
Instrumentos de evaluación en alcoholismo

SÁIZ, P.A.; G-PORTILLA, M^a P.; PAREDES, M.^a B.; BASCARÁN, M.^a T.; BOBES, J.

Area de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de Oviedo.

Enviar correspondencia: Julio Bobes. Area de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Julián Clavería 6, 3º. 33006 Oviedo.

RESUMEN

En el momento actual no existen pruebas específicas para el diagnóstico del alcoholismo, de modo que una correcta anamnesis y la exploración clínica adecuada constituyen el pilar básico del mismo. No obstante, los cuestionarios, escalas, etc. son herramientas de gran ayuda en la detección de consumo de riesgo, consumo perjudicial o alcoholismo. Por su validez, brevedad y sencillez el CAGE, CBA y AUDIT podrían considerarse como los cuestionarios de detección más útiles en Atención Primaria. Existen, de igual modo, una serie de cuestionarios que abordan otros aspectos relevantes de esta patología, tales como gravedad de la dependencia, valoración del síndrome de abstinencia o valoración del deseo por la bebida y pérdida de control que pueden resultar de gran ayuda, al clínico, a la hora de establecer estrategias terapéuticas.

La elevada prevalencia de comorbilidad psiquiátrica (sobre todo trastornos afectivos y de la personalidad) detectada en estos pacientes hace necesario un abordaje integral de los mismos, siendo recomendable una evaluación detallada para descartar éstas u otras patologías psiquiátricas. Recordar, por último, que el consumo excesivo de alcohol se acompaña de gran discapacidad, siendo conveniente la valoración de su impacto.

En líneas generales, se recomienda la utilización de instrumentos que cuenten con propiedades psicométricas reconocidas y que hayan sido adaptados y validados en castellano.

Palabras clave: *consumo de alcohol, evaluación, comorbilidad.*

SUMMARY

No specific tests currently exist for the diagnosis of alcoholism. Thus, diagnosis has to be based on an anamnesis and complete clinical examination. However, questionnaires and scales are a great help in the detection of risk consumption, harmful consumption, or alcoholism. Due to their validity, brevity, and ease of use, the CAGE, CBA, and AUDIT can be considered as the most commonly-used questionnaires for the detection of alcoholism in Primary Care. Several questionnaires which embrace other relevant aspects of this pathology also exist. Assessment of the severity of addiction, the withdrawal syndrome, or the craving for alcohol and loss of control can be of great help to the clinician at the time of establishing therapeutic approaches.

The high prevalence of psychiatric comorbidity (affective and personality disorders above all) detected in these patients makes a comprehensive approach necessary, and a careful evaluation is necessary to rule out these or other psychiatric disorders. Finally, excessive alcohol consumption brings considerable disability, and the evaluation of the impact of such is highly necessary.

The employment of instruments with well known psychometric properties, and which have been validated and adapted for use in Spain, is recommended.

Key words: *alcohol consumption, evaluation, comorbidity.*

INTRODUCCION

Existe una amplia gama de entrevistas y cuestionarios que han demostrado su utilidad en la detección y diagnóstico de los trastornos relacionados con el uso de alcohol. No obstante, cabe reseñar que ni el más específico de los cuestionarios puede sustituir a la anamnesis y la exploración clínica a la hora de realizar el diagnóstico de alcoholismo, pero pueden complementarlas o bien ser usados con finalidades diversas, dependiendo de si los objetivos son epidemiológicos, de clasificación (comparar enfermos) o clínicos (comparar tratamientos) (1).

1. ENTREVISTAS DIAGNÓSTICAS GENERALES Y/O DE SCREENING

Se trata de entrevistas estructuradas o semiestructuradas de exploración psiquiátrica que también incluyen ítems específicos de evaluación de adicciones, incluido el alcoholismo. Dentro de los instrumentos existentes que se han considerado idóneos, nos hemos decantado o por los más usuales en la práctica clínica, o por los que han alcanzado mayor carácter universal. Así para la evaluación del eje I (CIE 10) hemos considerado de más interés clínico las siguientes entrevistas de ayuda diagnóstica. Estos instrumentos han de ser utilizados por personal especializado y entrenado previamente.

1. A. Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN)

El sistema SCAN (2) tiene como objetivo medir y clasificar la psicopatología y la conducta asociada a los principales trastornos psiquiátricos. Para ello, se sirve, entre otros, del Present State Examination, décima revisión (PSE-10) (3), instrumento que permite realizar diagnósticos mediante un programa de ordenador (CATEGO-5), de acuerdo con el DSM-IV y la CIE-10.

El sistema SCAN incorpora la ventaja de ser un sistema de diagnóstico estandarizado y computarizado, lo que se traduce en un aumento de la fiabilidad diagnóstica.

El PSE-10 consiste en una entrevista clínica estructurada, de carácter internacional y de conocidas características psicométricas. Respecto a este último aspecto, Bowling (4), basándose en una exhaustiva revisión que comprende desde el año 1967 al 1991, señala que su fiabilidad y validez son excelentes excepto en la sección correspondiente a ansiedad.

La evaluación del consumo de bebidas alcohólicas se realiza en la sección 11 del SCAN.

1.B. Structured Clinical Interview for DSM-IV, Axis I Disorders (SCID-I)

La SCID-I (5) es una entrevista semiestructurada que permite hacer diagnósticos del eje I de acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM-IV.

La versión del médico de la SCID-I consta de 6 módulos (A a F) que hacen referencia a distintos trastornos. El módulo E se ocupa específicamente de los trastornos relacionados con el consumo de alcohol (ítems E1 a E16) y otras sustancias (ítems E17 a E32).

1.C. Composite International Diagnostic Interview (CIDI)

El CIDI es una entrevista comprehensiva, altamente estructurada, diseñada como herramienta de ayuda diagnóstica de las principales categorías incluidas en las clasificaciones CIE-10 y DSM-III-R.

La versión más reciente del CIDI, la Core Version 1.1 (6), que está disponible en nuestro idioma, incluye 15 secciones entre las que se encuentra trastornos relacionados con el consumo de alcohol (7).

Por otra parte existe una versión reducida, el CIDI substance abuse module (CIDI-SAM) (8), diseñada para realizar diagnóstico de

abuso o dependencia, según criterios DSM-III-R o CIE-10, de las siguientes sustancias: alcohol, tabaco, cannabinoides, cocaína, estimulantes, barbitúricos, sedantes, hipnóticos, alucinógenos, fenciclidina, inhalantes y opiodes (7). Por otra parte, evalúa los síntomas típicos de abstinencia de cada sustancia y las consecuencias físicas, sociales y psicológicas de su uso, amén de preguntar por la cantidad y frecuencia de uso de cada droga, con el fin de determinar la severidad del síndrome de dependencia (7).

Esta versión puede ser utilizada de modo aislado como complemento del CID-I y, su fiabilidad es excelente (9). No obstante, hay que señalar que no existe versión en nuestro idioma de este módulo.

