

## VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO DIAGNÓSTICO PARA LA DETECCIÓN DEL ALCOHÓLICO ENMASCARADO (ESTUDIO PILOTO)

*Martín NIZAMA (\*) y Horacio VARGAS (\*\*)*

*El bebedor enmascarado puede mantenerse como tal durante 10 a 15 años; esta etapa es considerada como una fase temprana del alcoholismo. El alcohólico no tiene conciencia de enfermedad, por lo que resulta imprescindible trabajar con la familia y usar un instrumento que pueda ser respondido por ella. En el presente estudio piloto se propone un instrumento diagnóstico familiar para la detección del alcohólico enmascarado, que consta de 98 preguntas, redactadas con lenguaje popular fácilmente comprensible. Se realizó la encuesta en 50 familiares de pacientes alcohólicos (casos) y 50 familiares de pacientes no alcohólicos (controles), todos pertenecientes al Departamento de Farmacodependencia del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado -Hideyo Noguchi" (INSM "HD-HN"). El instrumento arrojó una sensibilidad de 100%, especificidad de 98%, valor predictivo positivo de 98% y valor predictivo negativo de 100%. El alpha de Cronbach de la escala (confiabilidad) fue de 0.94 para los casos y de 0.81 para los controles y el coeficiente de correlación de Pearson (validez) fue válido para la mayoría de los reactivos.*

**PALABRAS CLAVE :** Alcoholismo - Instrumento - Validez - Confiabilidad .

## VALIDITY OF MASKED ALCOHOLISM DIAGNOSTIC INSTRUMENT (PILOT STUDY)

*A person can be a masked drinker for 10 to 15 years; it is an early stage of alcoholism. An alcoholic doesn't have illness awareness, work with the family and a suitable tool are necessary. In the present pilot survey, it is proposed a familiar diagnosis instrument to detect*

(\*) Médico Psiquiatra, Jefe del Modelo Familiar: Enfoque Ecológico de las Adicciones. Departamento de Farmacodependencia. Instituto Nacional de Salud Mental -Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". Profesor Asociado de los Departamentos Académicos de Psiquiatría de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú  
Calle Alfredo Salazar 314. Of. 303. Torre de Consultorios Anglo Americana. San Isidro. Lima.  
E.mail: maniva@amnet.com.pe.

(\*\*) Médico residente de Psiquiatría III año, INSM "HD-HN", UPCH.

*masked alcoholics. It consists on 98 questions, worded with an easily comprehensible popular language, which is filled by familiars. It was accomplished a survey in 50 alcoholic patients familiars (cases) and 50 non-alcoholic patients familiars (controls), all of them from the National Mental Health Institute Pharmacodependence Department "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi". This instrument proved a 100% sensibility, a 98% specificity, a 98% positive predictive value and a 100% negative predictive value. The scale Crobach alpha (reliability) was of 0.94 for cases and 0.81 for controls and the Pearson correlation coefficient (validity) was valid for most of reactives. In conclusion: the instrument results helpful to masked alcoholic detection because of its high sensibility, specificity, reliability and validity.*

**KEY WORDS :** *Alcoholism - Instrument - Validity - Reliability.*

## INTRODUCCIÓN

Las bebidas alcohólicas han sido utilizadas por el hombre a lo largo de la historia, comenzando con bebidas fermentadas de bajo contenido alcohólico. En la Edad Media, cuando los árabes introdujeron en Europa la técnica de la destilación, los alquimistas creyeron encontrar en el alcohol el largamente buscado elixir de la vida. El alcohol se utilizó entonces como una panacea, muy utilizado en prácticamente todas las enfermedades, según lo indica la equivalencia del vocablo whisky, que significa en galés: usquebaugh, "agua de la vida". Actualmente, se sabe que no tiene valor terapéutico y que por el contrario, resulta nocivo; el consumo crónico y excesivo de alcohol es un problema de salud pública (47).

En el Perú precolombino, la única bebida alcohólica usada fue la chicha, bebida producto de la fermentación del maíz (*Zea mays*); y aún se consume en las tres regiones naturales del país. La chicha de los antiguos peruanos tenía un reducido contenido alcohólico y su uso fue de tipo ceremonial y festivo (27). Con los

colonizadores españoles, se difundió el consumo desmedido de alcohol entre los aborígenes; al inicio se consumió vino y posteriormente, licor destilado de caña; el mismo que hoy es una de las bebidas representativas del Perú indígena (27).

En un estudio realizado en los Estados Unidos de América (EUA), el alcoholismo fue el trastorno psiquiátrico más frecuente. Se encontró que cerca del 85% de los estadounidenses mayores de 12 años y no institucionalizados, habían tomado alcohol una o más veces en sus vidas; el 68% lo había consumido durante el último año; y el 51% en el mes anterior al estudio. Otro de los hallazgos fue que entre un 30% y un 40% de todos los adultos, en esa nación, habían presentado por lo menos una vez en sus vidas, algún problema derivado del consumo de alcohol (23). Por otro lado, casi el 16% de los adultos pueden ser diagnosticados de abuso o dependencia de alcohol, en algún momento de la vida (7). El 10% de las mujeres y el 20% de los hombres cumplen criterios para abuso de alcohol, durante el transcurso de la vida, y entre un 3% y un 5% de las mujeres y un 10% de los hombres cumplen

criterios para dependencia de alcohol (23). Se calcula que en EUA, 10 millones de personas son alcohólicas o tienen graves problemas relacionados con el alcohol (7).

En Latinoamérica se han realizado numerosos estudios concernientes a los problemas derivados del alcohol y actualmente se sabe que el alcohol es la droga legal de mayor uso, con prevalencias de consumo que fluctúan entre el 40% y 70% (28). Por otro lado, los datos latinoamericanos de dependencia o uso excesivo de alcohol dan cifras entre 5% y 25% (5, 28, 51). De allí la importancia del uso de procedimientos para un diagnóstico precoz (4).

