

Instrumentos de evaluación en el alcoholismo

Alcoholism assessment scales

JIMÉNEZ, M.*, MONASOR, R.* y RUBIO, G.**

*Unidad de conductas adictivas. Servicio de Psiquiatría. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

**Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

RESUMEN: *Objetivo:* El alcoholismo es un fenómeno sumamente complejo en el que influyen diversos factores a lo largo de todo el proceso adictivo, desde su aparición y mantenimiento hasta las recaídas tras largos períodos de abstinencia.

Material y métodos: En este artículo realizaremos una revisión de los instrumentos de evaluación más utilizados.

Resultados: Entre los factores más frecuentemente considerados están las evaluaciones tipológicas, la valoración de la motivación, de los aspectos cognitivos y conductuales, del deseo y pérdida de control, de la dependencia y la evaluación de los problemas asociados al consumo. Para ello nos servimos de cuestionarios específicos y que se pueden clasificar en función de las variables que evalúan, y de cuestionarios multidimensionales con los que podemos obtener información integrada de diversos aspectos más complejos y globales del paciente.

Conclusiones: En la clínica es necesario la evaluación de múltiples aspectos individuales con el objetivo de conocer la situación particular de cada persona, y en consecuencia poder indicar un tratamiento personalizado adecuado que permita prolongar la abstinencia el mayor tiempo posible.

PALABRAS CLAVE: Alcoholismo. Evaluación. Escalas. Dependencia.

ABSTRACT: *Objective:* Alcoholism is an extremely complex phenomenon and it is influenced by diverse factors along the whole addictive process, from its appearance and maintenance until relapses after long periods of abstinence.

Material and methods: In this article we will carry out a revision of more used evaluation instruments.

Conclusions: In the clinic practice it is necessary the evaluation of multiple individual aspects to know the situation of each person, and to be able indicating an appropriate personalized treatment that allows the longer abstinence as possible.

Results: The most frequently considered factors are the evaluation of the motivation, the evaluation of the cognitive and behavioral aspects, the evaluation of the alcohol desire and impaired control, the evaluation of the dependence and the evaluation of the consumption associated problems. We use specific questionnaires classified by the variables they evaluate, and multidimensional questionnaires to obtain more complex and global patient's information.

KEY WORDS: Alcoholism. Assessment. Scales. Dependence.

Correspondencia:

MÓNICA JIMÉNEZ
Hospital Universitario 12 de Octubre
Pabellón de Medicina Comunitaria
Servicio de Psiquiatría
Unidad de Conductas Adictivas
Avda. de Córdoba, s/n. 28041 Madrid
E-mail:rubio-v@mi.madridtel.es

Introducción

Tanto para el diagnóstico como para el tratamiento del alcoholismo es necesario determinar una serie de parámetros que reflejen el desarrollo del consumo particular de cada paciente. La historia clínica y diversas evaluaciones complementarias nos ayudan a entender la adquisición y el desarrollo de esta patología y además nos facilitan las bases para la indicación de un

tratamiento individualizado. La mayoría de estas medidas son subjetivas pero, a pesar de los riesgos de distorsión, engaño u olvido que conllevan, son las únicas disponibles en la clínica para obtener la información necesaria de este tipo de pacientes. Por ello, en aquellos casos en los que se considere necesario, resultará imprescindible contar con otras fuentes de información adicional para poder contrastarlos.

Dentro de las evaluaciones complementarias, los instrumentos empleados habitualmente serían: cuestionarios de detección, cuestionarios de diagnóstico y cuestionarios de evaluación de dimensiones de los problemas relacionados con el alcohol. Los cuestionarios de detección permitirían la identificación de casos potenciales de alcoholismo y el que éstos pudieran pasar a una evaluación más exhaustiva, representan la tarea más importante en Atención primaria y permiten la detección de consumo de riesgo, consumo perjudicial o alcoholismo. Destacan como más útiles, gracias a su validez, brevedad y sencillez, el CAGE, el CBA (*Cuestionario Breve para Alcohólicos*) y el AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*). No debemos confundir con los instrumentos de detección aquellos otros con función de diagnóstico, como son la *Entrevista clínica estructurada para el DSM-III-R (SCID)* y el *Cuestionario para la Evaluación Clínica en neuropsiquiatría (SCAN)*. Éstos están compuestos por entrevistas estructuradas adaptadas para los criterios de las diferentes taxonomías (DSM y CIE). Por otra parte los cuestionarios de evaluación aportarían aspectos cualitativos y cuantitativos básicos para la planificación de tratamiento. Seguidamente desarrollaremos una descripción y análisis de los que tienen una mayor repercusión en la práctica clínica (ver tabla 1).

Instrumentos de evaluación

Evaluaciones tipológicas

Las tipologías constituyeron un primer intento de clasificación de los sujetos alcohólicos con la intención de establecer grupos homogéneos y determinar un tratamiento adecuado para cada una de las tipologías. A pesar de estar basados en variables concretas, no han alcanzado repercusión terapéutica, por lo que rara vez se utilizan las evaluaciones tipológicas salvo para investigación clínica. La tipología más utilizada tradicionalmente ha sido la de Jellinek que clasificaba a los alcohólicos en cinco tipos de alcoholismo según la forma de beber, las complicaciones y la interven-

ción de factores psicológicos y ambientales en su etiología. Posiblemente la única repercusión terapéutica de esta tipología sea que en los alcohólicos tipo gamma, caracterizados por un predominio de la pérdida de control, se han utilizado con éxito los programas de control de la bebida. Otras tipologías como las basadas en el género o en la presencia de historia familiar de alcoholismo, suelen ser fáciles de recoger en la historia clínica, aunque también tienen escasa repercusión en el tratamiento¹.