1.D. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)

La MINI (10) es un instrumento diseñado como herramienta de ayuda para realizar diagnósticos de acuerdo a los sistemas DSM o CIE tanto en la práctica clínica cotidiana como en el campo de la investigación.

En realidad, más que un instrumento debe de considerarse una familia de instrumentos diseñados para satisfacer las necesidades de los distintos usuarios y ámbitos de aplicación (atención primaria, atención psiquiátrica especializada, investigación) (11).

La versión actual, MINI 4.6, explora de forma estandarizada los criterios necesarios para realizar diagnósticos de acuerdo al DSM-IV o a la CIE-10. Se trata de una entrevista diagnóstica altamente estructurada, relativamente breve y de fácil utilización, que está disponible en distintos idiomas, entre ellos el castellano (12).

La entrevista está dividida en 14 secciones diagnósticas, entre las que se encuentra una sección correspondiente al consumo excesivo de alcohol (sección L). Al inicio de cada sección existe un pequeño apartado de screening que permite, en caso de no cumplir los criterios, pasar a la sección diagnóstica siguiente.

2. ESCALAS DE GRAVEDAD CLÍNICA DE LA ADICCIÓN (DIAGNÓSTICAS)

La evaluación de la gravedad de la dependencia se puede realizar desde un punto de vista clínico, a partir de la presencia o no de los síntomas descritos y de las repercusiones que estos síntomas tienen en la vida de la persona. No obstante, existen una serie de instrumentos diseñados para tal fin que puede resultar de gran utilidad.

2. A. Addiction Severity Index (ASI)

El ASI es una entrevista semiestructurada creada en el año 1980 por un equipo de la Universidad de Pensilvania (13) y fue diseñado expresamente para ser utilizado en pacientes drogodependientes (incluidos los alcohólicos). El instrumento fue desarrollado especialmente para conseguir información relevante para la evaluación clínica inicial del paciente drogodependiente y planificar de ese modo su tratamiento y / o tomar decisiones de derivación, así como con fines de investigación (14).

La evaluación de la gravedad del problema del paciente se realiza en base a las siguientes áreas: estado médico general, situación laboral y financiera, consumo de alcohol, consumo de drogas, problemas legales, familia y relaciones sociales y estado psicológico.

En cada una de las áreas se hacen preguntas objetivas que miden el número, la extensión y la duración de los síntomas problema a lo largo de la vida del paciente y en los últimos 30 días. Además el paciente aporta información subjetiva sobre los últimos 30 días, relativa a la severidad e importancia de los problemas de cada área en un escala de 5 puntos (0-4).

Se obtienen dos medidas de los datos recogidos en cada área: la puntuación de severidad (una valoración de la gravedad del problema dada por el entrevistador, con un rango de 0 -no problema- a 9-problema extremo- puntos) y la puntuación compuesta (se obtiene matemáticamente y consiste en inte-

rrrelaciones de grupos de ítems dentro de cada área, esta puntuación ofrece una evaluación empírica del cambio del paciente y de la eficacia del tratamiento -15-).

En el contexto del ASI se define severidad como la necesidad de tratamiento en el caso de que éste no exista o como la implementación de tratamiento adicional.

Se trata de un instrumento muy potente, válido y fiable (16), si bien el tiempo de administración (45 a 60 minutos) limita su uso. Este instrumento ha sido traducido para su uso en nuestro país (17).

2.B. European Addiction Severity Index (EuropASI)

El EuropASI (18), es la versión europea de la quinta versión americana del ASI (19), su desarrollo fue auspiciado por la Dirección General 12 (COST-A6) de la Comunidad Económica Europea que desde el año 1993 ha venido estimulando y promoviendo el desarrollo de un instrumento de evaluación multidimensional estandarizado que pueda ser aplicado en los diferentes países europeos, permitiendo así la comparación de datos entre los mismos (20). Cabe señalar que en la actualidad existen versiones del EuropASI en casi todos los países europeos, incluido España (21).

Al igual que el ASI se trata de una entrevista semiestructurada y estandarizada que proporciona información sobre aspectos de la vida del paciente que han podido contribuir a su síndrome de abuso de sustancias. Por otra parte, su estructura y tiempo de aplicación es similar al del ASI (20).

Desde un punto de vista clínico, la información obtenida a través del EuropASI es de utilidad para: describir las necesidades de los pacientes al inicio del tratamiento, asignar a los pacientes a las estrategias terapéuticas adecuadas y evaluar los resultados de las intervenciones (18).

Para poder evaluar los resultados de las intervenciones, parece lógica la necesidad de readministrar el instrumento a los pacientes

una vez que se haya intervenido sobre ellos. Con tal fin, el EuropASI establece una serie de instrucciones específicas para las entrevistas de seguimiento (20).

3. DIAGNÓSTICO DE COMORBILIDAD (PA-TOLOGÍA DUAL)

Los estudios de comorbilidad psiquiátrica en pacientes diagnosticados de trastorno por consumo de sustancias ponen de manifiesto que casi las tres cuartas partes de esos pacientes cumplen criterios de al menos un trastorno psiquiátrico distinto del uso-abuso de sustancias, siendo los más prevalentes los trastornos afectivos y de la personalidad. Por tanto, un abordaje comprensivo de estos pacientes debe de incluir siempre una evaluación detallada de los mismos tratando de descartar la presencia concomitante de éstas u otras patologías psiquiátricas (para revisión 22-23).

3.A. Instrumentos de intensidad o gravedad psicopatológica (Eje I)

En líneas generales, recomendamos que el clínico utilice aquellas escalas de evaluación psiquiátrica que cuenten con propiedades psicométricas reconocidas y que hayan sido adaptadas y validadas en nuestro país.

Amén de las entrevistas diagnósticas generales comentadas al comienzo de este apartado existen una serie de escalas específicas que podrían ser de gran utilidad a la hora de descartar patología del eje I. Así, en el caso de los trastornos afectivos cabe señalar la Hamilton Depression Scale (HAM-D) (24), la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) (25), el Beck Depression Inventory (BDI) (26), la Zung Self-Rating Depresión Scale (Zung-SDS) (27) o la Bech-Rafaelsen Melancholia Scale (MES) (28). Los trastornos de ansiedad podrían ser evaluados mediante la utilización de la Hamilton Anxiety Scale (HAS) (29) o el State Trait Anxiety Inven-

tory de Spielberger (STAI) (30). En el caso de los trastornos esquizofrénicos las escalas más utilizadas usualmente son la Positive and Negative Syndrom Scale (PANSS) (31), las Scales for the Assessment of Positive and Negative Symptoms (SAPS, SANS) (32-33) y la Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) (34). De igual modo, se puede descartar la presencia de trastornos mentales orgánicos mediante la utilización de baterías neuropsicológicas que van desde las más sencillas como el Mini Examen Cognoscitivo (MEC) (35) hasta las más complejas como las baterías de Luria-Nebraska (36), Halstead-Reitan (37) y el test de Barcelona (38). De igual modo, el Wechler Adult Intelligence Scale (WAIS) ha sido frecuentemente empleado para evaluar el deterioro cognitivo en función del decalaje existente entre la puntuación verbal y la manipulativa. Otros tests como es el caso del Wisconsin Card Sorting Test (WCST) podría ser utilizado en la evaluación de las funciones frontales o ejecutivas.