En el Perú, el alcoholismo constituye la principal dependencia a sustancias psicoactivas y produce el mayor impacto deletéreo en el plano personal, familiar y social (6, 48), sobre todo en población adulta joven. Estudios nacionales efectuados entre los años 1986 a 1995, indican que la prevalencia de vida (PV) del consumo de bebidas alcohólicas en la población comprendida entre los 12 a 45 años, varió entre 83.5% y 87.9% (8, 10, 22, 45). La prevalencia de dependencia alcohólica oscila entre 9% y 25% (5, 22, 27, 29, 30, 48); estimando en cifras absolutas, la prevalencia que fluctúa entre el 10% y 20%. Actualmente, existirían en el Perú alrededor de 1 a 2 millones de alcohólicos, enfermedad con gran impacto social, principalmente familiar. Afectaría a una población de 4 a 8 millones de personas, principalmente adultas, lo cual incide negativamente en la producción y en el desarrollo nacional (48). Los estudios revelan que el consumo de alcohol se ha incrementado de manera acelerada en las últimas cinco décadas. Así, el consumo per cápita de alcohol, expresado en alcohol absoluto, fue

2.96 lt., 7.22 lt., y 7.65 lt. en los años 1940, 1970 y 1980 respectivamente (6). No se conocen datos para la década de 1990, aunque se observa un fenómeno de alcoholización masiva en todos los segmentos sociales y en los diferentes grupos étnicos de la comunidad nacional.

Respecto a la definición clínica de alcoholismo, existe un vacío para el diagnóstico precoz en las clasificaciones de la Organización Mundial de la Salud (40) y de la Asociación Psiquiátrica Americana (3); los criterios clínicos están diseñados para diagnosticar alcoholismo avanzado y terminal, sin considerar mayormente, estadios tempranos de la historia natural del alcoholismo. Se conoce que el alcoholismo es una adicción de evolución inicial silenciosa y muy lentamente progresiva y a la vez es negada obcecadamente por el bebedor, debido a la falta de conciencia de enfermedad (1, 14, 37). Por otro lado el alcohol es una sustancia culturalmente aceptada por la comunidad (droga legal).

Los aportes de diversos autores han ido perfilando, cada vez más, el concepto y el diagnóstico de dependencia de alcohol. Un ejemplo es la historia clínica semiestructurada en dependencia de drogas diseñada por Nizama y colab. (31). Sin embargo, a falta de un estándar definitivo para establecer la validez de un diagnóstico psiquiátrico y concretamente de dependencia de alcohol, a menudo es controversial juzgar el valor de un determinado instrumento diagnóstico (7).

En general, los instrumentos o técnicas diagnósticas deben cumplir una serie de características, tales como seguridad, viabilidad y fiabilidad o consistencia. Cualquier procedimiento diagnóstico debe ser

capaz de producir resultados fiables al medir el mismo fenómeno. La consistencia se mide evaluando el grado de acuerdo entre dos examinadores (fiabilidad entre examinadores) en base a sus juicios diagnósticos o al grado de acuerdo del test en dos ocasiones distintas (fiabilidad test - retest), las cuales deben ser características esenciales de cualquier prueba diagnóstica (7). Los diagnósticos utilizados, sea en la clínica o en la investigación, tienen que ser precisos. Sin embargo, como no existe ningún estándar absoluto para establecer diagnósticos definitivos, es difícil saber cómo evaluar la validez (7). La detección del alcoholismo en estadios iniciales de la enfermedad, en población que asiste a servicios de atención primaria de salud, permitiría la intervención precoz, con lo que el tratamiento podría ser más eficaz y el pronóstico más favorable (2, 53, 54); y se constituiría realmente, en una intervención de medicina preventiva (50).

Los primeros estudios para el diagnóstico del alcoholismo mediante el uso de cuestionarios fueron hechos en EUA durante la finalización de la Segunda Guerra Mundial (15). En Alemania, el primer intento de diagnosticar el alcoholismo mediante una prueba de cuestionario se efectuó en 1969, con la traducción y adaptación de la prueba anglo americana Manson Evaluation Test (26), pero no satisfizo las expectativas de los investigadores germanos. En 1976 aparece en Suiza el Cuestionario para Drogadicción y Alcoholismo en Basilea (BDA), creado por Ladewing y colab. (24). Ese mismo año aparece el Test Abreviado de Alcoholismo (KFA) publicado en Alemania por Feuerlein y colab. (11). El primero de ellos tiene el inconveniente de no explorar las alteraciones somáticas ocasionadas por el alcoholismo. El segundo si las explora y además, intenta

superar las dificultades propias de los cuestionarios autoadministrados, empero no resultó completo.

En 1977 Feuerlein y colab. superaron estas dificultades con la publicación del Münchner Alkoholismus Test (MALT), de origen alemán (12, 13). De esta forma nació el cuestionario MALT con sus dos partes: MALT-F con 7 preguntas ponderadas con 4 puntos cada una y MALT-S con 24 preguntas ponderadas con valor unitario cada una, por respuesta positiva. Los ítems del MALT-S están referidos a los períodos en los que no hay consumo de alcohol. Las siete preguntas del MALT-F están basadas en los resultados del interrogatorio, de la exploración clínica y de las pruebas del laboratorio hechas al paciente, y sobre estos hallazgos descansa la objetividad del test. El MALT fue traducido al español en 1980 y aplicado a un grupo de alcohólicos en Cuenca, Ecuador por Pacurucu y colab. (42, 43, 44). Este estudio demostró en 179 alcohólicos la gran sensibilidad de la prueba, ya que no se presentó ningún caso de diagnóstico falso negativo. Este autor encontró alta validez ( $r = 0.84$ ) con una sensibilidad de 99% y especificidad de 80% que se acercaba estadísticamente al estudio alemán, que obtuvo sensibilidad de 98% y especificidad del 100%. En 1981, Rodríguez Martos (46) adapta y valida el MALT en Barcelona, España, obteniendo una sensibilidad del 100% y una especificidad del 88%. En 1986, el MALT fue utilizado en un estudio epidemiológico en el Estado de Tabasco, México (16). El porcentaje de clasificación correcta, fue de 92% (16, 17, 18, 19, 20). En nuestro medio, el MALT fue validado por López Hartman y colab. en 1990, en una población de Lima Metropolitana (25, 47), reportándose una sensibilidad del 100% y una especificidad del 86%.

