. Trends. Pharmacol*, 13, 171.