

Instrumentos de evaluación

Guillermo Ponce Alfaro
y Francisco Arias Horcajadas



INTRODUCCIÓN

El diagnóstico de la dependencia de alcohol es fundamentalmente clínico, siendo la historia clínica (anamnesis y exploración física) el mejor instrumento de evaluación del mismo. La evaluación es el proceso a través del cual el clínico obtiene una información relevante para el diagnóstico y tratamiento de un caso. Los elementos principales en el proceso evaluador son la detección y el diagnóstico. El objetivo de la detección es la identificación de un caso. Los instrumentos de detección se emplean para identificar casos potenciales y valorar si estos necesitan una evaluación más exhaustiva. Esta tarea se desempeña fundamentalmente desde Atención Primaria. El proceso diagnóstico

implica establecer la presencia o no del trastorno, sus características clínicas, datos sobre la gravedad y la formulación de unas estrategias terapéuticas. A lo largo de este capítulo, se desarrollarán los distintos instrumentos de detección, de diagnóstico y otros estudios complementarios que se emplean en la evaluación de la dependencia del alcohol.

Se considera que un instrumento de evaluación psicométrica debe tener las siguientes características: Ser adecuado al problema de salud que se pretende medir, ser válido (capaz de medir aquellas características que pretenden medir), preciso (con un mínimo de error de medida), sensible (capaz de detectar cambios en distintos individuos así como en la respuesta de un mismo

individuo a lo largo del tiempo), basado en los datos generados por los propios pacientes y aceptado por los pacientes, profesionales sanitarios e investigadores.

En la actualidad, se entiende el alcoholismo como una enfermedad crónica en la que participan elementos bio-psico-sociales¹. El enfoque bio-psico-social abarca tres elementos claves en el desarrollo de una adicción. Las causas biológicas, que incluirían los elementos de vulnerabilidad hereditaria y de los mecanismos biológicos relacionados con el refuerzo. Las causas psicológicas, que abarcarían los procesos relacionados con las expectativas de uso y con los factores implicados en el mantenimiento del consumo. Y finalmente, dentro de los factores sociales, se contemplan los elementos sociales que favorecen el aprendizaje del uso de una sustancia y lo refuerzan. Todas estas variables deben ser tenidas en cuenta a la hora de realizar una correcta evaluación en un paciente con un trastorno por uso de alcohol (TUA).

CONSUMO PERJUDICIAL, ABUSO Y DEPENDENCIA DE ALCOHOL

A lo largo del tiempo, la conceptualización de las adicciones y, más específicamente del alcoholismo, ha experimentado diversos cambios. Como se vio en el tema 1, en la actualidad se utilizan los criterios diagnósticos de las clasificaciones internacionales CIE-10² y DSM-IV-TR³, que dividen los trastornos relacionados con el alcohol en trastornos por consumo (consumo

perjudicial, abuso y dependencia) y trastornos inducidos (intoxicación, abstinencia y trastornos comportamentales). El consumo perjudicial es un concepto recogido en la CIE-10 que incluye a los individuos que tienen problemas físicos o psicológicos derivados del consumo, independientemente de la cantidad de alcohol consumida. El término abuso de alcohol es más empleado en las clasificaciones americanas para referirse a un patrón desadaptativo de consumo de alcohol en el que sin haberse desarrollado tolerancia o sin presentarse síntomas de abstinencia, existe un deterioro significativo en las obligaciones personales, se consume alcohol en situaciones de riesgo, el consumo se asocia a problemas legales, o se continúa consumiendo alcohol a pesar de las consecuencias sociales que ocasiona. Finalmente, el término dependencia se define como un trastorno caracterizado por un fuerte y persistente deseo de beber a pesar de sus consecuencias adversas, por la incapacidad para dominar este hábito, la mayor prioridad concedida al consumo de alcohol frente a otras actividades y obligaciones, la tolerancia al alcohol y la aparición del síndrome de abstinencia cuando se interrumpe su consumo. En la **TABLA 6-1** se recogen los criterios diagnósticos de estos cuadros. En el próximo DSM-V desaparecerán estas distinciones, englobándose bajo el concepto unitario de Adicción.

A la hora de hacer una correcta evaluación sobre el consumo de alcohol, especialmente en población joven, hay que tener en cuenta el patrón de consumo en atracción, pues con la mayor parte de los instrumentos psicométricos clásicos puede pasar desapercibido y dar lugar a numerosos falsos negativos. Los cuestionarios de



TABLA 6-1 | Criterios diagnósticos de la CIE-10 y la DSM-IV-R para consumo perjudicial, abuso y dependencia de alcohol