3.B. Instrumentos de evaluación de personalidad (Eje II)

En el caso de los trastornos de la personalidad existen numerosos instrumentos que pueden resultar adecuados a la hora de identificar o descartar presencia de un trastorno específico, no obstante vamos a hacer especial hincapié en dos de ellos que nos parecen especialmente útiles.

3.B.1. International Personality Disorder Examination (IPDE)

La IPDE (39) es una entrevista semiestructurada cuyo propósito es identificar rasgos y conductas relevantes para la evaluación de los criterios diagnósticos de los distintos trastornos de la personalidad según criterios DSM-IV y/o CIE-10. Este instrumento cuenta con una versión española (40), oficialmente presentada en nuestro país en enero de 1997.

Se trata de un instrumento heteroevaluado que ha de ser utilizado por un entrevistador experto y previamente entrenado en su

manejo. Si bien las versiones para DSM-IV y CIE-10 no son exactamente idénticas, la estructura es común en ambas, de modo que los diferentes criterios descriptivos del trastorno son evaluados mediante una serie de cuestiones que hacen referencia a seis áreas de la vida del paciente: trabajo, Yo, relaciones interpersonales, afectos, prueba de realidad y control de impulsos.

El IPDE cuenta con un breve Cuestionario de Evaluación IPDE autoaplicado, de screening, en el que mediante preguntas de respuesta dicotómica (verdadero - falso) el paciente describe su conducta habitual durante los últimos 5 años. Este breve cuestionario de screening proporciona al entrevistador una rápida información acerca de qué trastorno(s) de la personalidad es probable que esté(n) presente(s) y, a continuación la administración del módulo completo del IPDE permitiría confirmar o descartar el diagnóstico de screening.

Si el tiempo de administración sobrepasa la hora u hora y media es conveniente fraccionar la entrevista en dos o más sesiones.

3.B.2. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-II)

La SCID-II (41) es una entrevista semiestructurada de ayuda diagnóstica para la evaluación de los 10 trastornos de personalidad contemplados en el eje II del DSM-IV, así como de los dos trastornos incluidos en el apéndice B de dicho manual.

Se trata de un instrumento heteroevaluado que ha de ser administrado por un entrevistador experto y entrenado en su manejo, siendo el juicio del médico el que, en base a la información obtenida, determina si el criterio se cumple o no.

En cada criterio se empieza con una pregunta amplia dirigida a saber si está presente o no, y después se le pide confirmación con ejemplos, o con razones que justifiquen esos comportamientos.

Cada uno de los criterios puede estar ausente o ser falso (1), estar por debajo del

umbral (2) o ser positivo o por encima del umbral (3). Si al menos tres de los criterios puntúan 3, se considera que el trastorno de la personalidad está presente.

En la actualidad se dispone de una versión española validada por Gómez Beneyto, que se encuentra en trámites de publicación incluyendo las propiedades psicométricas.

4. INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN DE IMPACTO

A pesar de que el consumo de alcohol, incluso en gran escala, no genera, en líneas generales, un gran estigma social, sí se acompaña de una gran discapacidad, por lo que consideramos conveniente su evaluación.

4.A. Discapacidad

4.A.1. WHO Psychiatric Disability Assessment Schedule – II (WHO-DAS-II)

La WHO-DAS-II es un instrumento autoadministrado y sencillo desarrollado por la Organización Mundial de la Salud –OMS– (42) para la valoración clínica de las limitaciones que presentan los enfermos psiquiátricos graves. Consta de 36 ítems y proporciona un perfil del funcionamiento del paciente a través de 6 dominios (comprensión y comunicación con el mundo que le rodea, capacidad para manejarse en el entorno, cuidado personal, relación con otras personas, actividades de la vida diaria y participación en la sociedad), así como, una puntuación general de discapacidad.

4.B. Percepción subjetiva de salud

4.B.1. The MOS Short-Form Healthy-Survey (SF-36)

Se trata de un instrumento autoadministrado desarrollado por Ware y Sherbourne (43) con el fin de evaluar el nivel de calidad de vida relacionada con la salud y, se basa, conceptualmente,

en un modelo bidimensional de salud: física y mental. Consta de 36 ítems que se agrupan en 8 escalas (funcionamiento físico, rol físico, dolor, salud general, vitalidad, funcionamiento social, rol emocional y salud mental). Las 8 escalas se agrupan a su vez en dos medidas sumarias: salud física y salud mental.

4.B.2. World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL-100)

Es un instrumento autoadministrado diseñado por la OMS (44) para la evaluación de la calidad de vida. Este instrumento determina la percepción de los individuos de su situación en la vida dentro del contexto cultural y del sistema de valores en el que viven, y en relación a sus objetivos, expectativas e intereses. Esta medida se realiza basándose en la percepción del sujeto y en su valoración sobre diversos aspectos de su vida.

El WHOQOL-100 está estructurado de forma jerárquica y cuenta con una evaluación global de la calidad de vida en 6 dominios (físico, psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales, entorno y espiritualidad). La OMS ha desarrollado una versión abreviada, el WHOQOL-BREF formado por 26 ítems. Esta versión sólo proporciona información sobre 4 de las 6 dimensiones del WHOQOL-100 (física, psicológica, relaciones sociales y entorno).

5. CUESTIONARIOS ESPECÍFICOS DE CONSUMO DE ALCOHOL

En el momento actual existen numerosos instrumentos específicos de consumo de alcohol (para revisión Rubio et al. 45) y aunque, como ya se ha comentado, en ningún momento pueden sustituir a la anamnesis y exploración clínica a la hora de realizar el diagnóstico de alcoholismo, tienen una serie de utilidades (tabla 1) y aportan una serie de ventajas que han de ser tenidas en consideración (tabla 2).

Uno de los problemas que hay que solventar cuando se utilizan estos cuestionarios es el de la fiabilidad de las respuestas. Existen una serie de métodos para mejorar la sinceridad (ambiente de confianza, insertar las preguntas en un marco más amplio, asegurar la comprensión de las instrucciones, conocer el cuestionario utilizado...) (1). Amén de lo señalado pueden utilizarse una serie estrategias que pueden ser útiles a la hora de mejorar la

validez y fiabilidad de la información recogida (Tabla 3).