El MALT constituye uno de las pruebas más fiables; sin embargo, su aplicación debe ser efectuada sólo por personal médico; por lo que la Escala Breve de Beber Anormal (EBBA), más breve y sencilla, resulta más práctica. La EBBA ha sido validada en Chile por Orpinas y colaboradores en 1991 (41) y se encuentra en proceso de validación en el Departamento de Farmacodependencia (DFD) del INSM "HD-HN". El EBBA procede de dos escalas: el Michigan Alcoholism Screening Test (MAST), que consta de 25 preguntas autoadministrables acerca del consumo de alcohol y las consecuencias de su uso (49); y el CAGE, cuyas iniciales (en inglés), corresponden a cuatro preguntas realizadas a los pacientes: "cut down", "anoyed", "guilty" y "eye openes". El CAGE fue desarrollado por Ewing y Rouse en 1970 (9) y validado por Mayfield y colaboradores en 1974 en los EUA.

Existen también otros instrumentos diagnósticos de alcoholismo, como: Items de Jellinek, Shor-MAST, cuestionario de Le-Go, History of Trauma Scale (HTS), Earlier Indicators of Alcohol Abuse, Adolescent Alcohol Involvement Scale (AAIS), Addiction Severity Index (ASI), Severity of Alcohol Dependence Questionnaire (SADQ), Spare Time Activities Questionnaire (STAQ), Drug Abuse Screening Test (DAST), Alcohol - Related Problems Questionnaire (ARP), Self-Administered Alcoholism Screening Test (SAAST), Alcohol Dependence Scale (ADS), Alcohol Use Inventory (AUI), The Chemical Use y el Abuse and Dependence Scale (CUAD) (7). Estos instrumentos, así como los anteriormente mencionados, están dirigidos al paciente, pudiendo alterarse la fiabilidad de los resultados cuando el paciente no responde de forma veraz (1). La falta de conciencia de enfermedad se caracteriza por

la negación irreductible de la conducta adictiva, con encubrimiento o minimización del consumo, lo cual origina carencia de motivación para el tratamiento y la rehabilitación. Los enfermos usan la evasión, el boicoteo o la simulación para manipular el entorno familiar; o manifiestan rechazo o resistencia al tratamiento. Se reconoce como regla general, que todo dependiente de alcohol, nicotina, marihuana, PBC o inhalables, presentan inconsciencia de enfermedad (14, 32-38).

Por otro lado, el médico no siempre dispone de una correcta información anamnéstica sobre el paciente alcohólico (1), no vive con éste y su conocimiento se limita a la estrecha ventana temporal de la entrevista, por lo que estos instrumentos tienen limitaciones cuando son aplicados en estadios tempranos de la enfermedad (etapa enmascarada o encubierta). Una persona puede ser alcohólica encubierta o enmascarada durante 10 a 15 años, sin que su familia se percate de esta condición. (39). La familia, que sí convive con el paciente, sufre las consecuencias psicológicas, físicas, sociales y económicas de la enfermedad. Sin embargo, no existe en la actualidad un instrumento de diagnóstico familiar para la detección temprana del alcoholismo. Por este motivo se hace imprescindible contar con un instrumento, que usando un lenguaje sencillo y propio de la cultura alcohólica, pueda ser respondido por los familiares del paciente. La detección temprana de la enfermedad aún es altamente limitada por la dificultad para establecer el diagnóstico precoz. Al respecto, Feuerlein y colab. (12) señalan que sólo es posible diagnosticar con un alto grado de certeza, los casos extremos, es decir, el alcohólico crónico; pero en aquellos casos que se encuentran en un estadio temprano o cuando no se presenta

una sintomatología clara, el grado de dificultad para establecer el diagnóstico aumenta en forma notable.

La mayoría de los síntomas del alcoholismo son inespecíficos, y se les otorga significado cuando se les combina en forma típica en relación a una historia previa de abuso de alcohol. El problema radica en hallar aquellas características que por sí solas, y sobre todo en una íntima reciprocidad, presenten la más elevada capacidad diagnóstica (21). El proceso de convertirse de bebedor social a bebedor problema y luego a bebedor dependiente es lento, silencioso y progresivo, pero se puede detectar mediante el registro de los cambios sutiles de conducta que presenta el bebedor problema (52). En nuestro país existen organismos estatales y privados que desean realizar acciones de prevención, tratamiento y rehabilitación del alcohólico; sin embargo, para poder intervenir con éxito, es indispensable contar con elementos de diagnóstico fácilmente operables (25).

Todos los esfuerzos que se realicen para modificar la gravedad, la frecuencia y la extensión de las formas patológicas de consumo de alcohol, serán inversiones para el bienestar de la colectividad (25). Por ello, en el presente estudio, se propone un instrumento diagnóstico familiar para la detección del alcohólico enmascarado, basado en un cuestionario redactado con un lenguaje popular fácilmente comprensible; el mismo que es llenado por familiares que conviven por lo menos un año con el sujeto bebedor. Este es el primer instrumento diagnóstico familiar propuesto en el ámbito nacional e internacional para la detección temprana de alcoholismo y constituye un aporte original e innovador.

## OBJETIVOS

Objetivo general: Validar un instrumento diagnóstico para detección del alcohólico enmascarado.

### Objetivos específicos:

1. Crear un instrumento de detección de pacientes con dependencia alcohólica enmascarada.
2. Aplicar el instrumento y probar la sensibilidad y especificidad del mismo entre los familiares de pacientes alcohólicos.
3. Implementar el cuestionario como una prueba de tamizaje a ser utilizada en otros establecimientos de salud y en poblaciones en riesgo.
4. Habilitar a la familia para el diagnóstico del alcoholismo incipiente, mediante la utilización de un instrumento confiable.
5. Ampliar la cobertura de detección de casos de dependencia alcohólica.