En los últimos años han surgido diferentes tipologías basadas en los modelos 1/2 o A/B. Estas tipologías, en el fondo, tienden a clasificar a los dependientes del alcohol en función de la edad de inicio de los problemas. Los de inicio más temprano suelen tener características psicopáticas y peor pronóstico. No obstante sus hallazgos no han sido confirmados en diferentes países. De forma que no queda claro si las tipologías representan diferentes formas de la dependencia o la expresión de un mismo proceso (la dependencia) en diferentes sujetos o el solapamiento con otras patologías como los problemas de personalidad¹.

Valoración de la motivación

Al hablar de motivación en trastornos por uso de alcohol nos referimos tanto a los motivos que explicitan los sujetos para consumir, como a la disposición de los individuos para dejar de beber o beber menos. Su evaluación puede resultarnos de utilidad en diferentes momentos del tratamiento bien para determinar la disposición al cambio que tiene el sujeto, o para realizar el balance decisional dentro del modelo de prevención de recaídas.

Una forma de valorar el grado de motivación para beber es a través de preguntas abiertas en las que se les solicita que expresen sus razones para beber y los motivos para dejarlo. Preguntas parecidas están incluidas en el *Perfil de bebida (CDP)*² el *Inventario del uso del alcohol (AUI)*³, el *Inventario de situaciones de riesgo (IDS)*⁴ o el *Cuestionario de razones para beber (RDQ)*⁵. Algunos cuestionarios miden aspectos más específicos de la motivación, entre ellos tenemos el *Cuestionario de expectativas para beber (AEQ)*⁶ que mide las expectativas de refuerzo positivo relacionadas con el consumo de alcohol, el *Cuestionario de efectos del alcohol (AEQ)*⁷ que determina los efectos positivos y negativos asociados al consumo y el *Cuestionario de creencias sobre el alcohol (ABQ)*⁸, formado por 40 afirmaciones sobre el alcohol y que determina el grado de acuerdo o desacuerdo que el bebedor tiene con ellas. Existen algunas versiones adap-

Tabla 1. Evaluación del consumo

Motivación	<p>Perfil de bebida (CDP, Miller y Marlatt, 1984) Inventario del uso del alcohol (AUI, Horn et al, 1987) Inventario de situaciones de riesgo (IDS, Annis et al, 1987) Cuestionario de razones para beber (RDQ, Heather et al, 1991) Cuestionario de expectativas para beber (AEQ, Brown et al, 1980) Cuestionario de efectos del alcohol (AEQ, Rohsenow, 1983) Cuestionario de creencias sobre el alcohol (ABQ, Collins et al, 1990) Cuestionario de expectativas para beber (AEQ-A, Brown et al, 1987) Escala de actitudes hacia el alcohol en adolescentes (AAST, Torabi y Veenker, 1986). URICA (University of Rhode Island Change Assessment; Prochaska y Di Clemente, 1986) SOCRATES (Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale; Miller, 1993) El Cuestionario de disposición al cambio (RCQ, Rollnick et al, 1992)</p>
Situaciones relacionadas con el consumo	<p>Inventario de situaciones de bebida (IDS, Annis, 1982) Inventario de situaciones precipitantes de recaída (RPI, Litman et al, 1977-88) Cuestionario de patrones de bebida (Zitter y McCrady, 1979)</p>
VARIABLES COGNITIVAS EN RELACIÓN AL CONSUMO	<p>El Cuestionario de seguridad ante las situaciones (Situational Confidence Questionnaire, SCQ, Annis, 1982). El Cuestionario de valoración cognitiva (Cognitive Appraisal Questionnaire, Annis, 1982). El Inventario de habilidades de afrontamiento (CBI, Litman et al, 1983) El inventario sobre la efectividad de las conductas de afrontamiento (ECBI, Litman et al, 1983) Cuestionario de expectativas sobre el alcohol (Alcohol Expectancy Questionnaire, Brown et al, 1980) Cuestionario de Información sobre el alcohol (Maciá Antón, 1986) Escala de efectos del alcohol (Alcohol Effects Scale, Southwick et al, 1981) Cuestionario sobre los efectos del alcohol (Leigh, 1987) Cuestionario de actitudes hacia el alcohol (Maciá Antón, 1986)</p>
Deseo por la bebida y pérdida de control	<p>Alcohol Craving Questionnaire (Singleton et al, 1996) Alcohol Craving Questionnaire-Now (ACQ-Now) (Singleton et al, 1995) Alcohol Urge Questionnaire (AUQ) (Bohn et al 1995) Penn Alcohol Craving Scale (PACS) (Flannery et al, 1999) Desire for Alcohol Questionnaire (DAQ) (Clark et al, 1996) Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale for Heavy Drinking (Y-BOCS-hd) (Goldman et al, 1989) Obsessive Compulsive Drinking Scale (OCDS) (Anton et al, 1995-96)</p>
Dependencia	<p>Escala de dependencia del alcohol (ADS, Skinner y Horn, 1984) Datos sobre dependencia alcohólica (ADD, Raistrick et al, 1983) Severity of Alcohol Dependence Questionnaire (SADQ) (Stockwell et al, 1979) EIDA (Escala de Intensidad de la Dependencia Alcohólica)</p>
Problemas asociados al uso de alcohol	<p>Índice de problemas por el alcohol de Rutgers (RAPI, White y Labouvie, 1989) Índice de problemas por la bebida (DPI, Finney et al, 1991) Inventario de consecuencias por la bebida (DrInC, Miller et al, 1994) Cuestionario de problemas por el alcohol (APQ, Williams y Drummond, 1994)</p>
Entrevistas e instrumentos multidimensionales	<p>Inventario sobre el uso del alcohol (AUI, Horn et al, 1987) Índice de Severidad de la Adicción (ASI, McLellan et al, 1980) European Addiction Severity Index (EuropASI) (Kokkevi y Hartgers, 1995; Bobes et al, 1996), Comprehensive Drinking Profile (CDP, Miller y Marlatt, 1984) Programa para el diagnóstico de trastornos por uso de sustancias (SUDDS, Harrison y Hoffman, 1989) La entrevista estructurada de valoración de adicciones para seleccionar el tratamiento (ASIST, Addiction Research Foundation, 1984) El alcoholismo esencial-reactivo (ERA, Jacobson, 1976) La entrevista para sujetos alcohólicos de Ellis (Ellis et al, 1988) El Cuestionario de diagnóstico de abuso de drogas en adolescente (ADAD, Friedman y Utada, 1989) El Perfil de autoevaluación del adolescente (ASAP, Wanberg, 1991) El Inventario de experiencias personales (PEI, Winters y Henley, 1989)</p>

