

# CARACTERIZACIÓN DEL NIVEL DE DEPENDENCIA AL ALCOHOL ENTRE HABITANTES DE LA CIUDAD DE MÉXICO

Luis Solís R\*, Martha Cordero O\*\*, Roberto Cordero O\*\*\*, Marcela Martínez\*\*\*\*

## SUMMARY

The dynamic and scope of the consumption of alcoholic beverages, in Mexico, have been known by household surveys, since the last third of the last century.

Nowadays those surveys describe alcohol use as one of the main public health tasks nationwide, due not only to its consequences but also to the damage on the different areas of individual's everyday life.

A number of indicators have been highlighted by the first survey on 1988, such as teetotalism rates, the alcohol consumers proportion, age of first use, and problems associated with alcohol consumption.

As a public health problem, alcohol consumption represents high costs to health institutions because of the problems related to the consumption. So, it requires undertaking certain actions that would be deal with this problem on primary and structural attention, as well as in the individual susceptibility as prevention, or attention levels, diagnosis and treatment.

All actions to face this problem are practically impossible in the absence of instruments to establish differential diagnosis between heavy drinking and alcohol dependence.

Along the study of alcoholism, have been distinguished two issues to establish differential diagnosis. First is a traditional version of dependence diagnosis by DSM criteria, defined as disadapative pattern of alcohol consumption that produces significant malaise, expressed trough one year long.

The second diagnosis issue quantifies the individual differences of physical, psychological and social damage degrees, caused by the alcohol consumption. From this, appears the motion of Multiple Alcoholism Syndrome.

From this last point of view, The Alcohol Use Inventory by Skinner, Horn and Wanberg (1983), is compose by 147 items self administrated, clusted in 24 scales. Time latter, as of many researches done by this research group, aroused The Multiple-syndrome Alcohol Model as The Alcohol Use Inventory simplified version, used as a useful differential diagnosis questionnaire in alcoholics.

There for, last version has been done many researches that agree on characterize the alcohol use inventory as screening questionnaire useful to detect problematic drinking to implement primary intervention. Those authors suggest the use of this questionnaire at different stages and populations, with different cut points.

Antecedent's use of the questionnaire in Mexico, by Ayala et al., made the adapted version, however, researches seems to be not enough to know the validity of diagnostic instruments on ethanol dependence.

The Alcohol Dependence Scale (ADS) consider the dependence as a continuum of four levels, depending on the damage degree associated with alcohol consumption, on the different areas of physical, intellectual, social and psychiatric functioning. In the questionnaire 1 is the minimum cut point for dependence diagnostic and 48 as the highest point, this rank lets differentiate with respect to low dependence, moderate dependence, substantial dependence and severe dependence.

This article pretends to diffuse the EDS's validity on inhabitants in Mexico City. As methodology, a case design and 1:1 paired controls were used by age and marital status.

Through a not intentioned sampling by quotas were selected 240 men of 18 to 50 years old.

The cases group was integrated by 120 individuals that voluntarily sought treatment at the Center of Assistance for the Alcoholic and Relatives (CAAF) from June, 1998 to June, 2000.

All cases comply with DSM-IV alcohol dependence criterion; they reported the last consumption at one month before the beginning of the research and with basic school as scholar level.

In the control group were 120 volunteers that request treatment to CAAF from June, 1998 to June, 2000. They did not comply with alcohol dependence criterion.

As gold standard, was considered the DSM-IV criteria to sensibility, specificity and predictive values; the factorial structure and internal consistency of the scale are indicated.

Socio-demographic data indicated 34 years old as sample average, just over the half had a partner at the time of the study; the predominant education level was secondary school (35%).

In the cases the 86% covered 6 to 7 criteria for ethanol dependence in the DSM-IV; the predominant dependence level was moderate at 37%, while 53% of the control group had no evidence of dependence. The heterogeneity test showed significant statistics differences on dependence levels in cases and controls ( $t=23$ ,  $df=238$  and  $p=0.00$ ).

The ADS displays overall internal consistency of 0.96, based on the Cronbach Reliability Coefficient, a higher level of consistency than that reported in previous studies.

\*Director de Prevención en Centros de Integración Juvenil. Responsable del Proyecto de "Evaluación de Recaidas en Pacientes Alcohólicos y su Prevención. Costos Comparativos y Efectividad de Diversas Intervenciones".

\*\*Centro de Ayuda al Alcohólico y a sus Familiares del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.

\*\*\*Instituto Politécnico Nacional.

\*\*\*\*Instituto Mexicano del Seguro Social.