## HIPÓTESIS

1. El cuestionario propuesto es un instrumento eficaz para la detección de pacientes con dependencia alcohólica incipiente.
2. El instrumento tiene alta sensibilidad y especificidad.
3. La validez y confiabilidad del cuestionario son elevadas.
4. El instrumento permite a la familia realizar el diagnóstico oportuno de alcoholismo enmascarado.

## SUJETOS Y MÉTODO

Se realizó un estudio pre-piloto, para lo cual se aplicó el cuestionario a 20 familiares de pacientes alcohólicos, atendidos en el Modelo Ecológico Familiar de las Adicciones del DFD del INSM “HD-HN”, lo que permitió hacer las modificaciones pertinentes para afinar el instrumento. Posteriormente se realizó el estudio piloto, para lo cual se aplicó el cuestionario en:

1. Cincuenta familiares de pacientes alcohólicos, atendidos en el modelo anteriormente citado, aplicándolo al familiar alcohólico (casos).
2. Cincuenta familiares de personas alcohólicas, atendidos también en el modelo citado, aplicándolo a un familiar no alcohólico (controles).

Se optó por esta selección, debido a que estos familiares cuentan con un entrenamiento para reconocer a personas alcohólicas y diferenciarlas de las que no padecen la enfermedad, en comparación con las familias que no han pasado por este problema.

### Criterios de Inclusión para los casos :

1. Familiares de pacientes bebedores atendidos en el DFD del INSM “HD-HN”, que cumplieran los criterios de alcoholismo según el formato de historia clínica estructurada en dependencia a drogas diseñada por Nizama y colaboradores (31).
2. Pacientes con edad mayor o igual de 15 años.
3. Pacientes de ambos sexos.
4. Un año o más de convivencia con el paciente evaluado.

### Criterios de inclusión para controles:

1. Personas no alcohólicas, familiares de los pacientes tomados como casos.
2. Pacientes con edad mayor o igual de 15 años.
3. Grupo heterogéneo de edades.

### Criterios de exclusión para casos:

1. Pacientes menores de 15 años.

### Criterios de exclusión para controles:

1. Personas alcohólicas.
2. Controles menores de 15 años.
3. Grupo homogéneo de edades.

## INSTRUMENTO

El instrumento utilizado fue un cuestionario de 98 preguntas (Anexo I), que fue llenado por los familiares que participaron en el estudio.

## LIMITACIONES DEL TRABAJO

1. La muestra no ha sido aleatoria y se ha circunscrito a un sector de la demanda del DFD del INSM “HD-HN”.
2. Los pacientes eran ya conocidos por los médicos evaluadores antes de ser sometidos al instrumento.
3. Un grupo de los pacientes tenía consumo de otras sustancias.
4. También, existen procedimientos que no han sido efectuados en este estudio piloto y que serán realizados en un trabajo posterior:
5. Juicio de expertos
6. Prueba de validez intercurrente

## ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para el análisis estadístico se utilizó el programa Epi Info 6.0, con un nivel de confianza de 95%. Se obtuvo la sensibilidad y especificidad del instrumento, así como los valores predictivos positivos y negativos. Igualmente se obtuvieron los coeficientes de validación y confiabilidad de la Prueba de Validez Item-Test R de Pearson (Anexo II). Para un estudio posterior se utilizarán los resultados obtenidos en el estudio piloto para la obtención del tamaño de la muestra, según criterios estadísticos estandarizados (31).

## RESULTADOS

Los 50 casos con diagnóstico de alcoholismo del estudio fueron detectados por el instrumento, mientras que solamente se presentó un falso positivo en los controles. El instrumento arrojó una sensibilidad del 100%, especificidad del 98%, el valor predictivo positivo fue de 98% y el valor predictivo negativo de 100%, tal como se muestra en el cuadro 1. De los 50 casos, 47 eran varones y 3 mujeres. De los 50 controles, 33 eran varones y 17 mujeres. Se encontró una fuerte asociación entre alcoholismo y sexo masculino, tal como se muestra en el cuadro 2.

### CUADRO N° 1 .

#### Sensibilidad y Especificidad del Instrumento

	Casos	Controles	Total
Test positivo	50	1	51
Test negativo	0	49	49
Total	50	50	100

Sensibilidad:	100% (91.1 - 100%)
Especificidad:	98% (88.0 - 99.9%)
Valor predictivo positivo:	98% (88.2 - 99.9%)
Valor predictivo negativo:	100% (90.9 - 100%)
Intervalo de confianza:	95%

### CUADRO N° 2 .

#### Alcoholismo y Sexo

Sexo	Casos		Controles	
	n	%	n	%
Masculino	47	94	33	66
Femenino	3	6	17	34
Total	50	100	50	100



Existe una fuerte asociación entre alcoholismo y el sexo masculino ( $p = 0.0004$ ) de acuerdo a la prueba exacta de Fisher. El alpha de Cronbach de la escala (confiabilidad) fue de 0.94 para los casos y de 0.81 para los controles, tal como se muestra en el cuadro 3.

**CUADRO N° 3 .**  
**Evaluación de la Confiabilidad**

	Alpha de Cronbach	
	Casos	Controles
Sumatoria de las varianzas	1310.64	160.44
Coefficiente alpha de Cronbach	0.94	0.81

Alpha de Cronbach para alternativas múltiples :

El alpha de Cronbach fue hallado según la siguiente fórmula:

$$a = \frac{K}{K - 1} \left[ 1 - \frac{\sum_{i=1}^K S_i^2}{S^2 T} \right]$$

K = # de variables

Si = varianza de cada una de las variables

ST = varianza total

$a > 0.5$  para que sea confiable.

El coeficiente de correlación de Pearson (validez) fue válido para la mayoría de reactivos, tal como se muestra en el Anexo II.