DSM-IV-R	CIE-10
<p>Abuso de alcohol</p> <p>A. Patrón desadaptativo de consumo de alcohol que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses:</p> <ol style="list-style-type: none"> Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (p. ej., ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa). Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (p. ej., conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia). Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (p. ej., arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia). Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (p. ej., discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física). <p>B. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancia.</p>	<p>Consumo perjudicial de alcohol</p> <p>El diagnóstico requiere que se haya afectado la salud mental o física del que consume la sustancia.</p> <p>Las formas perjudiciales de consumo suelen dar lugar a consecuencias sociales adversas de varios tipos. El hecho de que una forma de consumo o una sustancia en particular sean reprobados por terceros o por el entorno en general, no es por sí mismo indicativo de un consumo perjudicial, como tampoco lo es solo el hecho de haber podido derivar en alguna consecuencia social negativa tales como ruptura matrimonial.</p>
<p>Dependencia de alcohol</p> <p>Patrón desadaptativo de consumo de alcohol que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:</p> <p>A. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:</p> <ol style="list-style-type: none"> Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado. El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado 	<p>Dependencia de alcohol</p> <p>En algún momento en los doce meses previos o de un modo continuo han estado presentes tres o más de los rasgos siguientes:</p> <p>A. Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir una sustancia.</p> <p>B. Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia o alcohol, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para poder terminarlo para controlar la cantidad consumida.</p>

Continúa →

→ *Continuación*

<p>B. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El síndrome de abstinencia característico para la sustancia (ver Criterios A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas). 2. Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia. 	<p>C. Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia (ver F1x.3, F1x.4) cuando el consumo de la sustancia se reduzca o cese, cuando se confirme por: el síndrome de abstinencia característico de la sustancia; o el consumo de la misma sustancia (o de otra muy próxima) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.</p>
<p>C. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.</p>	<p>D. Tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas (son ejemplos claros los de la dependencia al alcohol y a los opiáceos, en las que hay individuos que pueden llegar a ingerir dosis suficientes para incapacitar o provocar la muerte a personas en las que no está presente una tolerancia).</p>
<p>D. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.</p>	<p>E. Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, a causa del consumo de la sustancia, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos.</p>
<p>E. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p. ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p. ej., fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia.</p>	<p>F. Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, tal y como daños hepáticos por consumo excesivo de alcohol, estados de ánimo depresivos consecutivos a períodos de consumo elevado de una sustancia o deterioro cognitivo secundario al consumo de la sustancia.</p>
<p>F. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.</p>	
<p>G. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (p. ej., consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera).</p>	

cantidad y frecuencia, que permiten hacer autorregistros sobre la cantidad de alcohol ingerida en un periodo de tiempo, constituyen un método útil para su evaluación.

INSTRUMENTOS DE DETECCIÓN

Como ya hemos señalado con anterioridad, el objetivo principal de la detección es la identificación de un caso. Existen numerosos instrumentos de detección del consumo de alcohol, pero a continuación resumiremos aquellos que se emplean con más frecuencia:

CAGE (es el acrónimo en inglés de *Cutting-Down Drinking, Annoyance at Others' Concern About Drinking,*

Feeling Guilty About Drinking and Using Alcohol as an Eye-opener in the Morning). Fue desarrollado por Ewing en 1984⁴ y en nuestro país se ha validado en 1986 por Rodríguez-Martos⁵. Es un cuestionario heteroadministrado que consta de 4 ítems, que se recomienda sean incluidos en una encuesta más extensa, para no inducir al encuestado a no responder o cambiar las respuestas. 3 de los 4 ítems exploran aspectos subjetivos de la persona en relación con el consumo de alcohol y, el último, aspectos relacionados con la abstinencia alcohólica. Son de respuesta dicotómica (Sí/No). En cada ítem, la respuesta afirmativa vale 1 punto y la respuesta negativa, 0 puntos. Una respuesta positiva es sospechosa de dependencia; dos o más respuestas positivas indican caso probable. Tiene una elevada

TABLA 6-2 | Preguntas incluidas en el CAGE

¿Has tenido alguna vez la impresión de que deberías beber menos?
¿Te ha molestado alguna vez la gente criticándote por tu forma de beber?
¿Te has sentido alguna vez mal o culpable por tu costumbre de beber?
¿Alguna vez lo primero que has hecho por la mañana ha sido beber para calmar los nervios o librarte de una resaca?

sensibilidad (65-100%) y especificidad (85-100%), es barato, rápido y no necesita de personal cualificado (**TABLA 6-2**).

CBA (Cuestionario Breve para Alcohólicos). Este cuestionario fue creado en 1976 por Feuerlein y validado en nuestro país por Rodríguez-Martos en 1986. Es un instrumento autoadministrado, que consta de 22 ítems. Una puntuación igual o mayor de 5 orienta al diagnóstico de dependencia de alcohol.

AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*).

Es un cuestionario que fue diseñado de forma multicéntrica por la OMS⁶ para la detección de forma rápida y temprana de consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. En nuestro país también ha sido validado⁷. Es un cuestionario autoadministrado, que consta de 10 ítems que abarcan el consumo de alcohol, la conducta asociada y los problemas derivados del consumo. Una puntuación de entre 8 y 20 (6-20 en el caso de las mujeres) orienta hacia un consumo perjudicial de alcohol; una puntuación superior a 20, hacia la existencia de una dependencia. Tiene una elevada sensibilidad (80%) y especificidad (90%). Está diseñado para la detección precoz de personas con consumo de riesgo y perjudicial de alcohol (**TABLA 6-3**).