tadas para adolescentes, como el *Cuestionario de expectativas para beber* (AEQ-A)⁹ y la *Escala de actitudes hacia el alcohol en adolescentes* (AAST)¹⁰.

En los últimos años se están aplicando nuevos instrumentos de evaluación de la motivación para el cambio en la conducta relacionada con la bebida, todos ellos basados en la teoría trasteórica de los estadios del cambio de Prochaska y Di Clemente. El primero fue el cuestionario URICA (*University of Rhode Island Change Assessment*)¹¹ que consta de 32 ítems para cinco estadios (precontemplación, contemplación, acción, mantenimiento, recaída). El cuestionario SOCRATES (*Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale*)¹² lo componen 40 preguntas, existiendo una versión abreviada de 20 ítems. Dentro de este grupo estaría el *Cuestionario de disposición al cambio* (RCQ)¹³, instrumento de medida del cambio en el que se describen tres estadios: precontemplación, contemplación y acción. Es un cuestionario rápido y fácil de realizar que consta de 12 ítems. Cuatro por cada uno de los estadios que identifica. Cada frase del cuestionario es una afirmación, y sobre ella el sujeto puede estar en total acuerdo o desacuerdo. Se han señalado dificultades en la versión española respecto al grado de comprensión para los pacientes de nuestro entorno, y por otra parte la forma de corrección resulta problemática, por lo que no parece que sea un buen instrumento de clasificación de los pacientes¹⁴.

Evaluaciones sobre aspectos cognitivos y conductuales relacionados con el consumo de alcohol

El modelo cognitivo conductual de las recaídas señala la importancia del análisis funcional de la conducta para su comprensión. Desde este referente se requiere registrar información sobre el patrón de consumo, los antecedentes y las consecuencias que refuerzan la conducta, para, desde ahí, intentar modificarla. Establece además una serie de factores de los que puede depender la probabilidad de una recaída. Entre ellos destacan las situaciones de riesgo, las habilidades de afrontamiento, las expectativas de autoeficacia y el efecto de transgresión de la abstinencia, entendido como el conjunto de respuestas afectivas y cognitivas aparecidas después de un consumo que rompe la abstinencia. A la hora de establecer un tratamiento serían determinantes los resultados obtenidos mediante la evaluación de estos aspectos.

El objetivo fundamental de la evaluación cognitiva o conductual está orientado a la consecución de un

cambio en la conducta problemática de consumo y en el estilo de vida del paciente, ya que en la práctica clínica se observan claramente relacionados ambos aspectos con el consumo. Así podemos ver que la conducta adictiva no se produce de manera aislada, sino asociada a otros comportamientos que conforman el estilo de vida de la persona. También es importante señalar que el inicio y mantenimiento de la conducta adictiva están fuertemente influidos por la interacción entre el entorno y las características individuales del sujeto, tanto biológicas como su historia de aprendizaje, y que por lo tanto en la evaluación debemos explorar todas las áreas de la vida del paciente, además de las variables físicas y psicológicas relacionadas directamente con el consumo.

Autoinformes de situaciones relacionadas con el consumo:

Intentan identificar situaciones asociadas al consumo o a las recaídas, y destacaríamos entre ellos:

Inventario de situaciones de bebida (IDS)¹⁵. Compuesto por 100 preguntas que abarcan las situaciones en las que se ha bebido en exceso durante el año previo y que las distribuye entre situaciones personales e interpersonales.