Correspondencia: Psic. Martha Cordero. CAAF, Altos del Mercado A. Rodríguez. República de Venezuela esq. Rodríguez Puebla. Centro, Del. Cuauhtemoc, 06020, México, DF. E-mail: marthiux1403@hotmail.com

Recibido: 15 de junio de 2007. Aceptado: 3 de septiembre de 2007.

With a factorial analysis by varimax rotation and maximum likelihood extraction, revealed the presence of three factors with 56.5% of variance explained: intoxication (48.3%), abstinence (5.6%) and *delirium tremens*.

In the application manual, the authors specify 13/14 as values to use the DAS as a diagnosis questionnaire, and 9 for a screening instrument. While other authors suggest less cut points 13/14 to 2/3 to reduce the false-negative; however, on Mexico City inhabitants, such cut points were inappropriate.

The most suitable cut point to detect a significant dependence on clinical was at 8 points, with 96% sensitivity, 98% specificity and a 94% likelihood of making correct diagnoses.

These findings show that DAS is a suitable screening instrument for using on Mexico City inhabitants.

We suggest including items to evaluate social area or any other scale to complement the ADS.

**Key words:** Alcohol dependence scale, alcohol dependence, factorial structure, sensitivity.

## RESUMEN

En México la dinámica y magnitud del consumo de bebidas embriagantes se conoce desde el último tercio del siglo pasado gracias a las encuestas en hogares; éstas perfilaron el uso de alcohol como una de las principales tareas de la salud pública a escala nacional debido no sólo a sus consecuencias, sino también al deterioro en las diferentes áreas de funcionamiento de la vida cotidiana del sujeto. Desde entonces sobresalen indicadores como la tasa de abstinencia, la proporción de población consumidora de alcohol, la edad de inicio de ingesta y los problemas asociados al consumo.

Como problema de salud pública, el consumo de alcohol requiere llevar a cabo acciones determinantes que hagan frente a esta problemática, para ello toda acción que se genere es prácticamente imposible si se carece de instrumentos que establezcan un diagnóstico diferencial entre el consumo excesivo y la dependencia del alcohol.

En México resultan ser insuficientes las investigaciones que den cuenta de la validez de instrumentos diagnósticos sobre la dependencia del etanol. La Escala de Dependencia del Alcohol (EDA) considera esta dependencia como un continuum, con diferentes niveles, en función del grado de afectación en cada una de las áreas de funcionamiento del individuo. Estudios previos reportan la validez de la EDA como un instrumento de diagnóstico y de tamizaje en otros países.

El presente artículo pretende mostrar la validez de la EDA en los habitantes de la Ciudad de México. Se empleó un diseño de casos y controles comparados 1:1 por edad y estado civil.

A través de un muestreo intencionado por cuota se eligieron 240 sujetos de sexo masculino con edades entre 18 y 50 años.

Los casos fueron 120 sujetos que acudieron voluntariamente a solicitar tratamiento al Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares (CAAF), quienes cubrieron los criterios de dependencia del etanol según el DSM-IV, presentaron ingesta de alcohol en el último mes y contaban con primaria completa.

Los controles fueron 120 sujetos residentes de zonas aledañas al CAAF y no cubrieron los criterios de dependencia al etanol.

Se consideró como estándar de oro los Criterios Diagnósticos del DSM-IV para los análisis de sensibilidad, especificidad y valores predictivos; además se señala la estructura factorial y consistencia interna de la escala.

Los datos sociodemográficos indican que el promedio de edad de los sujetos fue de 34 años, poco más de la mitad se encontraba con pareja al momento del estudio.

Entre los casos, 86% cubrió de 6 a 7 criterios de dependencia del etanol del DSM-IV; el nivel de dependencia predominante fue moderado con 37% a diferencia de los controles, quienes en su mayoría no mostraron evidencia de dependencia.

Las pruebas de heterogeneidad mostraron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de dependencia entre los casos y los controles.

La EDA presentó una consistencia interna global de 0.96 a partir del Coeficiente de Confiabilidad de Cronbach, mayor al nivel de consistencia que se reportó en estudios previos.

Se analizaron diferentes puntos de corte y el más adecuado para detectar una dependencia clínicamente significativa fue de ocho puntos, con sensibilidad de 96%, y especificidad de 98%. Estos hallazgos demuestran que la EDA es un instrumento clínico y de tamizaje adecuado para emplearse en habitantes de la Ciudad de México.