TABLA 6-3 | Preguntas incluidas en el AUDIT

¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?
¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?
¿Con qué frecuencia toma 6 o más "bebidas" en una sola ocasión?
¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez que había empezado?
¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?
¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?
¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?
¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?
¿Usted o alguna otra persona han resultado heridos porque usted había bebido?
¿Algún pariente, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?

ASSIST (*The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test*)⁸. El cuestionario para la detección de consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias ha sido desarrollado bajo el auspicio de la OMS, con el objetivo de detectar el uso de sustancias psicoactivas y los problemas relacionados con el consumo de las mismas, en pacientes en Atención Primaria. Es un cuestionario heteroaplicado, que consta de 8 preguntas y que permite detectar el consumo de distintas sustancias además del alcohol (nicotina, cannabis, cocaína, estimulantes, inhalantes, sedantes o hipnóticos, alucinógenos y opiáceos). El cuestionario *ASSIST* indica la puntuación de riesgo para cada sustancia que el individuo informa haber consumido.

TABLA 6-4 | Preguntas incluidas en el ASSIST

A lo largo de la vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez?
En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha consumido las sustancias que mencionó?
En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha sentido un fuerte deseo o ansias de consumir (droga)?
En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia el consumo (de droga) le ha causado problemas de salud, sociales, legales o económicos?
En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha dejado de hacer lo que habitualmente se esperaba de usted por el consumo (de droga)?
¿Un amigo, un familiar o algún conocido más ha mostrado alguna vez preocupación por sus hábitos de consumo (de drogas)?
¿Has intentado alguna vez reducir o eliminar el consumo y no lo ha logrado?
¿Alguna vez ha consumido alguna droga por vía inyectada?

Asimismo, proporciona información sobre el consumo de sustancias a lo largo de la vida, así como el consumo y los problemas relacionados con el mismo en los últimos 3 meses. La puntuación final se obtiene por medio de la suma de las preguntas 2 a la 7. La puntuación obtenida permite clasificar a los individuos según el nivel de riesgo para cada sustancia en bajo (puntuaciones de 0-10 para el alcohol, 0-3 para las demás sustancias), moderado (puntuaciones de 11-26 para el alcohol, 4-26 para las demás sustancias) o alto (puntuaciones >27 para todas las sustancias, incluido el alcohol). Las ventajas que ofrece *ASSIST* sobre otros instrumentos es que es rápido de aplicar, permite explorar el consumo de otras sustancias psicoactivas distintas del alcohol, tiene relevancia transcultural y puede ser vinculado fácilmente a una intervención breve. Recientemente ha sido validado en nuestro país (**TABLA 6-4**).

MALT: se divide en 2 partes: *MALT-O* (objetivo, realizado por un entrevistador médico) y el *MALT-S* (subjetivo, autoadministrable). Muy útil para detectar dependencia, para la que la sensibilidad es del 100% y la especificidad del 80%. No obstante, su sensibilidad es baja para fases tempranas del consumo problemático, por lo que no sirve para identificar bebedores de riesgo. No se justifica su uso rutinario, salvo para personas con un consumo perjudicial que ya han obtenido una puntuación positiva en cuestionarios más breves. Según la puntuación obtenida:

- 0-5 puntos: sin dependencia.
- 6-10 puntos: sospecha de dependencia.
- 11 puntos o más: dependencia.

Existen otros instrumentos de detección como se recogen en la **TABLA 6-5** .

INSTRUMENTOS DE DIAGNÓSTICO

En la práctica, los instrumentos diagnósticos suelen ser entrevistas estructuradas o semiestructuradas adaptadas para los criterios de los trastornos mentales de las distintas clasificaciones internacionales (CIE-10 y DSM-IV) y que incluyen ítems específicos de evaluación de las adicciones, incluido el alcoholismo¹⁰. Detallamos a continuación las que tienen una mayor trascendencia clínica:

SCAN (*Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry*)¹¹. Tiene como objetivo medir y clasificar la psicopatología y la conducta asociada a los principales trastornos psiquiátricos. Se sirve del *Present State*