### DISCUSIÓN

El instrumento propuesto arrojó una alta sensibilidad (100%) y especificidad (98%), comparable con los valores de sensibilidad

y especificidad reportados por el MALT en diferentes países: 98% y 100% en Alemania (12, 13); 99% y 80% en Ecuador (42-44); 100% y 88% en España, 100% y 86% en el Perú (25, 47), respectivamente. De la misma forma, el instrumento reportó una alta confiabilidad (0.94 para los casos y 0.81 para los controles), y alta validez. Consideramos que el instrumento resulta ser útil y genuino, quedando pendiente estudios posteriores más amplios y sistematizados.

### CONCLUSIONES

1. El instrumento es útil para la detección del alcohólico enmascarado.
2. El instrumento tiene alta sensibilidad, especificidad, confiabilidad y validez.
3. El instrumento podría ser útil como prueba de tamizaje en diferentes poblaciones.

## REFERENCIAS

- 1) ALONSO FERNANDEZ F. Fundamentos de La Psiquiatría actual. 4a. edición. España. 1979
- 2) ANDERSON P. Managing alcohol problems in general practice. Br. Med. J., 1985; 290: 1873-5
- 3) ASOCIACIÓN PSIQUIÁTRICA AMERICANA Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales/IV: DSM-IV. España. 1995
- 4) BABOR TF, RITSON EB, HODGSON RJ. Alcohol - related problems in the primary health care setting: a review of early intervention strategies. Br. J. Addict., 1986; 81: 23-46
- 5) BERTOLOTE D. Alcoholismo. Psiquiatría. Vidal G & Alarcón R. (Eds) Editorial Panamericana, Buenos Aires. 1986
- 6) CARBAJAL C, BAZAN E, ALMEIDA M, GRIEBENOW W. Lineamientos de un programa de prevención del alcoholismo. En: Sistema de registro del uso y abuso de alcohol y drogas (RENAD), 1990 ; Convenio Perú-AID. Anexo 3-A : 68 - 82
- 7) CASAS BRUGU, M, GUTIERREZ M, SAN MOLINA L. Psicopatología y alcoholismo. Barcelona. España. 1994
- 8) CEDRO Drogas en el Perú urbano: estudio epidemiológico 1992. Monografía No 9. 1993
- 9) EWING JA, ROUSE BA. Paper read at the 29th International Congress on Alcoholism and Drug Dependence, Sydney, Australia. 1970
- 10) FERRANDO D. Uso de drogas en las ciudades del Perú Encuesta en hogares, 1988. Monografía de investigación N° 5, CEDRO, Lima - Perú. 1990
- 11) FEUERLEIN W y colab. Kurzfragebogen für Alkoholgefahrde (KFA). Eine empirische Analyse. Arch. Psychiat. Nervenkr, 1976; 222: 139-152
- 12) FEUERLEIN W, RINGER CH, KUFNER H & ANTONS K. Diagnose der alkoholismus. Der Münchner Alkoholismus Test (MALT). Munch Med Wochenschr, 1977; 119 : 1275-82
- 13) FEUERLEIN W y colab. Münchner Alkoholismus Test (MALT). Manual Betz Vverlag, Weinheim. 1979
- 14) FREIXA E. SOLER-INSA PA. Toxicomanías, un enfoque multidisciplinario. Editorial Fontanella. Barcelona, España. 1981.
- 15) GORENC KD y colab. Estudio epidemiológico del alcoholismo en Ecuador con el Test de Alcoholismo de Munich (MALT). Boletín Estud. Biol. México, 1983, 32: 391-416
- 16) GORENC KD, BELTRAN JE. Estudio empírico del alcoholismo en México: Un análisis bibliográfico retrospectivo y reporte de un caso. Editorial Trillas, México. 1986
- 17) GORENC KD, BELTRAN J, MARTINEZ V, DE LA ROSA M. Manual, El Test de Alcoholismo Munich (MALT) para América Latina, Serie Manuales y Cursos del INACIPE N° 4, Instituto Nacional de Ciencias Penales, México. 1986
- 18) GORENC KD, REYNAGA J, BELTRAN J, MARTINEZ V. Cálculo de la muestra mínima para evaluar la validez y confiabilidad de pruebas diagnósticas: un estudio preliminar. Salud Pública, México. 1987

- 19) GORENC KD, BRUNER CA, BELTRAN J, TURBULL B. El Test de Alcoholismo Munich (MALT) en el Estado de Tabasco, México: Medidas de seguridad. Bol. Of. Sanit. Panamericana. 1986
- 20) GORENC KD, BELTRAN J, BRUNER CA, TURNBULL B. La prevalencia del alcoholismo y sospecha de alcoholismo en el Estado de Tabasco, México: un estudio de campo, Salud Pública, México. 1987
- 21) GORENC KD. Bases para construir la prueba diagnóstica de alcoholismo latinoamericano (PDAL). Revista de Neuro-Psiquiatría, 1993; 56: 203-219
- 22) JUTKOWITZ J, ARELLANO R, CASTRO DE LA MATA R y colab. Uso y abuso de las drogas en el Perú: una investigación epidemiológica sobre drogas en el Perú urbano. Monografía de investigación N° 1. CEDRO. 1987
- 23) KAPLAN H, SADOCK B, GREEBB J. Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la Conducta. Psiquiatrica Clínica. 7ma Edición. 1995
- 24) LADEWING, D. y colab. Basler Drogen und Alkoholfragebogen (BDA). Pharmakopsychiat, 1976; 9: 305-312
- 25) LLANOS R, LÓPEZ R, GRIEBENOW W, GÁLVEZ J. Diagnóstico de alcoholismo: Validación del inventario MALT en una población de Lima Metropolitana. CEDRO. 1993; 97: 97-134
- 26) MANSON MP. A psychometric determination of alcoholism addiction. Amer. Jour. Psychiatr., 1949; 106: 199-204
- 27) MARIATEGUI J. Problemática del alcoholismo en el Perú. Una visión en perspectiva. Revista de Neuropsiquiatría, 1984; 47: 1-21
- 28) MIGUEZ H. Alcoholismo. Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría. Vidal, G; Alarcón, R; Lolas, F. (Eds), Editorial Médica Panamericana: 64-73. 1995
- 29) MINOBE K, PERALES A, SOGI C, WHARTON D, LLANOS R, SATO T. Prevalencia de vida de trastornos mentales en Independencia (Lima, Perú). Anales de Salud Mental, 1990; 6: 9-20
- 30) MORMONTOY W. Elaboración del Protocolo de Investigación. En ciencias de la salud, de la conducta y áreas afines. 3ra edición. Lima, Perú. 1995
- 31) NIZAMA M, ANGELES V, CACHAY C, SAAVEDRA A. Una Historia Clínica Semiestructurada en Dependencia de Drogas. Anales de Salud Mental, 1990; 6:29-74
- 32) NIZAMA M. Síndrome de Pasta Básica de Cocaína. Revista de Neuropsiquiatría, 1979; 42: 114-135 y 185-208.
- 33) NIZAMA M. Tratamiento ecológico de la dependencia de drogas. Imprenta Valdivia, Lima. 1989.
- 34) NIZAMA M. Estudio fenomenológico descriptivo de 120 pacientes dependientes principalmente a pasta básica de cocaína. Anales de Salud Mental, 1991; 7:1-31.
- 35) NIZAMA M Algunos aspectos clínicos del dependiente de drogas. Acta Médica Peruana., 1991; 15 ; N° 3-4.
- 36) NIZAMA M. Problemática de la dependencia de drogas: un enfoque holístico. Acta Médica Peruana., 1992; 16; N° 2.
- 37) NIZAMA M Modelo ecológico de tratamiento de la adicción. Anales de Salud Mental, 1992; 8: 27-45.