5.A. Instrumentos de detección (Cribado)

Este tipo de instrumentos tienen como objetivo el realizar un cribado previo al diagnóstico, o lo que es lo mismo, una detección precoz de casos. Se trata de instrumentos sencillos de aplicar y que tienen valor desde

Tabla 1. Objetivos y utilidad de los cuestionarios específicos

- Detectar bebedores de riesgo
- Detectar las consecuencias del alcohol
- Detectar y diagnosticar el alcoholismo
- Detectar la predisposición al alcoholismo
- Valorar la gravedad del alcoholismo

Tomado de Aubá et al (1)

Tabla 2. Ventajas de los cuestionarios específicos

- Son administrados masiva y colectivamente
- Son rápidos, tienen bajo costo y son fáciles de corregir y administrar
- No son invasivos para el sujeto
- Pueden ser aplicados por personal auxiliar entrenado
- Detectan aspectos diversos de la enfermedad: manifestaciones tempranas, conductuales y psicológicas
- Son comparables y poseen replicabilidad (fiabilidad)
- Tienen mayor especificidad y como mínimo similar sensibilidad que otros instrumentos de diagnóstico

Tomado de Aubá et al (1)

Tabla 3. Estrategias para mejorar la validez y fiabilidad de la información

- Comparar con el historial legal o médico
- Comparar con alcoholurias, alcoholemias y otros marcadores biológicos
- Comparar el consumo autoinformado con el recogido por el médico
- Información de colaterales
- Incluir índices de sinceridad
- Incluir valoraciones neuropsicológicas del estado mnésico y cognitivo
- Incluir evaluación de aspectos subjetivos y emocionales. Aporta información muy sensible, aunque menos precisa, que las preguntas aparentemente más objetivas y claras, que son precisamente las que más tienden a negarse

Tomado de Aubá et al (1)

el punto de vista clínico y epidemiológico. En la tabla 4 se resumen las características de los más utilizados.

5. A.1. Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)

Desarrollado de forma multicéntrica por la OMS (46) con el fin de detectar de forma fácil y temprana el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol en atención primaria. Este instrumento ha sido validado en nuestro país (47-49).

Se trata de un cuestionario autoadministrado que consta de 10 ítems que abarcan el consumo de alcohol, la conducta asociada y

los problemas derivados. Cada ítem cuenta con criterios operativos especificados para asignar las puntuaciones correspondientes.

Proporciona una puntuación total que se obtiene sumando las puntuaciones en los 10 ítems. En cada ítem, el valor de las respuestas oscila entre 0 y 4 (en los ítems 9 y 10 los valores posibles son tan sólo 0, 2 y 4). El valor de la puntuación total oscila pues entre 0 y 40. Puntuaciones entre 8-20 puntos (6-20 en el caso de mujeres) serían indicativas de consumo perjudicial. Puntuaciones superiores a 20, en ambos sexos, orientarían hacia la existencia de una dependencia. El consumo de riesgo se obtiene a partir de las preguntas 2 y 3.

Tabla 4. Instrumentos de detección más útiles para la detección de trastornos por uso de alcohol

Test	Nº ítems	Tiempo (min)	Diagnóstico de dependencia	Características
ADI	24	5		Adolescentes entre 12 – 17 años Sensibilidad 86-99%, especificidad 85-95%
AUDIT	10	1-2	≥ 2	Consumo en el año anterior. Detecta consumo de riesgo, uso perjudicial y dependencia Sensibilidad 80%, especificidad 90%
CAGE	4	1	≥ 2	Diseñado para detección de alcoholismo No incluye cantidad, frecuencia, ni tiempo Sensibilidad 65-95%, especificidad 40-95%
CBA	22	2-4	≥ 5	Consumo en los 2 últimos años Diseñado para detección de alcoholismo
Cuestionario abreviado de 5 preguntas	5	1	≥ 3	Diseñado para detección de bebedores de riesgo Combina 2 ítems del AUDIT y 3 del CAGE
MALT	34	20-30	≥ 11	MALTO + MALT-S Problemas de alcoholismo en pacientes con alto grado de negación Sensibilidad 100%, especificidad 82%
MAST	25	5-10	≥ 5	No se refiere a ningún tiempo concreto Sensibilidad 86-99%, especificidad 85-95%
SMAS	13	4-7	≥ 3	Versión abreviada del MAST. Elimina síntomas físicos
MAST-G	24	5-10	≥ 5	Versión geriátrica
TWEAK	5	1-2	≥ 2	Gestantes y mujeres en edad fértil (15-44 años) Sensibilidad 70%, especificidad 75%

Tomado de Sevillano y Rubio (63)

Este test ofrece la ventaja de que identifica al bebedor de riesgo que no tiene criterios de dependencia e incluye indicadores de consumo problemático, de dependencia, del patrón de consumo y de la problemática actual y anterior (50).

A partir de las tres preguntas relacionadas con el consumo de alcohol del AUDIT, se ha desarrollado el AUDIT-C (51). Los resultados preliminares con este instrumento sugieren que constituye una adecuada herramienta de cribado para ser utilizada en atención primaria en la detección de grandes bebedores y/o pacientes con abuso y/o dependencia de alcohol.

5.A.2. Interrogatorio Sistematizado de Consumos Alcohólicos (ISCA)

Se trata de un nuevo instrumento desarrollado recientemente en nuestro país (52) cuyo objetivo es la detección precoz de bebedores de riesgo en el ámbito de la Atención Primaria de Salud. El ISCA consta de 3 preguntas del tipo cantidad-frecuencia para evaluar los consumos alcohólicos teniendo en cuenta tanto los patrones regulares como irregulares de consumo semanal que se dan en la población general. La primera pregunta explora el consumo de alcohol, la segunda la frecuencia de los consumos, y la tercera las variaciones de consumo entre días laborales y festivos. El punto de corte propuesto para varones es de 28 y de 17 para las mujeres (52).

5.A.3. CAGE

CAGE es el acrónimo en inglés de cutting-down, annoyance, guilty y eye-opener. Fue desarrollado por Ewing en 1984 (53) y en nuestro país ha sido validado en 1986 por Rodríguez-Martos et al (54).

Se trata de un cuestionario heteroadministrado que consta tan sólo de 4 ítems; 3 de ellos exploran aspectos subjetivos de la persona en relación con el consumo del alcohol, y el último explora aspectos relacionados con la abstinencia alcohólica. Por su brevedad es fácilmente camuflable en cuestionarios más

amplios, lo cual suele ser recomendable para mejorar su validez y fiabilidad, dado lo directas que son las preguntas.

Los 4 ítems son de respuesta dicotómica (Si / No). Proporciona una puntuación total que se obtiene sumando las puntuaciones en los 4 ítems. En cada ítem la respuesta afirmativa vale 1 punto y la negativa 0 puntos. Se considera positivo a partir de 2 respuestas afirmativas (1 punto sugiere problemas y hace recomendable mantener una actitud vigilante).

5.A.4. Cuestionario Breve para Alcohólicos (CBA)

Este cuestionario fue creado en 1976 por Feuerlein et al y validado en nuestro país por Rodríguez-Martos et al en 1986 (54).

Se trata de un instrumento autoadministrado que consta de 22 ítems que hacen referencia a los últimos 2 años. Cada respuesta afirmativa vale 1 punto, excepto los ítems 3, 7, 14 y 18 que valen 4 puntos. El punto de corte para considerar alcohólico a un paciente está en 5 ó más puntos.