TABLA 6-5 | Instrumentos de detección de Trastornos por Uso de Alcohol

TEST	Nº ÍTEMS	TIEMPO (MIN)	DIAGNÓSTICO DE DEPENDENCIA	CARACTERÍSTICAS
ADI	24	5		<ul style="list-style-type: none"> Adolescentes 12-17 años. Sensibilidad 86-99%, especificidad 90%.
ASSIST	8	5-10	≥27	<ul style="list-style-type: none"> Consumo de otras sustancias distintas de alcohol. Consumo a lo largo de la vida y en los últimos 3 meses.
AUDIT	10	1-2	≥2	<ul style="list-style-type: none"> Consumo en el año anterior. Detecta consumo de riesgo, uso perjudicial y dependencia. Sensibilidad 80%, especificidad 90%.
CAGE	4	1	≥2	<ul style="list-style-type: none"> Diseñado para detección de alcoholismo. No incluye cantidad, frecuencia, tiempo. Sensibilidad 65-95%, especificidad 40-95%.
CBA	22	2-4	≥5	<ul style="list-style-type: none"> Consumo en los 2 últimos años. Diseñado para detección de alcoholismo.
Cuestionario abreviado de 5 preguntas	5	1	≥3	<ul style="list-style-type: none"> Diseñado para detección de bebedores de riesgo. Combina 2 ítems del AUDIT y 3 del CAGE.
MALT	34	20-30	≥11	<ul style="list-style-type: none"> MALT-O + MALT-S. Problemas de alcoholismo en pacientes con alto grado de negación. Sensibilidad 100%, Especificidad 82%.
MAST	25	5-10	≥5	<ul style="list-style-type: none"> No se refiere a ningún tiempo concreto. Sensibilidad 86-99%, especificidad 85-95%.
SMAST	13	4-7	≥3	<ul style="list-style-type: none"> Versión abreviada de MAST. Elimina síntomas físicos.
MAST-G	24	5-10	≥5	<ul style="list-style-type: none"> Versión geriátrica.
TWEAK	5	1-2	≥2	<ul style="list-style-type: none"> Gestantes y mujeres en edad fértil. Sensibilidad 70%, Especificidad 75%.

Tomado de Sevillano y Rubio⁹

Examination (PSE-10), instrumento que permite realizar diagnósticos mediante el programa de ordenador CATEGO-5, de acuerdo con el DSM-IV y CIE-10. Ofrece la ventaja de una alta fiabilidad diagnóstica, al ser un sistema de diagnóstico estandarizado y computarizado. La evaluación del consumo de alcohol se realiza en la sección 11.

*SCID-I (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders)*¹². Se trata de una entrevista semiestructurada que permite hacer diagnósticos del eje I de acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM-IV. Consta de 6 módulos (A-F), siendo el módulo E el que se ocupa específicamente de los trastornos relacionados con el consumo de alcohol.

CIDI (*Composite International Diagnostic Interview*)¹³. Es una entrevista comprehensiva, altamente estructurada, que ha sido diseñada como herramienta de ayuda diagnóstica de las principales categorías incluidas en las clasificaciones CIE-10 y DSM-III-R.

MINI (*Mini International Neuropsychiatric Interview*)¹⁴. Es un instrumento que permite realizar diagnósticos de acuerdo a los sistemas de clasificación DSM-IV y CIE-10. Es una entrevista altamente estructurada, relativamente breve y de fácil aplicación, adaptada al castellano¹⁵. Está dividida en 14 secciones diagnósticas, situándose el consumo excesivo de alcohol en la sección L.

OTROS INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Valoración de uso de alcohol

Las determinaciones del consumo de alcohol incluyen frecuencia e intensidad. La primera nos proporciona el conocimiento sobre cuántos días consume alcohol el sujeto, y la segunda el número de copas tomadas los días que bebe. Se suelen emplear autorregistros sobre consumo y cuestionarios de intensidad y frecuencia. En ellos, se recoge la frecuencia media de consumo, y la cantidad media de consumo. Así mismo, permiten explorar el consumo específico de bebidas (cerveza, vino y/o alcoholes de alta graduación) y el número total de bebidas ingeridas. Pueden ser prospectivos o retrospectivos. Se ha demostrado que los diarios prospectivos

proporcionan una estimación sobre la ingesta de alcohol un 20% más alta en comparación con los métodos retrospectivos. Los instrumentos más utilizados en la práctica clínica son:

Alcohol Intake Sheet¹⁶. La Hoja de Consumo de Alcohol es un autorregistro donde se puntúa diariamente cuántas veces se bebe, la hora de la ingesta, la cantidad de bebida ingerida, el número de tragos por cada consumición y el porcentaje de alcohol ingerido en cada consumición.

TLFB (*Alcohol Timeline Followback*)¹⁷. Se trata de un instrumento que permite hacer una estimación del consumo diario de alcohol en un sujeto dado. A través del empleo de un calendario, el individuo proporciona una estimación retrospectiva de su consumo diario de alcohol sobre un periodo específico de tiempo, que puede oscilar entre 1 y 12 meses desde la fecha de la entrevista. El **TLFB** ha demostrado poseer unas buenas características psicométricas y proporciona un amplio rango de información sobre el consumo individual de una persona (patrón de consumo, frecuencia y magnitud del consumo de alcohol, etc.). Puede ser empleado tanto en adultos como en adolescentes. Existe una versión computarizada.

AUQ (*Alcohol Use Questionnaire*). Desarrollado en 1978 por Mehrabian y Russell¹⁸, existe una versión modificada más reciente que permite obtener una puntuación sobre "binge drinking"¹⁹. Se trata de un cuestionario autoadministrado que incorpora cantidad de consumo, frecuencia de consumo y tipo de bebida consumida (cerveza, vino y/o alcoholes de alta graduación). La puntuación se basa en el número de bebidas

que se consumen por semana, la velocidad en la que se ingiere alcohol (número de bebidas alcohólicas por hora), número de veces en las que se ha llegado a la embriaguez en los últimos 6 meses y porcentaje de veces en las que se bebe y uno acaba embriagándose. Se obtienen 3 puntuaciones: ingesta (consumo medio semanal), patrón de consumo de alcohol y atracones.