**Palabras clave:** Escala de dependencia del alcohol, dependencia del alcohol, estructura factorial, sensibilidad.

En México las Encuestas Nacionales de Adicciones de los años 1988, 1993, 1998 y 2002 reportan cambios en el consumo de alcohol y resaltan un descenso importante en la tasa de abstinencia; se aprecia una marcada tendencia en el aumento de la población consumidora de alcohol en bebedores fuertes y en dependientes, en ambos sexos, a edades de inicio de ingesta cada vez más tempranas y económicamente productivas (14).

Para el año 2003, las enfermedades asociadas directa o indirectamente al consumo de bebidas embriagantes figuraron entre las diez principales razones de mortalidad en nuestro país, en población general. Por ejemplo, la enfermedad alcohólica y otras enfermedades crónicas del hígado representaron la quinta causa, en tanto que los accidentes, las agresiones u homicidios figuraron en la cuarta y décima causa, respectivamente (7).

Lo anterior obliga a considerar dos aspectos: a) Altos costos en los sistemas de salud generados por la atención y los servicios por enfermedades asociadas al consumo excesivo de alcohol (6, 9, 18, 19, 21 22) y b) el consumo de alcohol representa uno de los problemas prioritarios de salud pública en México.

Con el fin de responder a los problemas de salud pública es necesario llevar a cabo acciones que incidan en el nivel de atención a la salud desde sus determinantes básicos, estructurales y próximos, ya sea en la susceptibilidad individual como la prevención o bien en los niveles de atención, diagnóstico y/o tratamiento (6).

El diseño de modelos de intervención y prevención efectivos para la población a la cual se dirigen son prácticamente imposibles si se carece de instrumentos que

establezcan un diagnóstico diferencial en el consumidor excesivo de alcohol (18, 19).

En México aún son escasas las investigaciones realizadas para validar escalas diagnósticas sobre consumo de alcohol y caracterizar a la población con el fin de determinar sus necesidades y planificar su tratamiento.

Llevar a cabo un diagnóstico diferencial en el alcohólico es una tarea ardua no sólo por lo complejo y polémico que resulta el concepto de alcoholismo y su dependencia, sino por la carencia de instrumentos en la práctica clínica para un fin tan específico e importante como éste.

En el transcurso del estudio del alcoholismo se distinguen dos vertientes que permiten establecer un diagnóstico diferencial; la primera de éstas consiste en una visión tradicional de dependencia, fundamentada en los Criterios de Dependencia al Etanol del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) (10).

En el DSM-IV, la dependencia al etanol se define como un patrón desadaptativo de consumo de alcohol que produce un malestar significativo, expresado durante un periodo de un año continuo, por tres o más de los siguientes criterios:

1. Tolerancia: Ingesta de cantidades mayores para conseguir el mismo efecto, o cuando el efecto disminuye con el consumo continuado.
2. Abstinencia: Ingestión de alcohol o sustancias parecidas para alivio de los signos y síntomas originados por la suspensión del consumo de alcohol.
3. Beber por períodos más largos de lo que originalmente se pretendía.
4. Deseos o esfuerzos infructuosos para controlar el consumo.
5. Emplear mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de alcohol.
6. Reducción de actividades sociales, laborales y familiares como consecuencia del consumo.
7. Continuar tomando a pesar de tener conciencia de la existencia de problemas ocasionados por el alcohol.

La segunda vertiente surge debido al desacuerdo con el concepto tradicional de alcoholismo y dependencia; busca cuantificar las diferencias individuales del grado de deterioro físico, psicológico y social ocasionado por el consumo de alcohol a partir de investigaciones desarrolladas en los años setenta por Skinner, Horn y Wanberg en la ciudad de Toronto, en Canadá, que condujeron a la creación del Modelo Síndrome-Múltiple de Alcoholismo, a partir del cual se originó el Inventario de Uso de Alcohol (16).

El Inventario de Uso de Alcohol, se organizó jerárquicamente y se diseñó con base en los síntomas de deterioro

ro asociados al consumo en las áreas de funcionamiento físico, intelectual, social y psiquiátrico; se conformó por 147 reactivos auto aplicables, agrupados en 24 escalas: 16 primarias, cinco secundarias y tres terciarias (17).

En una muestra obtenida de la Addiction Research Foundation, se encontró que la consistencia interna para 22 escalas fue de 0.75; mientras que para la validez se reportaron diferencias significativas entre pacientes crónicos de consulta inicial, con respecto a alcohólicos que no solicitaron tratamiento (21). Posteriormente, Skinner y colaboradores reportaron una consistencia interna de 0.93 (15, 16).