- 38) NIZAMA M., y colab. Proyecto de un Plan Nacional para la Prevención, Tratamiento, Rehabilitación y Seguimiento de las Adicciones. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 1994; 57: 25-45.
- 39) NIZAMA M. Detección Precoz: El Adicto Encubierto. *Fronteras en Medicina*, 1993; 1:78-92
- 40) ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades: trastornos mentales y del comportamiento CIE-10. Madrid. España. 1992
- 41) ORPINAS P, VALDES M, PEMJEAM A. y colab. Validación de una escala breve para la detección de beber anormal (EBBA). En: *Temas de Salud Mental y Atención Primaria de Salud*. Florenzano, R: y colab. (Eds) Facultad de Medicina, Universidad de Chile. 1991
- 42) PACURUCU S. Alcoholismo en el Ecuador. Facultad de Medicina en Sevilla, España. 1972
- 43) PACURUCU S y colab. Verificación del diagnóstico de Alcoholismo con el Test MALT. Estudio Preliminar. *Rev. Facultad de Ciencias Médicas*. Cuenca, Ecuador, 1980; 14: 45-66
- 44) PACURUCU S, GORENCK, NADELSTICHER A, FEUERLEIN W. El diagnóstico de alcoholismo con el Münchner Alcoholism Test (MALT). Estudio de evaluación empírica. *Revista de Neuro-psiquiatría*, 1994; 57: 71-87
- 45) ROJAS M. Epidemiología de drogas en población urbana peruana. Monografía No 14. 1995 CEDRO (En prensa).
- 46) RODRIGUEZ MARTOS A. y colab. Münchner Alcoholism Test (MALT). Validación de la versión española de este test para el diagnóstico de alcoholismo. *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica*, 1984;16, No 6, España.
- 47) SAAVEDRA CASTILLO A. Manual de atención primaria para el manejo de los problemas relacionados al uso y abuso de alcohol. Departamento de Fármacodependencia. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi" 1997.
- 48) SAAVEDRA CASTILLO A. Epidemiología de la dependencia a sustancias psicoactivas en el Perú. *Revista de Neuropsiquiatría*, 1994; 57: 150 - 169.
- 49) SELZER ML. The Michigan Alcoholism Screening TEST: The quest for a new diagnostic instrument. *Am. J. Psychiatry*. 1971; 127 : 1653-8
- 50) SKINNER HA, HORN JL. Alcohol dependence scale user's guide. Toronto, Canada, Addicton Research Foundation. 1984
- 51) TORRES Y. Resultados de encuesta epidemiológica sobre el uso y abuso de sustancias psicoactivas. Medellín. Colombia. 1996
- 52) VAN DIJK WK. Alcoholism, a many sided problem. *Adv. Biol. Psychiatr.* 1979; Vol 3, Karger, Basilea.
- 53) VANDE CREEK L, ZACHRICH RL, SCHERGER WE. The use of standardized alcoholism screening test in family practice. *Fam. Pract Resh. J.* 1982; 2 : 11-7
- 54) ZIRING DJ, ADLER AG. Are you missing the diagnosis?. *Pstgrad Med.* 1991; 89: 139 -41.

## ANEXO I

## EL ALCOHÓLICO ENMASCARADO

Por: *Martín Nizama-Valladolid*

Día

Mes

Año

## INSTRUCCIONES

Una persona puede ser alcohólica encubierta, enmascarada o solapada durante 10 a 15 años, sin que su familia se percate de este severo deterioro de la voluntad. El bebedor enmascarado se encuentra en la fase temprana del alcoholismo. El presente cuestionario, autoadministrado registra los indicadores más frecuentes del alcohólico enmascarado, y es respondido con honestidad y veracidad por familiares que tienen más de un año de convivencia continuada con la persona bebedora, objeto de esta evaluación. Señalar únicamente las manifestaciones observadas durante los últimos doce meses. Marque con una aspa (X) en el casillero correspondiente una de las siguientes alternativas: SI, NO, NO SABE. Cuando su respuesta es SI anote una de estas posibilidades: **A veces, 1; Frecuentemente, 3; Siempre, 10.**