Inventario de situaciones precipitantes de recaída (RPI)¹⁶. Consta de 25 ítems que identifican las posibles situaciones de recaídas y a las que agrupa en tres factores: estados emocionales desagradables, acontecimientos externos y una disminución de la vigilancia respecto a las recaídas.

*Cuestionario de patrones de bebida*¹⁷. Recoge los diez tipos de situaciones que pueden aparecer como antecedentes relacionados con los problemas con la bebida: circunstancias ambientales, empleo, aspectos económicos, aspectos fisiológicos, relaciones interpersonales, relaciones de pareja, familia, hijos, aspectos emocionales, y situaciones estresantes vitales.

Autoinformes de variables cognitivas en relación al consumo:

Entre los cuestionarios que miden las variables cognitivas están aquellos que evalúan las expectativas del individuo hacia el alcohol, como por ejemplo el *Cuestionario de expectativas sobre el alcohol* (Alcohol Expectancy Questionnaire)⁶; el *Cuestionario de Información sobre el alcohol*¹⁸; la *Escala de efectos del alcohol* (Alcohol Effects Scale)¹⁹; el *Cuestionario sobre los efectos del alcohol*²⁰ y el *Cuestionario de actitudes hacia el alcohol*¹⁸. También disponemos de

otros instrumentos para la evaluación de las diferentes estrategias que el sujeto pone en marcha en relación al consumo y de la eficacia y efectividad de ellas, así podemos ver:

El *Inventario de habilidades de afrontamiento* (CBI)²¹. Consiste en un listado de 36 preguntas que incluye distintas estrategias de afrontamiento ante situaciones de consumo: evitación, búsqueda de ayuda, pensamientos negativos y positivos.

El *inventario sobre la efectividad de las conductas de afrontamiento* (ECBI)²². No sólo permite detectar las estrategias antes señaladas sino su efectividad en lograrlo.

El *Cuestionario de seguridad ante las situaciones* (Situational Confidence Questionnaire, SCQ)²³. Evalúa el concepto de autoeficacia, referido a la percepción del paciente sobre su capacidad para enfrentarse eficazmente al alcohol, para ello se le pide al paciente que imagine en cada una de las 100 situaciones que aparecen en el cuestionario y si sería capaz o no de resistirse al consumo.

El *Cuestionario de valoración cognitiva* (Cognitive Appraisal Questionnaire)²⁴. Está estructurada para determinar si la eficacia en el afrontamiento a situaciones de bebida se debe a fuertes expectativas de autoeficacia o a los pensamientos que experimenta el paciente ante dichas situaciones.

Deseo por la bebida y pérdida de control

La diversidad de estímulos y mecanismos que pueden inducir deseo (*craving*) se corresponden con experiencias altamente variables en diferentes personas, debido a ello su medición es muy complicada²⁵. En la práctica clínica es aconsejable el uso tanto de medidas del deseo actual en el momento de la evaluación, como del deseo global y principalmente el referido a un tiempo pasado. Esta información tiene varios beneficios, entre ellos el proporcionar datos acerca del nivel de dependencia global del paciente o de su capacidad para reconocer y controlar estados internos relacionados con el consumo, lo que resulta de utilidad para recomendar tratamientos alternativos apropiados. Proporcionan información con la que predecir el consumo durante el tratamiento, con lo que es posible decidir la intensidad y duración del mismo²⁶ y ayudar a los pacientes a una mayor comprensión de la gravedad de su adicción²⁵.

Los cuestionarios para la valoración de este fenómeno se pueden clasificar en escalas unidimensionales, frecuentemente de un ítem (escala analógica visual); cuestionarios multidimensionales, y cuestio-

narios de sintomatología teóricamente relacionada con el deseo. Las escalas analógicas, de un solo ítem, han ido cayendo en desuso debido a la poca precisión que han demostrado a medida que se desarrollaba la multidimensionalidad del fenómeno. Esto ha provocado el desarrollo de escalas multi-ítem²⁵ que valorasen los diversos componentes implicados.

Como los diferentes cuestionarios pueden considerarse de forma distinta los componentes implicados a la hora de seleccionar un cuestionario es importante considerar el aspecto que se desea valorar (deseo de experimentar efectos positivos, deseo de evitar emociones negativas o síntomas de abstinencia, deseo e intención de consumir, pérdida de control sobre el consumo, preocupación con pensamientos sobre el consumo). Hay que tener en cuenta que ciertos aspectos a valorar pueden caracterizar mejor la experiencia de unas personas que de otras, o que la experiencia de una persona puede cambiar en función de las circunstancias. También debe tenerse en cuenta el período valorado, actual o global, y que se elegirá en función de los objetivos del clínico o investigador.

Cuestionarios de un solo ítem:

Estos instrumentos incluyen preguntas del tipo: ¿cómo es de fuerte tu deseo por el alcohol?, ¿cuánto has deseado una bebida alcohólica cuando llevabas sin beber dos o más días?, a las que el paciente responde dentro de una escala entre 0 y 7 o 0 y 10 puntos (escala numérica) o con una marca sobre una línea entre dos puntos (escala visual)²⁶.