Para 1983, Skinner y Allen reportaron los resultados de la evaluación del Inventario de Uso de Alcohol realizada con 274 sujetos; obtuvieron una consistencia interna de 0.75, muy similar a la encontrada por Wanberg, Horn y Forster en 1977.

Las investigaciones previas dieron pie al diseño de la Escala de Dependencia al Alcohol, en 1984, por Skinner y Allen. Con las propiedades psicométricas descritas, se le caracterizó como un instrumento útil en el diagnóstico diferencial de los alcohólicos, ya que permite identificar necesidades específicas y, en consecuencia, planificar una intervención para cada tipo de paciente (15).

Willenbring y Bielinski evaluaron la EDA en 61 pacientes masculinos de consulta externa en una clínica especializada en problemas médicos asociados al consumo de alcohol, tomaron como estándar de oro los Criterios del DSM-III-R; reportaron sensibilidad de 0.83 y 0.77, especificidad de 0.46 y 0.69 con puntos de corte de 1 y 2 respectivamente y la consideraron ideal para emplearse como instrumento de tamizaje, para detectar bebedores problema y llevar a cabo una intervención temprana; los autores sugieren utilizar la escala en diferentes escenarios y poblaciones reduciendo el punto de corte a 2 o 3 con el fin de disminuir la proporción de falsos negativos (22).

En México, Ayala y colaboradores adaptaron el instrumento y lo han empleado en algunas investigaciones con consumidores de alcohol (1-4).

El presente artículo tiene como objetivo mostrar la estructura factorial y la consistencia interna de la EDA, así como su sensibilidad, especificidad y valores predictivos; además se consideraron los criterios diagnósticos del DSM-IV como instrumento estándar.

## MÉTODO

La muestra se conformó por 240 sujetos de sexo masculino, con edades de 18 a 50 años, a través de un muestreo intencionado por cuota.

Se trabajó con un diseño de casos y controles comparados 1:1 por edad y estado civil (cuadro 1).

CUADRO 1. Distribución de la población

Edad	Estado civil	Casos		Controles	
		(f)	%	(f)	%
18-20	Solteros	3	2.5	3	2.5
21-25	Con pareja	4	3.3	4	3.3
	Ex pareja	1	0.8	1	0.8
	Solteros	13	10.8	13	10.8
	Total	18	15.0	18	15.0
26-30	Con pareja	10	8.3	10	8.3
	Ex pareja	4	3.3	4	3.3
	Solteros	9	7.5	9	7.5
	Total	23	19.2	23	19.2
31-35	Con pareja	14	11.7	14	11.7
	Ex pareja	3	2.5	3	2.5
	Solteros	7	5.8	7	5.8
	Total	24	20.0	24	20.0
36-40	Con pareja	16	13.3	16	13.3
	Ex pareja	5	4.2	5	4.2
	Solteros	2	1.7	2	1.7
	Total	23	19.2	23	19.2
41-45	Con pareja	15	12.5	15	12.5
	Ex pareja	1	0.8	1	0.8
	Soltero	1	0.8	1	0.8
	Total	17	14.2	17	14.2
46-50	Con pareja	11	9.2	11	9.2
	Ex pareja	1	0.8	1	0.8
	Total	12	10.0	12	10.0
N		120	100.0	120	100.0

Se seleccionaron 120 sujetos que cubrieron los criterios de dependencia al etanol según el DSM-IV, con ingesta de alcohol en el último mes y que contaban con primaria completa. Mientras que los no casos fueron 120 sujetos sin dependencia al etanol, según los criterios del DSM-IV.

Los casos fueron sujetos que acudieron voluntariamente a solicitar tratamiento al Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares (CAAF), del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, entre junio de 1998 y junio del 2000.

Los pacientes seleccionados que previamente acudieron a la consulta inicial, cubrieron los criterios de inclusión y brindaron por escrito su consentimiento para participar en el estudio y contestar de forma autoaplicada la EDA.

Los controles fueron sujetos que brindaron su consentimiento por escrito y contestaron de forma autoaplicada la EDA, fueron seleccionados intencionalmente por medio de un muestreo por cuotas en las zonas aledañas al CAAF y no cubrieron los criterios de dependencia al alcohol del DSM-IV.

Se llevó a cabo una entrevista estructurada a fin de discriminar a los dependientes de los no dependientes de acuerdo con los criterios de dependencia del DSM-IV y se eligieron a quienes cubrieron hasta dos criterios de dependencia; se compararon por pares con la muestra de casos, según edad y estado civil y se les dió la forma autoaplicada de la EDA.