## CUESTIONARIO

1. Cuando ha ingerido licor evade la mirada: "No mira de frente", "se hace el que no ve", "no da la cara", "esconde la mirada.
2. Tras haber bebido, evade el diálogo con los suyos: "No conversa como antes", "se hace el sordo".
3. Cuando toma licor presenta facies rubicunda: "Cara enrojecida", "nariz colorada", "erisipela de cantina", "insolación de cantina".
4. Muestra facies descompuesta/cambio de color: "Ojeroso", "demacrado", "cara manchada".
5. Cuando bebe presenta las conjuntivas oculares congestionadas: "Ojos rojos", "tengo buena sangre".
6. Bebe todos los fines de semana: "Como si la ley lo obligara", "El solo se programa".
7. Siempre justifica su costumbre de beber o inventa excusas: "Me encontré con un amigo que no veía hace mucho tiempo", "estuve con una persona muy importante para mi trabajo; para mi empresa", "en arca abierta el justo peca".
8. Usa el juego como pretexto para buscar la oportunidad de beber:

- Primero juega cubilete (“cachito”), sapo, bochas o billar, enseguida deja de jugar y se dedica sólo a libar con sus amigos.
9. Cada vez que toma se embriaga: “Se le empina el codo”, “toma sin control”, “hoy me la pego”, “estoy picadito nomás”.
  10. Su trato es hosco: “Gritón”, “colérico”, “explosivo”, “maloso”, “brabucón”.
  11. Necio: “Siempre quiere tener la razón”, “no da su brazo a torcer”.
  12. Mentiroso: “Siempre tiene la mentira precisa”, “tiene la mentira a flor de labios”, “niega todo”.
  13. Manipulador: “Se las ingenia y propicia reuniones que conducen al consumo”, “utiliza a los demás”.
  14. Simula no ser bebedor: “Afuera satanás, yo no tomo”; “yo no quiero tomar, pero el diablo se ha metido en mi cuerpo”, “quiero ser evangélico”.
  15. Teatrero: “Llorón”, “cara de cordero degollado”, “se engríe sólo”, “payaso”.
  16. Se hace la víctima y se queja de sus familiares: “Pobrecito yo”, “sólo mis amigos me comprenden”.
  17. Promete no embriagarse y siempre hace lo contrario: “Qué mal me siento; es la última vez”, “te juro, nunca más”, “todo va a cambiar”, “me siento avergonzado”, “por mi madrecita que nunca más”.
  18. Cuando ingiere licor se trastorna mentalmente: Le da los “diablos azules”, “se le cruzan los cables”.
  19. Cuando bebe presenta humor cambiante. Cambia de carácter: Unas veces es conversador, alegre, meloso y en otras agresivo, irritable, temerario, grosero, triste, melancólico o llorón.
  20. Cuando ha bebido oculta el aliento: “Solapa con el tufo, con el turrón”, “no se acerca”, “usa goma de mascar”, “come plátano de seda” o “toma leche helada”.
  21. Le encantan las fiestas: Es un “celebra todo”, “la música es vida”, “peñero”, “fiestero”.
  22. Se embriaga rápido con poca cantidad de licor: “Cabeza de pollo”, “poca cabeza”.
  23. Bebe abundante licor y no se embriaga: “Cabeza dura”, “buena cabeza”, “tengo cultura etilica”, “bebedor”, “sé tomar”.
  24. Cada vez toma licor de mayor concentración de alcohol: “Trago fuerte”, “trago corto”.
  25. Presenta un abdomen prominente: “Panzón”, “barrigón”, “guatón”, “embarazado”.
  26. Come en demasía, no come casi nada: “Tragón”, “Cuando bebo no como”.
  27. Toma mucha agua: “Bebidas frías”, “agua para el caldero”.
  28. Bebe licor y se duerme o permanece pasivo: “Borracho tranquilo”.
  29. Toma licor y busca pleito: “Agua-fiestas”, “bebe para los pies”, “gallito de pelea”.

30. Exige comidas picantes y ácidas: “Un cebichito”, “un sevillano”, “leche de tigre”, “leche de pantera”.
31. Siempre busca compañía para beber: “Yo te estimo”, “eres mi hermano del alma”, “hermano de mi corazón”, “mi adú”.
32. Se sirve vaso lleno: “Cepillado”, “rayado”, “al ras”, “huascarán”, “el vaso es la medida”.
33. Bebe aceleradamente: El vaso lleno para él es un solo sorbo, “su garganta es un caño”, “chupar hasta morir”, “beber como vikingo”.
34. Bebe más de la cuenta: “Seco y volteado al estilo del Callao”, “se le pasa la mano”, “trago largo”, “beber licor en cantidades navegables”.
35. Conversa siempre con la botella o el vaso en la mano: “Pegado a la botella”, “su sombra es la botella”, “etiqueta”, “trago en mano”.
36. Apura a los otros que beban para él volver a tomar rápido: “Martín suelta el gallo”, “no calientes el vaso”, “dale curso al expediente”, “quinta palabra: tengo sed”.
37. Cuando desea beber lo hace notar corporalmente: Se frota las manos; se frota la cara con la mano; se inquieta; se muestra colaborador o busca pleito hasta que logra salir a la calle.
38. Se muestra seductor, zalamero o adulator de las personas que lo acompañan a beber o que tienen dinero y lo pueden invitar a tomar: “Ayayero”, “felpudini”, “franela”, “música celestial”.
39. Se junta con bebedores, pone negocios con ellos al cual concurren también tomadores como él: “Les gusta el trago”, “Dios los cría y ellos se juntan”.
40. Menosprecia, se burla o se muestra hostil con las personas que no beben como él: Les dice “saco largo”, “pisado”, “te has cambiado de religión”, “estás enfermo?”.
41. Amnesia: Al día siguiente no se acuerda dónde estuvo ni de lo que hizo.
42. Se hace el olvidado cuando le conviene: “Estoy en nada”.
43. Cuando bebe licor deja olvidadas cosas personales: Relojes, cadenas de oro, dinero, anillos, billeteras, documentos, llaves del carro o prendas de vestir.
44. En las fiestas se ubica en el grupo que está bebiendo con mayor intensidad: “Bebe con la gente brava”, “busca el grupo”, “pasa a otra fiesta y la sigue”.
45. Cuando toma licor está de buen humor: “Cuenta chistes colorados”, “está sazonado”.
46. Niega que el alcohol es droga: “El licor no es droga”, “no es dañino”, “es bueno para la salud”, “cuerpo sin alcohol, depósito de microbios”.
47. Se enfurece cuando le dicen que está bebiendo demasiado: “Soy bebedor social”, “estoy picadito nomás”, “yo me puedo controlar”.
48. Los familiares dudan que ya es un alcohólico: “No es como el borrachito de la esquina”, “toma pero se controla”, “algún vicio tiene que tener”, “toma pero