Cuestionarios multidimensionales:

La mayoría derivan del *Tiffany Questionnaire on Smoking Urges* (QSU) de Tiffany y Drobes, elaborado para medir el deseo de fumar y que mide cuatro dimensiones: deseo de fumar, intención de fumar, anticipación de consecuencias positivas y anticipación de alivio de emociones negativas o abstinencia²⁷. Entre los principales tenemos:

1. *Alcohol Craving Questionnaire*²⁸. Está destinado a determinar los factores incluidos en el deseo por la bebida (emotividad, capacidad de ser resuelto, compulsividad, expectativas), de forma que la pregunta relacionada con el «ansia» o deseo está incluida en la emotividad.

2. *Alcohol Craving Questionnaire-Now* (ACQ-Now)²⁸.

3. *Alcohol Urge Questionnaire* (AUQ)²⁹.

4. *Penn Alcohol Craving Scale* (PACS)³⁰. Es un

cuestionario de 5 ítems, valorados de 0 a 6, que incluye preguntas sobre la frecuencia, intensidad, y duración del deseo, la habilidad para resistir una copa y el grado de deseo global en la última semana.

5. *Desire for Alcohol Questionnaire* (DAQ)³¹.

Cuestionarios de sintomatología:

Incluyen preguntas relacionadas con la sintomatología supuestamente asociada a la aparición del deseo subjetivo²⁷. Entre ellos podemos destacar:

1. *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale for Heavy Drinking* (Y-BOCS-hd)³².

2. *Obsessive Compulsive Drinking Scale* (OCDS)³³. Antón analiza el fundamento de utilizar la Obsessive Compulsive Drinking Scale (OCDS) para medir los pensamientos obsesivos de consumo, y basándose en esta escala desarrolla un cuestionario sobre los componentes obsesivo-compulsivos de la bebida. Consta de 14 preguntas agrupadas en torno a la preocupación por la bebida (componente obsesivo) y al consumo (componente compulsivo). Sin embargo el análisis factorial del instrumento no refleja esos dos factores en población española³⁴.

Como señalamos anteriormente, debido a la multidimensionalidad del deseo, cada instrumento puede ser más apropiado para medir aspectos diferentes, así el AUQ mide mejor niveles muy recientes, mientras que el OCDS mide el deseo experimentado a lo largo de una semana. Flannery compara tres cuestionarios (PACS, OCDS y AUQ) para determinar su utilidad y predecir el consumo durante el tratamiento. Comprueba que los tres proporcionan información útil para la predicción, aunque el PACS y el OCDS son mejores predictores con relación al resultado de tratamiento. También sugiere que el recuerdo retrospectivo del deseo puede ser más útil que las medidas de autoinforme de deseo actual. Por otra parte considera el AUQ más adecuado para la autoadministración en situaciones experimentales y para estudios de reactividad a estímulos³⁵.

Si bien las preguntas relacionadas con la pérdida de control suelen estar recogidas en diferentes instrumentos destinados a evaluar la dependencia, como el caso del *Severity of Alcohol Dependence Questionnaire* (SADQ-C)³⁶ y la *Escala de Intensidad de la dependencia del alcohol*³⁷, en los últimos años han aparecido instrumentos específicamente diseñados para evaluar la pérdida de control (*priming*). El *Impaired Control Scale* (ICS) desarrollado por Heather et al³⁸ evalúa los intentos por controlar el consumo, las dificultades para el control y la percepción subjetiva del

control. La «pérdida de control» está recogida en el apartado de intentos por controlar (intención de beber más lentamente) y en el apartado de la dificultad de controlar (dificultad para parar el consumo una vez que se había iniciado).

Dependencia

La dependencia alcohólica puede ser evaluada con tres diferentes tipos de instrumentos, éstos se pueden diferenciar según estén centrados en la dependencia y sus consecuencias, aquellos que estén basados en el concepto del síndrome de dependencia propuesto por Edwards; y los dirigidos a medir la gravedad del síndrome de abstinencia por el alcohol.

Respecto al primer grupo disponemos, entre otros, de la *Escala de dependencia del alcohol* (ADS)³⁹ es un instrumento autoaplicado de 25 preguntas que suelen constestarse en unos 10 minutos. Las preguntas se refieren a los problemas que han existido en los últimos doce meses. Es muy utilizada en Estados Unidos. De características parecidas es el denominado *Datos sobre dependencia alcohólica* (ADD)⁴⁰, compuesto de 39 ítems que recogen desde síntomas de abstinencia hasta otros problemas por el consumo. De esta escala existe una versión breve (SADD) con 15 ítems.

En el segundo grupo tendríamos el *Severity of Alcohol Dependence Questionnaire* (SADQ)⁴¹, está formado por 33 ítems repartidos en cinco subescalas que se corresponden con cinco dimensiones del síndrome de dependencia alcohólica: a) síntomas físicos y b) psicológicos relacionados con la abstinencia, c) las conductas para aliviar el síndrome de abstinencia, d) datos sobre consumo y e) la rapidez con que se reinstauran los síntomas tras la recaída. También existe una versión española de este instrumento⁴². Posteriormente han aparecido dos versiones del SADQ, una de 20 ítems y otra de 24, de las cuales la primera no aporta ninguna novedad respecto del SADQ original de 33 ítems, y la segunda se diseñó para ser utilizada en atención primaria y además incluye una subescala de control. Tomando como base el SADQ de 24 ítems se ha desarrollado el EIDA (*Escala de Intensidad de la Dependencia Alcohólica*) que consta de 30 preguntas repartidas en las siguientes seis subescalas: a) síntomas físicos, b) psicológicos, c) conductas para aliviar el síndrome de abstinencia, d) consumo de alcohol, e) dificultades para el control, y f) reaparición de los síntomas con la recaída⁴³. Todas las versiones son autoaplicadas y duran unos 2-5 minutos.