La EDA evalúa el nivel de dependencia con base en los síntomas de deterioro asociados al consumo en las

áreas de funcionamiento físico, intelectual, social y psiquiátrico, e identifica cuatro niveles de dependencia de acuerdo a las siguientes puntuaciones:

Puntuaciones	Niveles de dependencia
1-13	Baja
14-21	Moderada
22-30	Sustancial
31-50	Grave

## RESULTADOS

### *Características sociodemográficas de la población*

En la muestra, 58% se ubicó en un rango de edad de 26 a 40 años, con una media de 34 años y desviación estándar de 8.11.

De la muestra, 58.3% se encontraba con pareja al momento del estudio, 29.2% era soltero y 13% reportó estar separado, divorciado o viudo (cuadro 1).

El nivel de escolaridad predominante en los casos fue secundaria con 35%, seguido por bachillerato con 29%, licenciatura con 28%, primaria con 7% y postgrado con 1%; mientras que en los no casos fue de licenciatura con 39%, bachillerato con 31%, secundaria con 20%, primaria con 6% y postgrado con 4%.

Con respecto al número de criterios diagnósticos del DSM-IV de dependencia al alcohol, en los casos se encontró que 86% cubrió de 6 a 7 criterios de dependencia al etanol, 12% presentó de 4 a 5 y 2% obtuvo 3 criterios; mientras que en los controles 28% cubrió 2 criterios, 33% cubrió un criterio y 39% restante no cubrió un solo criterio diagnóstico ( $t=48.56$ ,  $gl=238$  y  $p=0.00$ ).

El nivel de dependencia predominante en los casos fue moderada con 37%, seguido por baja con 25%, sustancial con 22% y grave con 16%, con una media de 20 puntos. En tanto el grupo de los controles presentó que 53% de los sujetos no mostró evidencia de dependencia y 47% puntuó dependencia baja, con una media de 1 ( $t=23$ ,  $gl=238$  y  $p=0.00$ ).

### *Consistencia interna y estructura factorial de la EDA*

Se observó una consistencia interna global en la EDA de 0.96 a partir del Coeficiente de Confiabilidad de Cronbach.

En el cuadro 2 se presentan los resultados del análisis factorial exploratorio, el cual se realizó con rotación Varimax y el método de extracción Maximum Likelihood, adecuado para reducir los posibles problemas de no normalidad, se observan tres factores con carga superior a 0.40 y se muestra la consistencia interna de cada factor. Además se observó una correlación de Pearson de 0.847 entre los criterios del DSM-IV y la EDA con  $p$  de 0.00.

CUADRO 2. Estructura factorial y consistencia interna de la EDA por factor

Factor	Reactivo	Valores Eigen	% acumulado
Intoxicación	1	0.81	48.3
	6	0.58	
	10	0.75	
	12	0.68	
	13	0.75	
	18	0.49	
	22	0.69	
	23	0.66	
	24	0.53	
	25	0.69	
	Coeficiente de Cronbach = 0.94		
Abstinencia	2	0.49	5.6
	3	0.59	
	4	0.45	
	7	0.56	
	9	0.46	
	11	0.54	
	15	0.49	
	16	0.29	
17	0.48		
Coeficiente de Cronbach = 0.91			
Delirium tremens	5	0.67	2.6
	8	0.73	
	14	0.42	
	19	0.75	
	20	0.60	
	21	0.43	
Coeficiente de Cronbach = 0.83			

### Sensibilidad y especificidad de la EDA

En el análisis de sensibilidad, especificidad, valores predictivos y exactitud se consideraron como estándar de oro los Criterios Diagnósticos del DSM-IV con diferentes puntos de corte sugeridos por investigaciones previas (5, 12, 18). Los resultados se presentan en el cuadro 3.

### DISCUSIÓN

Más de la mitad de los usuarios de alcohol que acudieron a solicitar tratamiento al CAAF en el momento del estudio estaba en edad económicamente productiva y se encontraba con pareja.

En dos terceras partes de los usuarios que solicitaron tratamiento en el CAAF se detectó un nivel de dependencia de moderado a grave, mientras que en más de la mitad de los no usuarios no se les detectó evidencia alguna de dependencia; estas diferencias resultaron estadísticamente significativas. Dicho hallazgo confirma el planteamiento que subyace en la construcción de la EDA al considerar que la dependencia es un *continuum* con diferentes niveles en función del grado de afectación en cada una de las áreas de funcionamiento del individuo; entonces, no hay razón alguna para ofrecer el mismo tratamiento a un usuario con dependencia baja, que a uno con grave debido a la diferencia en cada nivel de deterioro.