Valoración de problemas asociados al uso de alcohol

El instrumento de evaluación más empleado es el **APQ** (*Alcohol Problems Questionnaire*)²⁰. Se trata de un instrumento que consta de 44 ítems en los que se evalúan las dificultades presentadas por los sujetos en los últimos 6 meses en relación a su consumo de alcohol. Tiene 4 apartados. El primero es de respuesta general y consta de 23 ítems que se agrupan en 5 categorías (problemas con amigos, económicos, legales, físicos y afectivos). Los otros tres apartados solo tienen que ser cumplimentados por pacientes casados, con hijos o con trabajo. Las respuestas positivas puntúan 1 y las negativas 0. Está validado en nuestro país²¹, donde el punto de corte se sitúa en 9.

Valoración de la gravedad de la dependencia

A continuación describimos los dos instrumentos más empleados en la práctica clínica:

SADQ (*Severity of Alcohol Dependence Questionnaire*)²². Es un cuestionario autoadministrado cuyo objetivo es obtener una medida cuantitativa de la intensidad de la dependencia de alcohol. Constaba inicialmente de 33

ítems, aunque posteriormente se desarrolló una versión de 20 ítems²³ y otra de 24 ítems²⁴. Tiene 5 subescalas (síntomas físicos y psicológicos relacionados con la abstinencia, conductas para aliviar el síndrome de abstinencia, datos sobre consumo y rapidez en la restauración de los síntomas tras la recaída). Se ha validado en nuestro país, situándose el punto de corte para detectar alcohólicos con dependencia grave en 20 (22,26).

EIDA (Escala de la Intensidad de la Dependencia Alcohólica)²⁵. Desarrollada en nuestro país a partir del **SADQ**, es un cuestionario autoadministrado con 30 ítems repartidos en 6 subescalas (síntomas físicos, síntomas psicológicos, conductas para aliviar el síndrome de abstinencia, consumo de alcohol, dificultades para el control y reaparición de los síntomas con la recaída). Permite distinguir entre dependencia leve (puntuación <21 puntos), moderada (puntuación entre 21 y 36 puntos) y grave (puntuación >37 puntos).

Valoración del síndrome de abstinencia

Los instrumentos más empleados en nuestro país son:

Escala de Valoración de la Intensidad del Síndrome de Abstinencia²⁶. Se trata de una escala de 12 ítems que el clínico cumplimenta tras la observación del paciente. Cada ítem puede puntuarse de 0-3. Existe una versión que difiere de la original en la sustitución de la CPK por la GGT.

CIWA-AR (*Clinical Institute Withdrawal Assessment*)²⁷. Es una escala administrada por el personal sanitario en la fase de desintoxicación con el fin

de evaluar la intensidad del síndrome de abstinencia. Consta de 10 ítems. La puntuación total de la escala permite diferenciar entre síndrome de abstinencia leve (puntuación <10), moderado (10-20) y grave (>20) (**TABLA 6-6**).

SAWS (*Short Alcohol Withdrawal Scale*). La escala breve para el síndrome de abstinencia por alcohol es un instrumento compuesto por 10 ítems correspondientes a los síntomas y signos más frecuentes observados en sujetos que acuden a tratar el síndrome de abstinencia de forma ambulatoria. Cada uno de ellos se puntúa entre 0-3 y es de fácil uso²⁸.

Valoración del deseo por la bebida y pérdida de control

Existen diversos instrumentos diseñados para evaluar el deseo (*craving*) y la pérdida de control (*priming*) sobre el consumo de alcohol. A continuación desarrollamos los de mayor relevancia:

OCDS (*Obsessive Compulsive Drinking Scale*)²⁹. Desarrollada por Anton en 1995, consta de 14 ítems que se agrupan en torno a la preocupación por la bebida (componente obsesivo) y consumo (componente compulsivo). Existe validación española³⁰.

ACQ-Now (*Alcohol Craving Questionnaire*)³¹. Se trata de un instrumento autoadministrado para determinar el deseo por la bebida entre los consumidores de alcohol. Consta de 47 ítems, agrupados en 5 áreas (urgencia y deseo de alcohol, intención de beber, anticipación de expectativas positivas, anticipación de

evitación de expectativas negativas o del síndrome de abstinencia, pérdida de control).

DAQ (*Desires for Alcohol Questionnaires*)³². Es un instrumento autoadministrado que consta de 36 ítems, agrupados en 4 áreas (intención de beber, deseo de consumir alcohol, anticipación de expectativas positivas derivadas del consumo de alcohol y anticipación de evitación de expectativas negativas derivadas del no consumo).

ACS-3F (*Alcohol Craving Scale Based on Three Factors*) (Escala de deseo basada en tres factores)³³. Se trata de un cuestionario de 31 ítems compuesto por tres factores: deseo por refuerzo positivo, por refuerzo negativo y pérdida de control. Se ha propuesto para determinar la respuesta terapéutica a fármacos utilizados en la deshabitación (35).