En lo referente a la valoración del síndrome de abstinencia, el instrumento más utilizado en nuestro país es la *Escala del síndrome de abstinencia* de Soler et al⁴⁴ constituida por 12 ítems, puntuados de 0 a 3, que el clínico cumplimenta tras la observación del paciente. Existe una versión que difiere de la original en la sustitución de la CPK por la GGT. La *escala de valoración de la abstinencia al alcohol del Instituto Clínico (CIWA-A)* está muy extendida en el ámbito anglosajón y consta de 15 ítems que pueden ser evaluados por el médico o por personal de enfermería.

Problemas asociados al uso de alcohol

En la dependencia alcohólica también es importante la valoración de los problemas relacionados con el consumo de alcohol y que se mantienen incluso después de haber dejado de beber. Establecer este tipo de problemas es importante porque el clínico debe abarcar en su evaluación dimensiones más amplias que las de la detección y el diagnóstico. Existen otros problemas distintos de la cantidad ingerida y de la dependencia que han de ser considerados separadamente y que nos servirán para orientar el tipo de intervenciones específicas que las resuelvan.

Entre los instrumentos más conocidos en este campo están el *Índice de Problemas por el alcohol de Rutgers (RAPI)*⁴⁵ y el *Índice de Problemas por la bebida (DPI)*⁴⁶. El primero es una escala de 23 preguntas, que aunque en principio se diseñó para adolescentes también puede utilizarse en adultos. El segundo se diseñó para bebedores adultos y constaba de 17 preguntas. Posteriormente se desarrolló otro de 27 preguntas para adolescentes⁴⁷.

Similar a los anteriores sería el *Inventario de Consecuencias por la bebida (DrInC)*⁴⁸, que está compuesto por cinco escalas, y cada una de ellas tiene entre 7 y 12 preguntas que abarcan las repercusiones físicas, sociales, intrapersonales, de control de impulsos e interpersonales. Los 50 problemas recogidos en dicho instrumento pueden haber ocurrido en cualquier momento de la vida o durante los tres últimos meses. Finalmente otro cuestionario que está validado en nuestro país por Monras et al⁴⁹ es el *Cuestionario de Problemas por el alcohol (APQ)*⁵⁰, lo componen 44 preguntas que abarcan los problemas tenidos en los últimos 6 meses. Está dividido en cuatro apartados, uno de ellos general y los otros tres a cumplimentar según características sociodemográficas del sujeto, como el estar casado, tener hijos o disponer de trabajo. Las 23 preguntas del apartado general incluyen problemas con los amigos, económicos,

legales, físicos y afectivos.

Entrevistas e instrumentos multidimensionales

El empleo de cuestionarios que comprendan ítems para diversas áreas de exploración nos permite evitar la utilización consecutiva de varios. En la actualidad disponemos de diversos cuestionarios y entrevistas que cumplen estas características, de entre ellos podemos destacar:

*Inventario sobre el uso del alcohol (AUI)*⁵¹. Es el más utilizado, se trata de un cuestionario autoaplicado de menos de una hora de duración. Incluye 228 preguntas repartidas en 24 escalas. Las 17 primeras escalas representan los siguientes factores de primer orden: motivaciones para beber, patrones de consumo, dependencia física, pérdida de control, problemas de pareja y disposición a hacer cambios en relación a su consumo.

*Índice de Severidad de la Adicción (ASI)*⁵². Es una entrevista estructurada de unos cuarenta minutos de duración que abarca ocho aspectos de la problemática del dependiente, tales como problemas médicos, laborales, uso de alcohol y drogas, legales, familiares, psicológicos y otros problemas. Tras la entrevista el evaluador ha de dar una puntuación sobre la gravedad por él estimada en cada una de las áreas evaluadas. Existe una versión europea de dicho instrumento, el European Addiction Severity Index (EuropASI).

El perfil de bebida (*Comprehensive Drinking Profile, CDP*)². Es una entrevista estructurada de dos horas de duración que consta de 88 preguntas agrupadas en: consumo de alcohol, problemas de la vida diaria, ambientes en los que bebe, tipo de bebidas preferidas, antecedentes médicos, otras conductas como el uso de drogas. Existe una versión abreviada para la evaluación del seguimiento y para pasarlo a familiares.

La *entrevista estructurada de valoración de adicciones para seleccionar el tratamiento (ASIST)*⁵³, incluye patrones de uso de drogas y alcohol, problemas médicos y psicológicos, familiares, de empleo, psiquiátricos, resultados de tratamientos anteriores, y preferencias en el tratamiento.