CUADRO 3. Sensibilidad, especificidad y valores predictivos de la EDA

Puntos de corte	Valores	Intervalo de confianza	
		Inferior	Superior
Sensibilidad			
1	100.0	96.1	99.9
8	95.8	90.1	98.4
13	78.3	69.7	85.1
Especificidad			
1	53.3	44.0	62.4
8	99.2	94.8	99.5
13	100.0	96.1	99.9
Valor predictivo positivo			
1	68.2	60.7	74.9
8	99.1	94.6	99.9
13	100.0	95.1	99.9
Valor predictivo negativo			
1	100.0	92.9	99.9
8	95.9	90.4	98.5
13	82.2	74.8	87.8
Exactitud			
1	76.7	70.7	81.8
8	97.5	94.4	98.9
13	89.2	84.4	92.7

En la estructura factorial de la EDA se observó que el primer factor explica la relación del 48.3% de la varianza con los efectos ocasionados por la intoxicación; el segundo factor con una carga de 5.6%, se relaciona con los síntomas de abstinencia y el tercero explica 2.6% de la varianza y evalúa los síntomas del *delirium tremens*. También se obtuvo un nivel de consistencia interna global de la EDA de 0.96, mayor a 0.91, nivel más alto que se reporta en investigaciones previas (15, 16, 21, 22)

Cada uno de los tres factores contiene reactivos que evalúan el deterioro asociado al consumo de alcohol en las áreas de funcionamiento físico, intelectual y psiquiátrico.

Se observó que la EDA no evalúa el área social tal como lo señalan los autores, por lo que se sugiere: a) incluir en la escala preguntas que evalúen dicha área y/o b) complementar la escala con otros instrumentos que consideren dicha área a fin de ser congruentes con la vertiente teórica de la EDA, referente a la cuantificación las diferencias individuales en el deterioro físico, psicológico y social ocasionado por el consumo de alcohol, aspecto central en la validez concurrente del instrumento; con ello quizás se mejore la correlación de Pearson con los criterios del DSM-IV, la cual fue bastante alta y con un adecuado nivel de significancia.

En el manual de aplicación, los autores especifican el punto de corte 13/14 como adecuado para utilizar a la EDA como un instrumento diagnóstico y al 9 ideal para emplearla como instrumento de tamizaje; mientras que Willenbring y Bielinski sugieren bajar el punto de corte de 13/14 a 2/3, con el fin de reducir la proporción de falsos negativos; ambas puntuaciones son válidas para poblaciones diferentes, la primera en canadienses y la segunda en estadounidenses.

En habitantes de la Ciudad de México, al reducir el punto de corte, se obtuvo una alta sensibilidad, pero también baja especificidad, esto hace suponer que la EDA es útil como prueba diagnóstica y no de tamizaje, debido a que su probabilidad para detectar a los dependientes es alta, pero baja para discriminar a los no casos; en contraste, con un punto de corte de 13, la EDA es útil para emplearse como prueba de tamizaje, pero no como instrumento diagnóstico ya que se obtuvo una alta especificidad, pero baja sensibilidad.

Al emplearse un punto de corte de 8, la EDA muestra una alta sensibilidad y especificidad (96/98) con intervalos de confianza adecuados, así como valores predictivos bastante altos (95/90), mismos que deben interpretarse con cautela por depender de la prevalencia; además brindó 94% de diagnósticos acertados entre todos los efectuados, exactitud bastante alta; por lo tanto, para considerar una dependencia clínicamente significativa el punto de corte más adecuado es de 8 puntos.

La EDA demostró ser un instrumento útil tanto en el nivel de tamizaje para incidir en la prevención primaria, como en el nivel de diagnóstico diferencial para planificar el tratamiento.

### Agradecimientos

Los autores del artículo agradecen el financiamiento proporcionado por el CONAcYT para la realización del presente estudio como parte del Proyecto: "Evaluación de recaídas en pacientes alcohólicos y su prevención. Costos comparativos y efectividad de diversas intervenciones" referencia: 46119-H. A la revisión técnica de la doctora Catalina González Forteza y del maestro Jorge Villatoro Velásquez. A la doctora María Elena Medina-Mora, maestra Guillermina Natera y al doctor Mario Torruco por su apoyo para la realización del mismo. A la terapeuta familiar Rosalba Tenorio, la psicóloga Ma. Evelia Fragoso, al doctor Reynaldo Díaz, la enfermera Carolina Badillo, el doctor Armando Rojas, la doctora Sara Infante, el psicólogo Felipe Jiménez, la maestra Angeles Cruz, el enfermero Humberto León, la trabajadora social Verónica García, la trabajadora social Delia Pérez y al psicólogo Roberto Tapia, quienes conforman el equipo del CAAF y a los estudiantes de 5º año de medicina por su participación en la aplicación de los instrumentos.