5.A.5. Cuestionario Abreviado de Cinco Preguntas

Este cuestionario desarrollado en 1998 (55), es una combinación de las preguntas 1 y 2 del AUDIT y las 2, 3 y 4 del CAGE. Se ha diseñado con el fin de detectar bebedores de riesgo y el punto de corte establecido es de 3 ó más puntos.

5.A.6. Münchner Alkoholismus Test (MALT)

Este cuestionario fue diseñado en 1977 por Feuerlein et al (56) para el diagnóstico de la dependencia alcohólica y ha sido validado en nuestro país por Rodríguez-Martos et al (57) en 1984.

Este instrumento consta de dos partes que son inseparables y deben valorarse conjuntamente:

–MALT-O (MALT objetivo): constituido por 7 ítems indicadores orgánicos de la depen-

dencia alcohólica (enfermedad hepática, polineuropatía, delirium tremens, consumo superior a 150 ml de alcohol puro al día en el varón y de 120 ml en las mujeres, búsqueda anterior de ayuda por parte de los familiares). Esta parte ha de ser cumplimentada por el médico y cada respuesta afirmativa equivale a 4 puntos.

–MALT-S (MALT subjetivo): está formado por 27 ítems que informan sobre la percepción subjetiva del paciente sobre sus problemas con el alcohol (dependencia psicológica). Esta parte es autoadministrada y en ella cada respuesta afirmativa equivale a 1 punto.

Proporciona una puntuación total que se obtiene sumando las puntuaciones en los 34 ítems. La confirmación de alcoholismo se lleva a cabo con 11 o más puntos. De 6 a 10 puntos estaríamos ante un sujeto de riesgo o sospechoso.

Por su elevada sensibilidad y especificidad puede utilizarse como cuestionario diagnóstico de alcoholismo en atención primaria, aunque no está justificada su utilización rutinaria e indiscriminada, salvo en los sujetos con consumo de riesgo perjudicial, que han obtenido una puntuación positiva en los cuestionarios más breves.

5.A.7. Michigan Alcoholism Screening Test (MAST)

Desarrollado por Selzer et al (58) en 1971 y, posteriormente, validado en nuestro país (59). Es un cuestionario autoadministrado de 25 preguntas útiles para identificar el reconocimiento subjetivo de una serie de problemas derivados del abuso de alcohol. Las respuestas positivas se puntúan con 1 punto, excepto las referidas a haber sufrido delirium tremens (5 puntos) y a arrestos y detenciones relacionados con el consumo de alcohol (2 puntos cada arresto).

Se ha utilizado como instrumento clínico de detección (suele utilizarse un punto de corte de igual o mayor de 5) y como instrumento para medir la dependencia alcohólica (utilizando la puntuación total en la escala como

medida continua de la gravedad del problema del alcoholismo).

De este cuestionario se han originado diversas versiones reducidas. Entre las más conocidas se encuentran el Brief MAST (MAST abreviado) que consta de 10 ítems y el Short MAST (SMAST) que consta de 13 ítems. También, existe la denominada versión Malmö (Mm-MAST) que consta de 9 ítems. Igualmente, existen versiones para la detección de padres y madres alcohólicos mediante su aplicación en los hijos de éstos. Se trata de cuestionarios breves (13 ítems) que permiten evaluar el consumo de alcohol del padre (F-MAST) y de la madre (M-MAST) del sujeto al que son aplicados.

5.B. Instrumentos de detección en poblaciones especiales

En este apartado se incluirán instrumentos cuya aplicación se recomienda en determinados colectivos como son los adolescentes, embarazadas y población geriátrica. Cabe señalar que los instrumentos que se mencionan a continuación aún no han sido validados en nuestro país.

5.B.1. Adolescent Drinking Index (ADI)

Desarrollado por Harrel y Wirtz (60) en 1989. Es un cuestionario diseñado para adolescentes entre 12 y 17 años. Consta de 24 preguntas que corresponden a 4 áreas diferentes: pérdida de control, indicadores sociales, indicadores psicológicos e indicadores físicos. Las puntuaciones pueden oscilar entre 0 y 62 puntos. Puntuaciones iguales o superiores a 16 obligan a una evaluación más exhaustiva.

5.B.2. Adolescent Alcohol Involvement Scale (AAIS)

Creada por Mayer y Filstead (61) en 1979. Es un cuestionario autoadministrado que consta de 14 preguntas que evalúan aspectos relacionados con el consumo de alcohol y sus

consecuencias en tres áreas: funcionamiento psicológico, relaciones sociales y vida familiar. Puntuaciones superiores a los 42 puntos obligarían a realizar evaluaciones más minuciosas.

5.B.3. TWEAK

Acrónimo en inglés de tolerance, worried, eye-opener, amnesia y cut down. Es un cuestionario desarrollado por Russell et al (62). Se trata de un cuestionario específico para detectar casos en mujeres embarazadas. Se compone sólo de 5 ítems, de modo que cada respuesta positiva a los dos primeros equivale a 2 puntos, mientras que cada respuesta positiva a las 3 últimas cuestiones equivale a 1 punto. Se considera que un total de 2 o más puntos en una mujer embarazada indica consumo de alto riesgo y a partir de 4 puntos se consideraría alcoholismo.

5.B.4. T-ACE

Es otro cuestionario desarrollado para detectar casos de alto riesgo en mujeres embarazadas (63). Consta de 4 ítems y al igual que el anterior es una versión derivada del CAGE.

5.B.5. Michigan Alcoholism Screening Test – Versión Geriátrica (MAST-G)

Versión del MAST para ser usada en mayores de 65 años (64). Consta de 24 ítems y al igual que en el MAST se recomienda un punto de corte de ≥ 5 puntos.

5.C. Otros instrumentos de evaluación

En este apartado se incluirán instrumentos útiles en la evaluación de aspectos relacionados con el alcoholismo que están validados en nuestro país. Se remite al lector interesado en conocer otros instrumentos existentes a las completísimas revisiones sobre este tema realizadas por Sevillano et al (65) y Rubio et al (45).

5.C.1. Evaluación de problemas asociados al uso de alcohol

5.C.1.1. Alcohol Problems Questionnaire (APQ)

El APQ fue desarrollado en 1994 por Williams y Drummond (66) y su objetivo es medir los problemas relacionados con el alcohol, conceptualmente distintos de la dependencia alcohólica propiamente dicha. Este cuestionario ha sido validado en nuestro país por Monràs et al (67).

Consta de 44 ítems referidos a dificultades experimentadas en los últimos 6 meses. Dichas preguntas se agrupan en 4 apartados: el primero es de respuesta general y los otros tres sólo han de cumplimentarlos pacientes casados, con hijos o con trabajo, respectivamente. El apartado general consta de 23 ítems en 5 secciones que abarcan los problemas con amigos, económicos, legales, físicos y afectivos.

Las respuestas positivas se valoran con 1 punto y las negativas con 0 puntos. Al existir, según la situación socio-laboral de cada paciente, variaciones en los apartados que se han de cumplimentar, los autores no elaboraron inicialmente un punto de corte, aunque en muestras españolas de alcohólicos tratados la puntuación media es de 9 puntos (68).