EMCA. La Escala Multidimensional de *Craving* de Alcohol es una escala totalmente desarrollada en España por Guardia y cols, que consta de 12 ítems y mide dos factores del *craving*, deseo y desinhibición conductual o falta de resistencia. Estos autores también han desarrollado la **IRISA** (*Impaired Response Inhibition Scale for Alcoholism*) (Escala de Deterioro de la Inhibición de Respuesta para el Alcoholismo) que mide la intensidad del deterioro en la inhibición de la respuesta de aproximación al alcohol que se considera un factor de riesgo de recaída.

Valoración de la motivación

Cuando hablamos de motivación nos referimos a los motivos que refieren los individuos para consumir, o



TABLA 6-6 | Clinical Institute Withdrawal Assessment Scale for Alcohol, revisada (CIWA-Ar)

<p>Náuseas y vómitos - Preguntar: "¿Se siente mal del estómago? ¿Ha vomitado?"</p> <p>0. No náuseas ni vómitos.</p> <p>1. Náuseas ligeras, sin vómitos.</p> <p>2.</p> <p>3.</p> <p>4. Náuseas intermitentes con arcadas.</p> <p>5.</p> <p>6.</p> <p>7. Náuseas constantes con arcadas y vómitos.</p>	<p>Ansiedad- Preguntar: "¿Se siente nervioso?" - Observación</p> <p>0. Tranquilo.</p> <p>1. Ligeramente ansioso.</p> <p>2.</p> <p>3.</p> <p>4. Moderadamente ansioso, reservado.</p> <p>5.</p> <p>6.</p> <p>7. Equivalente a estado de pánico agudo, con delirio grave.</p>
<p>Temblor - Observación</p> <p>0. No temblor</p> <p>1. Temblor no visible pero puede sentirse al tacto.</p> <p>2.</p> <p>3.</p> <p>4. Temblor moderado con las manos extendidas.</p> <p>5.</p> <p>6.</p> <p>7. Temblor severo incluso con las manos en reposo.</p>	<p>Trastornos visuales- Preguntar: "¿Está viendo algo que le inquieta?" - Observación</p> <p>0. No hay.</p> <p>1.</p> <p>2. Sensibilidad leve.</p> <p>3. Sensibilidad moderada.</p> <p>4.</p> <p>5. Alucinaciones graves.</p> <p>6.</p> <p>7. Alucinaciones continuas.</p>
<p>Sudoración paroxística - Observación</p> <p>0 No sudor.</p> <p>1 Sudoración leve en palmas de las manos.</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4 Sudoración visible en la frente.</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7 Sudoración profusa generalizada.</p>	<p>Trastornos táctiles - Preguntar: "¿Siente algo extraño en su piel?" - Observación</p> <p>0. No.</p> <p>1. Prurito, pinchazos, ardor o adormecimiento leves.</p> <p>2. Leves.</p> <p>3. Moderados.</p> <p>4.</p> <p>5. Alucinaciones táctiles graves.</p> <p>6.</p> <p>7. Alucinaciones continuas.</p>
<p>Agitación - Observación</p> <p>0. Actividad normal.</p> <p>1. Actividad un poco mayor de lo normal.</p> <p>2.</p> <p>3.</p> <p>4. Moderadamente inquieto.</p> <p>5.</p> <p>6.</p> <p>7. Se mueve sin cesar.</p>	<p>Trastornos auditivos - Preguntar: "¿Está escuchando algo que lo alarma?" - Observación</p> <p>0. No.</p> <p>1. Intensidad o capacidad para asustarse muy leve.</p> <p>2.</p> <p>3. Intensidad o capacidad para asustarse moderada.</p> <p>4.</p> <p>5. Alucinaciones auditivas graves.</p> <p>6.</p> <p>7. Alucinaciones continuas.</p>
<p>Cefalea, sensación de plenitud en la cabeza. No considerar la sensación de mareo</p> <p>0. No hay.</p> <p>1. Muy leve.</p> <p>2. Moderada.</p> <p>3. Moderadamente grave.</p> <p>4. Grave.</p> <p>5. Muy grave.</p> <p>6. Extremadamente grave.</p>	<p>Orientación y entorpecimiento del sensorio - Preguntar: "¿Qué día es? ¿Dónde está? ¿Quién es?"</p> <p>0. Orientado.</p> <p>1. No puede añadir datos en serie.</p> <p>2. Desorientado para la fecha en menos de 2 días de calendario.</p> <p>3. Desorientado para la fecha en más de 2 días de calendario.</p> <p>4. Desorientado en lugar, persona o ambas cosas.</p>

Sullivan y cols., 1989.


bien su disposición a dejar de beber o beber menos. Se puede valorar la motivación a través de diversos cuestionarios: CDP (Perfil de Bebida)³⁴, AUI (Inventario del uso del alcohol)³⁵, IDS (Inventario de situaciones de riesgo)³⁶, RDQ (Cuestionario de Razones para Beber)³⁷, AEQ (Cuestionario de Expectativas para Beber)³⁸, AEQ (Cuestionario de Efectos del Alcohol)³⁹ o ABQ (Cuestionario de Creencias sobre el Alcohol)⁴⁰.