### REFERENCIAS

1. AYALA H, CARDENAS G, ECHEVERRIA L, GUTIERREZ M: *Manual de Autoayuda para Personas con Problemas en su Forma de Beber*. Facultad de Psicología. Porrúa, México, 1998.
2. AYALA HV, ECHEVERRIA L, SOBELL M Y SOBELL L: Autocontrol dirigido: Intervenciones breves para bebedores excesivos de alcohol en México. *Revista Mexicana Psicología*, (14)2:113-127, 1998.
3. AYALA H., CARDENAS G, ECHEVERRIA L, GUTIERREZ M: Los resultados iniciales de un programa de autocontrol para bebedores problema en México. *Salud Mental*, 18(4):18-24, 1995.
4. BARRAGAN L, GONZALEZ J, MEDINA-MORA ME, AYALA H: Adaptación de un modelo de intervención cognoscitivo-conductual para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas a población mexicana: Un estudio piloto. *Salud Mental*, 28(1): 61-71, 2005.
5. DAVISON G, RAISTRICK D: The Validity of the Short Alcohol Dependence Data (SADD) Questionnaire: A short self-report questionnaire for assessment of alcohol dependence. *British J Addictions*, 81:217-222, 1986.
6. FRENK J: *La Salud de la Población. Hacia una Nueva Salud Pública*. La Ciencia para Todos, México, 1992.
7. INEGI, SSA/DGEI: *Estadísticas Vitales: Mortalidad en los Estados Unidos Mexicanos*, México, 2003.
8. KLEINBAUM DG, KUPPER LL, MORGENSTER H: *Epidemiologic Research*. Lifetime Learning Publications. California, 1982.
9. LOPEZ J, ROSOVSKY H: El papel que desempeña el alcohol en los motivos por los que se les da atención en los servicios de urgencias, estimación del riesgo asociado en los traumatismos. *Salud Mental*, 21(3):32-38, 1998.
10. PICHOT P, LOPEZ I, VALDEZ M: *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV*. Asociación Americana de Psiquiatría. Masson, México, 1995.
11. ROSOVSKY H, CASANOVA L, GUTIERREZ R, GONZALEZ L: Los accidentes y la violencia en México: el consumo de alcohol como factor de riesgo. *Anales*. Instituto Mexicano de Psiquiatría, 61-64, México, 1994.
12. ROSOVSKY H, NARVAEZ A, BORGES G, GONZALEZ L: Evolución del consumo per capita de alcohol en México. *Salud Mental*, 15(1):35-41, 1992.
13. ROSOVSKY H: El peso del consumo excesivo de alcohol en la atención a la salud. *Higiene*, 5 (1 y 2):31-35, 1997.
14. SECRETARIA DE SALUD: *Encuesta Nacional de Adicciones, Alcohol*. Dirección General de Epidemiología, México, 1988, 1990, 1994, 1998 y 2002.
15. SKINNER H, ALLEN B: Differential assessment of alcoholism. Evaluation of the alcohol use inventory. *J Studies Alcohol*, 44(5):852-862, 1983.
16. SKINNER H, HORN J, WANBERG K, FOSTER F: *Alcohol Dependence Scale*. Addiction Research Foundation. Toronto, 1984.
17. SKINNER H: *Lifetime Drinking History Structured Interview*. Addiction Research Foundation, Toronto, 1977.
18. SOLIS L, CORDERO M: El uso de servicios y las recaídas de los pacientes alcohólicos en tratamiento. Resultados de un seguimiento telefónico. *Salud Mental*, 22(2):1-6, 1999.
19. SOLIS L, TAPIA R, GALLARDO A, GAMIOCHIPI A: Curso del postratamiento y recaídas en pacientes dependientes al etanol del Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares. *Salud Mental*, 21(3):14-18, 1998.
20. SOLIS L: Residential services for the drug and alcohol abuser: "characteristics, matching and evaluation. En: Hubert H (ed). *Handbook on the Management of Substance Abuse for Developing Countries*. Humphrey Fellows in Substance Abuse Press, Baltimore, 1990.
21. WANBERG K, HORN J, FOSTER F: A differential assessment model of alcoholism; the Scales of the Alcohol Use Inventory. *J Studies Alcohol*, 38:512-543, 1977.
22. WILLENBRING M, BIELINSKI J: A Comparison of the alcohol dependence scale and clinical diagnosis of alcohol dependence in male medical outpatients. *Alcoholism Clinical Experimental Research*, 18(3):715-719, 1994.