5.C.2. Gravedad de la dependencia

5.C.2.1. Severity of Alcohol Dependence Questionnaire (SADQ)

La versión original desarrollada por Stockwell et al (68), contaba con 33 ítems y ha sido validada en nuestro país por Rubio et al (69) en 1996.

Se trata de un cuestionario autoadministrado cuyo objetivo es la obtención de una medida cuantitativa de la intensidad del síndrome de dependencia. Cuenta con cinco subescalas que se corresponden con cinco dimensiones del síndrome de dependencia alcohólica: síntomas físicos y psicológicos relacionados con la abstinencia, conductas para aliviar el síndrome de abstinencia, datos

sobre consumo y rapidez en la reinstauración de los síntomas tras la recaída.

Posteriormente se desarrolló una versión de 20 ítems (70) que también cuenta con una validación española (67). De la validación española del cuestionario SADQ de 20 ítems se obtiene un punto de corte de 20 para detectar alcohólicos con dependencia grave. Dicho punto de corte es inferior al existente en las muestras originales anglosajonas (1).

También existe una versión de 24 ítems (SADQ-C) desarrollada por Stockwell et al (71) en 1994, diseñada para ser utilizada en asistencia primaria, que además incluye una subescala de control sobre la bebida.

La combinación del APQ y SADQ conforma un continuum biaxial que abarca todas las posibles situaciones en el proceso de alcoholización de una persona y que ofrece un sistema clasificatorio del alcoholismo más completo (1).

5.C.2.2. Escala de Intensidad de la Dependencia Alcohólica (EIDA)

Desarrollada en nuestro país por Rubio et al (72) en 1998 a partir del SADQ-C. Se trata de un cuestionario autoadministrado que consta de 30 preguntas repartidas 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.

Este cuestionario permite distinguir entre dependencia leve (puntuación inferior a 21 puntos), moderada (puntuación entre 21-36 puntos) y grave (puntuación superior a 37 puntos) (72).

5.C.3. Valoración del síndrome de abstinencia

5. C. 3. 1. Escala de Valoración de la Intensidad del Síndrome de Abstinencia

Desarrollada por Soler et al en 1981 y modificada posteriormente por Rodríguez-Martos (73) (en el ítem 9 se sustituyó la CPK por la GGT). Se trata de una escala de 12

ítems que el clínico debe de cumplimentar tras la observación del paciente. Cada ítem puede puntuarse de 0 a 3 puntos.

5.C.3.2. Clinical Institute Withdrawal Assessment (CIWA-AR)

La versión utilizada en el momento actual (CIWA-AR) fue desarrollada por Sullivan et al (74) en 1989. Consta de 10 ítems y es administrada por el personal sanitario en la fase de desintoxicación con el fin de evaluar la intensidad de la sintomatología de abstinencia.

La puntuación máxima que se puede obtener en esta escala es de 67 puntos. Puntuaciones inferiores a 10 puntos son sugestivas de un síndrome de abstinencia leve (se podría administrar una medicación ligera o incluso prescindir de ella), entre 10-20 puntos se considera síndrome de abstinencia moderado (se recomienda establecer una pauta terapéutica de síndrome de abstinencia leve – moderado), puntuaciones superiores a 20 puntos sugieren un síndrome de abstinencia grave (se recomendaría desintoxicación hospitalaria).

5.C.4. Valoración del deseo por la bebida y pérdida de control

Las preguntas relacionadas con la pérdida de control suelen estar recogidas en diferentes instrumentos destinados a evaluar la dependencia, tal como el SADQ-C (71) y la EIDA (72).

5.C.4.1. The Obsessive Compulsive Drinking Scale (OCDS)

Esta escala fue desarrollada por Anton et al (75) en 1995 y consta de 14 preguntas que se agrupan en torno a la preocupación por la bebida (componente obsesivo) y consumo (componente compulsivo). Sin embargo, el análisis factorial del instrumento no refleja esos dos factores en la población española (76).

5.C.4.2. Alcohol Craving Questionnaire (ACQ-Now)

EL ACQ-Now es un instrumento autoadministrado desarrollado por Singleton et al (77)

para determinar el deseo por la bebida entre consumidores de alcohol. Dicho instrumento consta de 47 ítems, que se agrupan en cinco áreas (9 ítems cada área): urgencia y deseo de alcohol, intención de beber, anticipación de expectativas positivas, anticipación de evitación de expectativas negativas o del síndrome de abstinencia y falta de control. Existen otros dos ítems adicionales que forman parte de una subescala para chequear la consistencia del cuestionario.

5.C.4.3. *Desires for Alcohol Questionnaire (DAQ)*

Este cuestionario fue desarrollado por Clark et al (78). Se trata de un instrumento autoadministrado que consta de 36 ítems, que se agrupan en cuatro áreas: intención de beber (10 ítems), deseo de consumir alcohol (10 ítems), anticipación de expectativas positivas derivadas del consumo de alcohol (8 ítems) y anticipación de evitación de expectativas negativas derivadas del no consumo (8 ítems). Un reciente estudio realizado por Love et al (79) en el que se comparan el ACQ y el DAQ pone de manifiesto que el segundo instrumento posee ciertas ventajas, como son una mejor discriminación entre bebedores excesivos y moderados, y entre bebedores compulsivos y no-compulsivos, amén de tener una estructura que explica una mayor proporción de la varianza.

5.C.5. Valoración de la Motivación

5.C.5.1. *Readiness to Change Questionnaire (RCQ)*

El RCQ fue elaborado por Rollnick et al (80), partiendo de la teoría de los estadios del cambio de Prochaska y DiClemente. Dicho cuestionario intenta medir y operativizar en qué fase se encuentran los enfermos para poder modular la intervención terapéutica adaptándola al correspondiente nivel motivacional.

Dicho cuestionario consta de 12 ítems y en él se describen tres estadios motivacionales (precontemplación, contemplación y acción), cada uno de los cuales está representado por

4 ítems. Cada una de las cuestiones formuladas tiene cinco opciones de respuesta que van desde totalmente en desacuerdo hasta totalmente de acuerdo. En la versión española se han señalado dificultades en la comprensión por parte de los pacientes, por otra parte, la forma de corrección también puede ser problemática y, además, no parece constituir un buen instrumento de clasificación de los pacientes (81).

CONCLUSIONES

No existen pruebas específicas para el diagnóstico del alcoholismo, de modo que una correcta anamnesis y la exploración clínica adecuada constituyen el pilar básico del mismo. No obstante, los cuestionarios, escalas, etc. son herramientas de gran ayuda en la detección de consumo de riesgo, consumo perjudicial o alcoholismo.

Por su validez, brevedad y sencillez el CAGE, CBA y AUDIT podrían considerarse como los cuestionarios de detección más útiles en Atención Primaria.

Un abordaje comprehensivo del paciente alcohólico debe incluir siempre una evaluación detallada del mismo tratando de descartar otras patologías psiquiátricas.