En los últimos años se han comenzado a aplicar nuevos instrumentos de evaluación de la motivación para hacer cambios en su conducta relacionada con la bebida. Se basan en la teoría de los estadios del cambios de Prochaska y Di Clemente⁴¹. Los más importantes son el cuestionario *URICA* (*University of Rhode Island Change Assessment*) y el cuestionario *SOCRATES* (*Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale*)⁴².

Por ser el cuestionario más aplicado para valorar motivación, desarrollaremos el RCQ (Cuestionario de Disposición al Cambio)⁴³. Se trata de un instrumento que intenta medir y operativizar la fase en que se encuentran los enfermos para poder modular la intervención terapéutica adaptándola al correspondiente nivel motivacional. Consta de 12 ítems y se describen tres

estadios motivacionales (precontemplación, contemplación y acción). Cada estadio está representado por 4 ítems. En cada cuestión formulada existen cinco opciones de respuesta que van desde totalmente en desacuerdo hasta totalmente de acuerdo. Existe una versión española⁴⁴.

CONCLUSIONES

En la actualidad, el diagnóstico de la dependencia de alcohol continúa siendo eminentemente clínico. No existen pruebas específicas para su diagnóstico, de modo que el pilar básico es la historia clínica. Sin embargo, los instrumentos psicométricos de detección y diagnóstico disponibles nos van a proporcionar una información muy útil y complementaria, ayudando a detectar consumos de riesgo, consumos perjudiciales y dependencia. En cuanto a los instrumentos de detección, por su validez, brevedad y sencillez el *CAGE*, el *AUDIT*, y más recientemente el *ASSIST*, deberían ser considerados de primera elección en Atención Primaria. Estos instrumentos nos van a permitir identificar casos, a los que posteriormente habrá que realizar una evaluación más exhaustiva. 

BIBLIOGRAFÍA

1. Rubio G, Mejías E. Epidemiología y etiología de los Trastornos por Uso de Alcohol. En: Curso de Especialización en Alcoholismo. Rubio G y Santo-Domingo J, 2000.
2. Organización Mundial de la Salud. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Ed. Meditor, Madrid, 1992.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (4th ed. Text rev.) Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.
4. Ewing JA. Detecting alcoholism, the CAGE questionnaire. *JAMA*. 1984; 252: 1905-1907.
5. Rodríguez-Martos A, Navarro R, Vecino C, Pérez R. Validación de los cuestionarios KFA (CBA) y CAGE para el diagnóstico del alcoholismo. *Drogalcohol*. 1986; 11: 132-139.
6. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant MTI. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II. *Addiction*. 1993; 88: 791-804.
7. Rubio G, Bermejo J, Caballero MC, Santo-Domingo J. Validación de la prueba para la identificación de los trastornos por uso de alcohol (AUDIT) en atención primaria. *Rev Clin Esp*. 1998; 198: 11-14.
8. WHO ASSIST Working Group. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): Development, Reliability and Feasibility. *Addiction*. 2002; 97:1183-119.
9. Sevillano ML, Rubio G. Conceptos básicos sobre problemas relacionados con el alcohol. Diagnóstico e instrumentos de evaluación. En: Curso de Especialización en Alcoholismo. Rubio G y Santo-Domingo J, 2000.
10. Sáiz PA, G-Portilla MB, Bascarrán MT, Bobes J. Instrumentos de evaluación en alcoholismo. *Adicciones*. 2002; 14 (Supl 1): 387-403.
11. Wing JK. SCAN: Schedules for Clinical assessment in Neuropsychiatry. Geneva: WHO; 1992.
12. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. User's guide for the Structured Clinical Diagnostic Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I). Washington, DC: American Psychiatry Press; 1997.
13. World Health Organization. The composite international diagnostic interview, core version 1.1. Washington, DC: APA, 1993.
14. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*. 1998; 59 (Suppl 20): 22-23, 34-57.
15. Bobes J, González MP, Sáiz PA, Bousoño M, Iglesias C, Bascarrán MT. La MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview): una familia de entrevistas de ayuda diagnóstica en Psiquiatría y Atención Primaria. En: Gutiérrez M, Ezcurra J, González A, Pichot P, editores. *Psiquiatría y otras especialidades médicas*. Madrid: Grupo Aula Médica; 1998, 401-419.
16. Sobell LC, Sobell MB. A self-feedback technique to monitor drinking behavior in alcoholics. *Behav Res Ther*. 1973; 11 (2): 237-238.
17. Sobell LC, Sobell MB. Timeline Followback: A technique for assessing self-reported alcohol consumption: Psychosocial and biochemical methods. Totowa, NJ: Humana Press, 1992, 41-72.
18. Mehrabian A, Russell JA. A questionnaire measure of habitual alcohol use. *Psychological Reports*. 1978; 43: 803-806.
19. Townshend JM, Duka T. Patterns of alcohol drinking in a population of young social drinkers: a comparison of questionnaires and diary measures. *Alcohol Alcohol*. 2002; 37: 187-92.
20. Williams BT, Drummond DC. The Alcohol Problems Questionnaire: reliability and validity. *Drug Alcohol Depend*. 1994; 35: 239-243.