El *alcoholismo esencial-reactivo (ERA)*⁵⁴ tiene como modelo conceptual subyacente la teoría psicoanalítica. Incluye 69 preguntas, de las cuales 14 son abiertas, y evalúa ocho dimensiones tales como: dependencia económica, dependencia emocional, persistencia en las tareas, edad de inicio del consumo abusivo de alcohol, circunstancias precipitantes, relaciones con los amigos, rasgos caracteriales, síntomas gas-

trointestinales, necesidad de gratificaciones orales, y necesidad de consumo de bebidas alcohólicas. Las puntuaciones bajas apuntan a un alcoholismo reactivo y las altas al esencial.

La *entrevista para sujetos alcohólicos* de Ellis⁵⁵, recoge una serie de características importantes a la hora de establecer la terapia racional emotiva.

El *Cuestionario de diagnóstico de abuso de drogas en adolescente* (ADAD)⁵⁶ fue diseñado para establecer el diagnóstico, planificar el tratamiento y para investigación. De forma similar al ASI cubre nueve áreas, cuya puntuación refleja la necesidad de tratamiento en

cada una de ellas.

El *Perfil de autoevaluación del adolescente* (ASAP)⁵⁷, es un cuestionario de 203 preguntas con varias respuestas posibles que cubre una serie de variables asociadas potencialmente con el abuso de sustancias en adolescentes. Contiene 20 escalas básicas que cubre los aspectos familiares, psicológicos, relaciones con los compañeros, problemas escolares, alteraciones de conducta y uso de drogas.

El *Inventario de experiencias personales* (PEI)⁵⁸, desarrollado para adolescentes, incluye dimensiones como la gravedad de la dependencia, comienzo del

Bibliografía

- Rubio G, López M. Validación del Cuestionario sobre los componentes obsesivo-compulsivo de bebida en alcohólicos españoles. *Adicciones* 1999;11:7-16.
- Miller WR, Marlatt GA. *Manual for the Comprehensive Drinker Profile*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, 1984.
- Horn JL, Wanberg KW, Foster FM. *Guide to the alcohol use inventory*. National Computer Systems, Minneapolis, MN, 1987.
- Annis HM. *Situational confidence questionnaire (SCQ-39)*. Addiction Research Foundation. Toronto, 1987.
- Heather N, Stallard A, Tebbut J. Importance of substance cues in relapse among heroin users: Comparison of two methods of investigation. *Addict Behav* 1991;16:41-9.
- 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.
- Rohsenow DJ. Drinking habits and expectancies about alcohol's effect for self versus others. *J Consult Clin Psychol* 1983;51: 752-6.
- Collins RL, Lapp WM, Emmons KM, Issac LM. Endorsement and strength of alcohol expectancies. *J Stud Alcohol* 1990;51:336-42.
- Brown SA, Christiansen BA, Goldman MS. Alcohol Expectancy Questionnaire: An instrument for the assessment of adolescent and adult alcohol expectancies. *J Stud Alcohol* 1978;48:483-91.
- Torabi MR, Veenker CH. An Alcohol attitude scale for teenagers. *J School Health* 1986;56:96-100.
- Prochaska JO, DiClemente CC. Toward a comprehensive model of change. En: Miller WR y Heather N (eds). *Treating addictive behaviors: Processes of change*. New York: Plenum Press 1986;3-27.
- Miller WR. The stages of change readiness treatment eagerness scale (SOCRATES, versión 6.0). Documento no publicado. University of New Mexico, Center on Alcoholism, Substance abuse and addictions (CASAA), 1993.
- 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;87:743-54.
- 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;35:270-5.
- Annis HM. *Inventory of drinking situations*. Addiction Research Foundation. Toronto, 1982.
- Litman GK, Eiser JR, Rawson NSB, Oppenheim AN. Towards a typology of relapse: a preliminary report. *Drug Alcohol Depend*. 1977;2: 157-62.
- Zitter R, McCrady BS. *The drinking patterns questionnaire (1979)*. Manuscrito no publicado. La versión española en McCrady B, Rodríguez R, Otero-López JM. *Los problemas de la bebida: Un sistema de tratamiento paso a paso*. Pirámide. Madrid, 1998.
- Macía D. *Cuestionario acerca de las actitudes hacia el alcohol y Cuestionario de información acerca del alcohol. Método conductual de prevención de la Drogodependencia*, Valencia, Promolibro, 1986.
- Southwick L, Steele C, Marlatt GA. Alcohol related expectancies: Defined by phase of intoxication and drinking experience. *J. Consult. Clin. Psychol* 1981;49:713-21.
- Leigh BC. Beliefs about the effects on alcohol on self and others. *J. Stud. Alcohol* 1987;48:467-75.
- Litman GK, Stapleton J, Oppenheim AN, Peleg M, Jackson P. An instrument for measuring coping behaviours in hospitalized alcoholics. Implications for relapse prevention and treatment. *Br. J. Addict*. 1983;78:269-76.
- Litman GK, Stapleton J, Oppenheim AN, Peleg M, Jackson P. The relationship between coping behaviours, their effectiveness and alcoholism relapse and survival. *Br J Addict* 1984;79:283-91.
- Annis HM. *Situational confidence questionnaire*. Addiction Research Foundation. Toronto, 1982.
- Annis HM. *Cognitive appraisal questionnaire*. Addiction Research Foundation. Toronto, 1982.
- Anton RF. What is craving? Models and implications for treatment. *Alcohol Research and Health* 1999;23:165-73.
- Drobes DJ, Thomas SE. Assessing craving for alcohol. *Alcohol Research and Health* 1999;23:179-86.
- Lowman C, Hunt W, Litten R, Drummond C. Research perspectives on alcohol craving: an overview. *Addiction* 2000;95 (supl. 2):45-54.