En líneas generales, se recomienda que el clínico utilice en la evaluación de sus pacientes aquellas escalas que cuenten con propiedades psicométricas reconocidas y que hayan sido adaptadas y validadas en castellano.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Aubá J, Gual A, Monràs M. Diagnóstico de los problemas relacionados con el consumo de alcohol. En: Rodríguez Martos A, directora. **Curso de Formación sobre Prevención y Tratamiento del Alcoholismo**. Unidad didáctica 2. Barcelona: Doyma SA; 1998.

- (2) Wing JK. **SCAN: Schedules for clinical assessment in neuropsychiatry**. Geneva: WHO; 1992.
- (3) Wing JK. Measuring and classifying clinical disorders: learning from the PSE. En: Bebbington PE, editor. **Social psychiatry: theory, methodology and practice**. London: Transaction Publishers; 1991.
- (4) Bowling A. **Measuring disease**. Buckingham: Open University Press; 1995.
- (5) 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 Psychiatric Press; 1997.
- (6) World Health Organization. **The composite international diagnostic interview, core version 1.1**. Washington, DC: APA, 1993.
- (7) Janca A, Üstün TB, Sartorius N. New versions of World Health Organization instruments for the assessment of mental disorders. **Acta Psychiatr Scand** 1994; 90: 73-83.
- (8) Robins LN, Cottler LB, Babor T. **CIDI substance abuse module**. St Louis, MO: Washington University School of Medicine. Department of Psychiatry, 1990.
- (9) Cottler LB, Robins LN, Helzer JE. The reliability of CIDI-SAM: a comprehensive substance abuse interview. **Br J Addict** 1989; 84: 801-814.
- (10) Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E et al. 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.
- (11) Bobes J, González MP, Sáiz PA, Bousoño M, Iglesias C, Bascarán MT et al. 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. p. 401-419.
- (12) Ferrando L, Bobes J, Gibert J, Lecrubier Y. Mini International Neuropsychiatric Interview. En: Bobes J, Bousoño M, González MP, editores. **Manejo de los trastornos mentales y del comportamiento en Atención Primaria**. 2ª ed. Oviedo: Gofer; 1997.
- (13) McLellan AT, Luborsky L, O'Brien CP, Woody GE. An improved evaluation instrument for substance abuse patients: the Addiction Severity Index. **J Nerv Ment Dis** 1980; 168: 26-33.
- (14) McLellan AT, Luborsky, Woody GE, Druley KA, O'Brien CP. Predicting response to alcohol and drug abuse treatments: role of psychiatric severity. **Arch Gen Psychiatry** 1983; 40: 620-625.
- (15) McLellan AT, Woody GE, Luborsky L, O'Brien CP, Druley KA. Is treatment for substance abuse affective? **JAMA** 1982; 247: 1423-1427.
- (16) Kosten TR, Rounsaville BJ, Kleber HD. Concurrent validity of the Addiction Severity Index. **J Nerv Ment Dis** 1985; 171: 606-610.
- (17) Guerra D. Addiction Severity Index (ASI): un índice de severidad de la adicción. En: Casas M, editor. **Trastornos psíquicos en las toxicomanías**. Barcelona: Ediciones en Neurociencias; 1992. p. 59-90.
- (18) Kokkevi A, Hartgers C. EuropASI: european adaptation of a multidimensional assessment instrument for drug and alcohol dependence. **Eur Addict Res** 1995; 1: 208-210.
- (19) McLellan AT, Luborsky L, Cacciola J, Griffith JE. New data from the Addiction Severity Index: reliability and validity in three centres. **J Nerv Ment Dis** 1985; 173: 412-423.
- (20) González MP, Sáiz PA, Bousoño M, Bobes J. Evaluación de la gravedad de la conducta alcohólica. **Psiquiatría Biológica** 1998; 5 (Supl 1): 40-43.
- (21) Bobes J, González MP, Sáiz PA, Bousoño M. Índice europeo de la severidad de la adicción: EuropASI. Versión española. **Actas de la IV Reunión Interregional de Psiquiatría**, 1996; 201-218.
- (22) Bobes J, González MP, Sáiz PA, Bascarán MT, Bousoño M. **Instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica**. Barcelona: Grafo, SA; 2000.
- (23) Bulbena A, Berrios GE, Fernández de Larrinoa P. **Medición clínica en psiquiatría y psicología**. Barcelona: Masson, SA; 2000.
- (24) Hamilton M. A rating scale for depression. **J Neurol Neurosurg Psychiatry** 1960;23: 56-62.
- (25) Montgomery SA, Asberg MA. A new depression scale designed to be sensitive to change. **Br J Psychiatry** 1979; 134: 382-389.

- (26) Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. **Arch Gen Psychiat** 1961; 4: 561-571.
- (27) Zung WWK. A self-rating depression scale. **Arch Gen Psychiat** 1965; 12: 63-70.
- (28) Bech P, Rafaelsen OJ. The use of rating scales exemplified by a comparison of the Hamilton and the Bech-Rafaelsen Melancholia Scale. **Acta Psychiatr Scand** 1980; 62 (Suppl 285): 128-131.
- (29) Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. **Brit J Med Psychol** 1959; 32: 50-55.
- (30) Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. **Manual for the State-Trait Anxiety Inventory**. Palo Alto: Consulting Psychological Press; 1970.
- (31) Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. **Schizophr Bull** 1987; 13: 261-276.
- (32) Andreasen NC. **The Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS)**. Iowa City: University of Iowa; 1984.
- (33) Andreasen NC. **The Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS)**. Iowa City: University of Iowa; 1984.
- (34) Overall JE, Gorham DR. Brief Psychiatric Rating Scale. **Psychol Rep** 1962; 10: 799-812.
- (35) Lobo A, Ezquerro J, Gómez FB, Sala JM, Seva A. El Mini Exámen Cognoscitivo. Un test sencillo y práctico para detectar alteraciones intelectuales en los pacientes médicos. **Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr** 1979; 7: 189-202.
- (36) Golden CJ. **An standardized version of Luria's neuropsychological tests**. New York: Wiley-Interscience; 1981.
- (37) Reitan RM, Davison LA. **Clinical neuropsychology: current status and application**. New York: John Wiley and Sons; 1974.
- (38) Peña-Casanova J. **Programa integrado de exploración neuropsicológica. "Test Barcelona"**. Barcelona: Toray-Masson; 1990.
- (39) Loranger AW, Sartorius N, Andreoli A, Berger P, Buchheim P, Channabasavanna SM, et al. The International Personality Disorder Examination. **Arch Gen Psychiatry** 1994; 51: 215-224.
- (40) López-Ibor Aliño JJ, Pérez Urdaniz A, Rubio Larrosa V. **IPDE. International Personality Disorder examination**. Madrid: Meditor, 1996.
- (41) First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams JBW, Benjamin LS. **User's guide for the Structured Clinical Diagnostic Interview for DSM-IV Axis II Disorders (SCID-II)**. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1997.
- (42) World Health Organization. **WHO Psychiatric Disability Assessment Schedule II (WHO/DAS II)**. Geneva: WHO; 2001.
- (43) Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item Short-Form Health-Survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. **Med Care** 1992; 30: 473-483.
- (44) World Health Organization. **Measuring quality of life. The development of the World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL-100)**. Geneva: WHO; 1993.
- (45) Rubio G, Jiménez MA, Ponce G, Santo-Domingo J. Evaluación de los trastornos por uso de alcohol. En: Bobes J, Casas M, Gutiérrez M, editores. **Manual de evaluación y tratamiento de drogodependencias**. Barcelona: STM Editores; en prensa.
- (46) 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.
- (47) Rubio G, Bermejo J, Caballero MC, Santo-Domingo J. Validación de la prueba para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT) en atención primaria. **Rev Clin Esp** 1998; 198: 11-14.
- (48) Contel M, Gual A, Colom J. Test para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT): traducción y validación del AUDIT al catalán y castellano. **Adicciones** 1999; 11: 337-347.
- (49) Martínez Delgado JM. **Validación de los cuestionarios breves: AUDIT, CAGE y CBA para la detección precoz del síndrome de dependencia de alcohol en Atención Primaria** [tesis]. Cádiz: Universidad de Cádiz; 1996.
- (50) Volk RJ, Steinbauer JR, Cantor SB, Holzer CE 3rd. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a screen for at risk drinking in primary care patients of different racial/ethnic backgrounds. **Addiction** 1997; 2: 197-206.
- (51) Bush K, Kivlahan DR, McDonell MB, Fihn SD, Bradley KA. The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. Ambulatory Care Quality Improvement Project