21. Monrás M, Gual A, Palau N. SADQ y APD. Validación de dos test para evaluar la gravedad de alcoholismo. *Adicciones*. 1997; 9: 507-528.
22. Stockwell TR, Hodgson RJ, Edwards G, Taylor C, Rankin H. The development of a questionnaire to measure severity of alcohol dependence. *Br J Addict*. 1979; 74: 79-87.
23. Stockwell TR, Murphy D, Hodgson R. The severity of alcohol dependence questionnaire: its use, reliability and validity. *Br J Addict*. 1983; 78: 145-155.
24. Stockwell TR, Sitharthan T, McGrath D, Lang E. The measurement of alcohol dependence and impairment control in community samples. *Addiction*. 1994; 89: 167-174.
25. Rubio G, Urosa B, Rubio MC, Uribarri S, Mata F. Validación del cuestionario sobre la gravedad de la dependencia alcohólica en población española. *An Psiquiatr*. 1996; 12: 285-289.
26. Rubio G, Urosa B, Santo-Domingo J. Validación de la escala de la intensidad de la dependencia de alcohol (EIDA). *Psiquiatría Biológica*. 1998; 5 (Supl 1): 44-47.
27. Sullivan JT, Sykora K, Schneiderman J, Naranjo CA, Sellers EM. Assessment of alcohol withdrawal: the revised Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol scale (CIWA-AR). *Br J Addict*. 1989; 84: 1353-1357.
28. Gossop M, Keaney F, Stewart D, Marshall J, Strang J. A short alcohol withdrawal scales (SAWS): development and psychometric properties. *Addiction Biology* 2002, 7: 37-43.
29. Anton DF, Moak DH, Latham P. The Obsessive Compulsive Drinking Scale (OCDS): a self-rated instrument for the quantification of thoughts about alcohol drinking behaviour. *Alcohol Clin Exp Res*. 1995; 19: 92-99.
30. Rubio G, López M. Validación del cuestionario sobre los componentes obsesivo-compulsivo de bebida en alcohólicos españoles. *Adicciones* 11; 7-16, 1999.
31. Singleton EG, Tiffany ST, Henningfield JE. The multidimensional aspects of craving for alcohol. Baltimore, MD: National Institute on Drug Abuse. National Institutes of Health. 1994.
32. Clark D, James N, Petry N, Exner A, Williams A, Norman P. The development and validation of a questionnaire on cravings and urges for alcohol. 1996.
33. Jimenez M, Graña JL, Montes V, Rubio G. Alcohol Craving Scale Based on Three Factors. *Eur Addict Res* 2009;15:135-142
34. Miller WR, Marlatt GA. Manual for the Comprehensive Drinker Profile. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, 1984.
35. Horn JL, Wanberg KW, Foster FM. Guide to alcohol use inventory. National Computer Systems, Minneapolis, MN, 1987.
36. Annis HM, Graham JM, Davis CS. Inventory of Drinking Situations (IDS): User's guide. Toronto, Ontario: Addiction Research Foundation, 1987.
37. Heather N, Stallard A, Tebbut J. Importance of substance cues in relapse among heroin users: Comparison of two methods of investigation. *Addict Behav*. 1991; 16: 41-49.
38. Brown SA, Goldman MS, Inn A, Anderson LR. Expectations of reinforcement from alcohol: Their domain and relation to drinking patterns. *J Consult Clin Psychol*. 1980; 48: 418-26.
39. Rohsenow DJ. Drinking habits and expectancies about alcohol's effect for self versus others. *J Consult Clin Psychol*. 1983; 51: 752-756.
40. Collins RL, Lapp WM, Emmons KM, Isaac LM. Endorsement and strength of alcohol expectancies. *J Stud Alcohol*. 1990; 51: 336-342.
41. Prochaska JO, DiClemente CC. Toward a comprehensive model of change. En: Miller WR y Heather N. *Treating Addictive Behaviors: Processes of change*: New York: Plenum Press, 1986, 3-27.
42. Miller WR. The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES, Version 6.0). University of New Mexico, Center on Alcoholism, substance Abuse and Addictions (CASAA), 1993.
43. Rollnick S, Heather N, Gold R, Hall W. Development of a short readiness to change questionnaire for use in brief, opportunistic interventions among excessive drinkers. *Br J Addict*. 1992; 87: 743-754.

44. Rodríguez-Martos A, Rubio G, Aubá J, Santo-Domingo J, Torralba LI, Campillo M. Readiness to change questionnaire: Reliability study of its Spanish Version. *Alcohol Alcoholism*. 2000; 35: 270-275.

ENLACES WEB DE INTERÉS

- http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index80054EN.html?EIB_LANGUAGES=w254&order=INSTRUMENT&order_type=asc
- <http://www.niaaa.nih.gov/publications/clinical-guides-and-manuals>
- http://www.socidroalcohol.org/index.php?option=com_docman&Itemid=19
- <http://www.ohpe.ca/node/3044>
- http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_screening_spanish.pdf