28. Singleton EG, Henningfield JE, Tiffany S. Alcohol Craving Questionnaire: ACQ-Now: background and administration manual. Baltimore: NIDA Addiction Research Centre, 1994.
29. Bohn MJ, Kran DD y Staehler BA. Development and initial validation of a measure of drinking urges in abstinent alcoholics. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 1995;19:600-6.
30. Flannery BA, Volpicelli JR, Pettinati HM. Psychometric properties of the Penn Alcohol Craving Scale. *Alcohol Clin Exp Res* 1999;23:1289-95.
31. Clark D, James N, Petry N, Exner A, Williams A, Norman P (1996). The development and validation of a questionnaire on cravings and urges for alcohol.
32. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Delgado P, Heninger GR, et al. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. II. Validity. *Arch Gen Psychiatry* 1989;46:1012-6.
33. Anton R. Obsessive-compulsive aspects of craving: development of the Obsessive Compulsive Drinking Scale. *Addiction* 2000;95 (supl. 2):S211-17.
34. Rubio G, López M. Validación del Cuestionario sobre los componentes obsesivo-compulsivo de bebida en alcohólicos españoles. *Adicciones* 1999;11:7-16.
35. Flannery B, Roberts A, Cooney N, Swift R, Anton R, Rohsenow D. The Role of Craving in Alcohol Use, Dependence, and Treatment. *Alcoholim: Clinical and Experimental Research*, 2001;25:299-308.
36. Stockwell TR, Sitharthan T, McGrath D, Lang E. The measurement of alcohol dependence and impairment control in community samples. *Addiction* 1994;89:167-74.
37. Rubio G, Urosa B, Santo-Domingo J. Validación de la escala de la intensidad de la dependencia al alcohol (EIDA). *Psiquiatría Biológica* 1998;(supl. 1):5:44-7.
38. Heather N, Tebbutt JS, Mattick RP, Zamir R. Development of a scale for measuring impaired control over alcohol consumption: a preliminary report. *J Stud Alcohol* 1993;54:700-9.
39. Skinner HA, Holt S. Alcohol Dependence Scale (ADS) user's guide. Addiction Research Foundation. Toronto, 1984.
40. Raistrick D, Dunbar G, Davidson R. Development of a questionnaire to measure alcohol dependence. *Br J Addict* 1983;78:89-95.
41. 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.
42. 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;12:385-9.
43. 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 Clín Esp* 1998;198:11-4.
44. Soler PA, et al. Clínica del Alcoholismo. En Freixa F, et al (dirs). *Toxicomanías: Un enfoque multidisciplinario*. Fontanella, Barcelona, 1981.
45. White HR, Labouvie EW. Towards the assessment of adolescent problem drinking. *J Stud Alcohol* 1989;50:30-7.
46. Finney JW, Moos RH, Brennan PL. The Drinking Problems Index: A measure to assess alcohol-related problems among older adults. *J Sub Abuse* 1991;3:395-404.
47. Hurlburt SC, Sher KJ. Assessing alcohol problems in college students. Presentado al Congreso anual de la Asociación para el Avance de la Terapia de Conducta, San Francisco, Noviembre 1990.
48. Miller WR, Tonigan JS, Longabaugh R. DrInC: An Instrument for assessing adverse consequences of alcohol abuse. Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 1994.
49. Monrás M, Gual A, Palau N. SADQ y APD. Validación de dos tests para evaluar la gravedad del alcoholismo. *Adicciones* 1997;9:507-28.
50. Williams BT, Drummond DC. The Alcohol Problems Questionnaire: reliability and validity. *Drug Alcohol Depend* 1994;35:239-43.
51. Horn JL, Wanberg KW, Foster FM. Guide to the alcohol use inventory. National Computer Systems, Minneapolis, MN, 1987.
52. 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.
53. Addiction Research Foundation. A structured addictions assessment interview for selecting treatment. Toronto, 1984.
54. Jacobson GR. The alcoholism: detection, assessment and diagnosis. New York: Human Sciences Press, 1976.
55. Ellis A, Mcinerney JF, Diguseppe R, Yeager RJ. Rational-emoive therapy with alcoholics and substance abusers. Pergamon Inc, 1988.
56. Friedman AS, Utada A. A method for diagnosing and planning the treatment of adolescent drug abusers: The Adolescent Drug Abuse Diagnosis (ADAD) instrument. *J Drug Edu* 1989;19:285-312.
57. Wanberg KW. Adolescent Self Assessment Profile. Arvada, CO: Center for Alcohol/Drug Abuse Research and Evaluation, 1991.
58. Winters KC, Henley GA. Personal Experience Inventory test and manual. Los Angeles, CA: Western Psychological Services, 1989.

uso de drogas y frecuencia de consumo de las mismas, factores de riesgo personal, factores de riesgo ambiental, acontecimientos traumáticos, conductas relacionadas con el engaño o la simulación.