- (ACQUIP). Alcohol Use Disorders Identification Test. **Arch Intern Med** 1998; 158: 1789-1795.
- (52) Gual A, Contel M, Segura L, Ribas A, Colom J. El ISCA (Interrogatorio Sistematizado de Consumos Alcohólicos), un nuevo instrumento para la identificación precoz de bebedores de riesgo. **Med Clin** 2001; 117: 685-689.
- (53) Ewing JA. Detecting alcoholism, the CAGE questionnaire. **JAMA** 1984; 252: 1905-1907.
- (54) Rodríguez-Martos A, Navarro R, Vecino C, Pérez R: Validación de los cuestionarios KFA (CBA) y CAGE para diagnóstico del alcoholismo. **Drogalcohol** 1986; 11: 132-139.
- (55) Seppa K, Lepisto J, Sillanaukee P. Five-shot questionnaire on heavy drinking. **Alcohol Clin Exp Res** 1998; 22: 1788-1791.
- (56) Feuerlein W, Ringer C, Küfner KA. Diagnose des alkoholismus: Der Münchner Alkoholismustest (MALT). **Munch Med Wochf** 1977; 119: 1275-1282.
- (57) Rodríguez-Martos A, Suárez R: MALT (Münchner Alkoholismus Test). Validación de la versión española de este test para el diagnóstico del alcoholismo. **Rev Psiquiatr Psicol Med** 1984; 16: 421-432.
- (58) Selzer ML. The Michigan Alcoholism Screening Test: the quest for a new diagnostic instrument. **Am J Psychiatry** 1971; 127: 1653-1658.
- (59) Ariño J. **Estudio de seguimiento de pacientes alcohólicos en Vitoria-Gasteiz** [tesis]. Lejona: Universidad del País Vasco; 1990.
- (60) Harrel AV, Wirtz PW. **Adolescent Drinking Index test and manual**. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources; 1989.
- (61) Mayer J, Filstead WJ. The adolescent Alcohol Involvement Scale: An instrument for measuring adolescents' use and misuse of alcohol. **J Stud Alcohol** 1979; 40: 291-300.
- (62) Russell M, Martier SS, Sokol RJ et al. Screening for pregnancy risk drinking: TWEAKING the test [abstract 338]. **Alcohol Clin Exp Res** 1991; 15: 368.
- (63) Sokol RJ, Martier SS, Ager JW. The T-ACE questions: practical prenatal detection of risk drinking. **Am J Obstet Gyn** 1989; 60: 863-870.
- (64) Blow F. **Michigan Alcoholism Screening Test-Geriatric version (MAST-G)**. Ann Arbor: University of Michigan Alcohol Research Center; 1991.
- (65) Sevillano ML, Rubio G. Conceptos básicos sobre problemas relacionados con el alcohol. Diagnóstico e instrumentos de evaluación. En: Rubio G, Santo-Domingo J, coordinadores. **Curso de especialización en alcoholismo**. Madrid: FAD; 2001.
- (66) Williams BT, Drummond DC. The Alcohol Problems Questionnaire: reliability and validity. **Drug Alcohol Depend** 1994; 35: 239-243.
- (67) Monrás M, Gual A, Palau N. SADQ y APD. Validación de dos tests para evaluar la gravedad del alcoholismo. **Adicciones** 1997; 9: 507-528.
- (68) Stockwell TR, Hodgson RJ, Edwards G, Taylor C, Rankin H. The development of a questionnaire to measure severity of alcohol dependence. **B J Addict** 1979; 74: 79-87.
- (69) Rubio G, Urosa B, Rubio MC, Ulibarri S, Mata F. Validación del cuestionario sobre la gravedad de la dependencia alcohólica en población española. **An Psiquiatr** 1996; 12: 385-289.
- (70) Stockwell TR, Murphy D, Hodgson R. The severity of alcohol dependence questionnaire: its use, reliability and validity. **B J Addict** 1983; 78: 145-155.
- (71) Stockwell TR, Sitharthan T, McGrath D, Lang E. The measurement of alcohol dependence and impairment control in community samples. **Addiction** 1994; 89: 167-174.
- (72) Rubio G, Urosa B, Santo-Domingo J. Validación de la escala de la intensidad de la dependencia al alcohol (EIDA). **Psiquiatría Biológica** 1998; 5 (Supl 1): 44-47.
- (73) Rodríguez-Martos A. **Manual de alcoholismo para el médico de cabecera**. Barcelona: Salvat Editores, 1989.
- (74) 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.
- (75) Anton DF, Moak DH, Latham P. The Obsessive Compulsive Drinking Scale (OCDS): a self-rated instrument for the quantification of thoughts about alcohol drinking behavior. **Alcohol Clin Exp Res** 1995; 19: 92-99.
- (76) Rubio G, López M. Validación del Cuestionario sobre los componentes obsesivo-compulsivo de bebida en alcohólicos españoles. **Adicciones** 1999; 11: 7-16.
- (77) Singleton EG, Tiffany ST, Henningfield JE. **The multidimensional aspects of craving for alcohol. Unpublished research. Intramural**

Research Program. Baltimore, MD: National Institute on Drug Abuse, National Institutes of Health; 1994.

(78) 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 (datos no publicados).

(79) Love A, James D, Willner P. A comparison of two alcohol craving questionnaires. **Addiction** 1998; 93: 1091-1102.

(80) 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. **B J Addict** 1992; 87: 743-754.

(81) Rodriguez-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.