# ANEXO 1. ESCALA DE DEPENDENCIA AL ALCOHOL

**Estimado paciente:**

Lea con cuidado las preguntas de este cuestionario, a continuación seleccione la respuesta adecuada de acuerdo a su propia experiencia. Sólo debe anotar una respuesta para cada pregunta tachando la letra correspondiente.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Expediente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

En los últimos doce meses

	0	1	2	3	
1	¿Cuánto tomó la última vez que ingirió alcohol?	Lo suficiente como para ponerme contento	Lo suficiente para emborracharme	Lo suficiente para perderme	
2	¿Con frecuencia tiene crudas los domingos o los lunes por la mañana?	No	Sí		
3	¿Tuvo temblores cuando dejó de tomar (en la manos o un temblor interno)?	No	Algunas veces	Casi siempre que tomo	
4	¿Se puso mal (vómitos, dolor de estómago) cuando tomó?	No	Algunas veces	Casi siempre que tomo	
5	¿Tuvo delirium tremens -ver, sentir u oír cosas que no existen, estando muy ansioso inquieto y alterado?	No	Una vez	Varias veces	
6	¿Cuando toma se tropieza, se va de lado o camina en "Zig Zag"?	No	Algunas veces	Varias veces	
7	¿Se sintió con mucho calor o excesivamente sudoroso (afebrado) como consecuencia de haber tomado?	No	Algunas veces	Varias veces	
8	¿Vio cosas que en realidad no existían como consecuencia de haber tomado?	No	Una vez	Varias veces	
9	¿Le ha dado miedo pensar en no tener un trago a la mano cuando lo necesite?	No	Algunas veces	Varias veces	
10	¿Tuvo lagunas mentales (pérdida de memoria, sin perderse totalmente) como resultado de la bebida?	No	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre que tomo
11	¿Cargó una botella con usted o la escondió en algún lugar para tenerla a la mano?	No	Algunas veces	Casi siempre	
12	Después de un periodo de abstinencia (sin beber), ¿terminó usted por tomar fuertemente de nuevo?	No	Algunas veces	Casi siempre	
13	¿Llegó usted a perderse completamente como resultado de haber tomado?	No	Alguna vez	Más de una vez	
14	¿Tuvo ataques (crisis) después de un periodo en que tomó?	No	Alguna vez	Varias veces	
15	¿Bebió a lo largo del día?	No	Sí		
16	Después de beber fuertemente, ¿sintió que su pensamiento estaba confuso o poco claro?	No	Sí, pero sólo unas horas	Sí, durante unos dos días	Sí, por muchos días
17	Como resultado de la bebida, ¿sintió que su corazón latía rápidamente?	No	Alguna vez	Varias veces	
18	¿Pensó constantemente en tomar alcohol?	No	Sí		
19	Como resultado de haber tomado, ¿oyó cosas que realmente no existían?	No	Algunas veces	Casi siempre	
20	¿Tuvo sensaciones raras o atemorizantes cuando tomó?	No	Algunas veces	Casi siempre	
21	Como resultado de haber tomado, ¿sintió cosas que se arrastraban en su cuerpo y que realmente no existían (gusanos, arañas, etc.)?	No	Algunas veces	Varias veces	
22	Con relación a las lagunas mentales (pérdida de la memoria)	Nunca he tenido una laguna	He tenido lagunas que duran menos de una hora	He tenido lagunas que duran varias horas	He tenido lagunas que duran un día o más
23	¿Trató de dejar de beber sin lograrlo?	No	Una vez	Varias veces	
24	Se tomó de una sola vez los tragos (toma muy rápido)	No	Sí		
25	Después de tomar una o dos copas, ¿generalmente podía dejar de tomar?	Sí	No		

*Puntuaciones*

0-7  
8-13  
14-21  
22-30  
31-48

*Niveles de dependencia*

No hay evidencia de dependencia  
Bajo  
Moderado  
Sustancial  
Severo

Puntaje obtenido: \_\_\_\_\_

Nivel de dependencia: \_\_\_\_\_

Nombre y firma del evaluador: \_\_\_\_\_

Autores: HA Skinner, JL Horn, K Wanberg y FM Master. Addiction Research Foundation, Toronto, Ontario, Canada, 1984. Traducido y adaptado por Luis Solís y cols. Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.