- cumple en su casa”, “es normal”, “ya va a cambiar”, “ya se le va a pasar”.
49. Irresponsable, evade sus compromisos: Busca excusas para abandonar el trabajo e irse con sus amigos.
50. Sólo se siente seguro cuando tiene dinero en la cartera: “Dispara como Dyango”, “yo mismo soy”.
51. Usa frases sugerentes: Si hace sol, dice “la mañana está cervecera”, “hay que matar la sed”; si hace frío, expresa “la mañana está pisquera”, “un calentito”.
52. Después de haber bebido el día o la noche anterior acostumbra tomar en la mañana: “El corte”, “cortar la mañana”, “un corto para curar la cabeza”, “curar el cuerpo”, “la mordedura del perro con la misma lana se cura”.
53. Oculta su costumbre de beber: “Toma en cuchitriles para que no lo vean”.
54. Sólo habla lo que desea que su familia escuche: Dice lo que le conviene.
55. Le desagrada que lo interroguen acerca de sus conductas sospechosas: A dónde va, qué va a hacer. Contesta con evasivas, por ejemplo: “un ratito y regreso”, “un comercial y regreso”, “voy a tomar aire, me ahogo”, “no me demoro”.
56. Entre amigos es un sabelotodo: De todo opina, charlatán, fanfarrón.
57. Cuando bebe se pone sentimental: “Se refugia en la botella”, “toma para matar sus penas”, “se siente solo”, “se acuerda de sus tristezas”, “siempre cuenta lo mismo”.
58. Se aburre en el hogar: “Ya vas a comenzar, mejor me voy”.
59. Espera con ansiedad el fin de semana: “Viernes, sábado chico”, “sábado de gloria”.
60. Está al tanto de todas las reuniones sociales: “Huele fiestas”, “paracaidista”.
61. Practica deportes, luego bebe con sus amigos: “Es un deporte sano”, “fútbol trago”.
62. Comienza con un vaso o un par de botellas de cerveza, luego la continúa: “Un parcito, del parcito viene la caja”; “dos más y me voy”, “le pica el diente”.
63. Desaliñado y maloliente: “Odia el baño”, “no se cambia de ropa”, “huele a zorrillo”.
64. Siempre dice que le invitan: “Todos me quieren”, “mis amigos gastan”, “cuando bebo ahorro”.
65. Acompaña duelos sin conocer al difunto, con el propósito de beber licor: “Pobrecito, era buena gente”, “nos conocíamos desde chiquitos”, “era mi compadre”.
66. Es fácilmente influenciable por los amigos. Acepta todas las invitaciones: “Siempre es materia dispuesta”; “no mide distancias, va donde sea, aún a los lugares más alejados”; “la carne es débil”, “no sabe decir no”.
67. Se da permiso él mismo: “Es mi vida”, “yo sé lo que hago”, “sale a escondidas”.
68. Nunca tiene tiempo para su familia: “Estoy ocupado”, “tengo que trabajar”.



69. Prefiere más a sus amigotes que a la familia: "Ellos entienden mis penas".
70. Es generoso con los amigos y mezquino con su familia: "Candil de la calle, oscuridad de su casa", "nunca tiene dinero".
71. Utiliza a sus familiares para asistir a reuniones o lugares donde se bebe licor: "Vamos al santo", "hace calor, vamos a la playa".
72. Usa el carro para guardar licor, libar y transportar a sus amigotes: "Carro bar".
73. Cuando es jefe obliga a sus subalternos a beber o secunda a su jefe: "Cuando yo tomo todos toman"; "es mi jefe, no le puedo decir que no".
74. En su oficina tiene un pequeño bar: "Un traguito?", "algo para la sed?".
75. Induce u obliga a los hijos y demás familiares a beber contra su voluntad: "Que aprenda a ser hombre como yo", "que sea macho como su Papá".
76. Usa el licor como pretexto medicinal o alimento: "Baja la grasa", "alegra el alma y entona el cuerpo", "para la gripe", "desintoxica el cuerpo", "es diurético", "el cuerpo necesita alcohol", "purifica la sangre", "beber cerveza es beber salud", "la cerveza es vitamina".
77. Le encantan los chocolates, caramelos y helados de licor: "Me gustan".
78. Cuando está ebrio se pone regalón: "Mano suelta", obliga a los familiares a comer lo que trae de la calle, sin importarle la hora que retorna.
79. Cuándo está ebrio rechaza los alimentos dulces: "Borracho que come miel pobre de él". Si ponen la torta de cumpleaños, El dice: "Qué, ya me están botando?".
80. Rechaza todo control familiar: "Yo tomo con la mía, por algo trabajo".
81. Considera que el licor es un mágico facilitador de negocios: "El alcohol es la única manera de abrir o cerrar negocios", "con un trago lo convenzo", "vamos a ponerle la firma", "hay que sellarlo con un brindis".
82. Le gusta el sabor del licor: "Arriba, abajo, al centro y adentro", "licor bendito, adorado tormento ¿qué haces ahí?, pasa pa' adentro", "néctar de los dioses".
83. Trasnoccha con frecuencia: "Mala noche", "lechucero", "vampiro".
84. Es el primero en llegar y el último en salir de la fiesta: "Deja a la familia en casa y él regresa a la fiesta", "se adueña de la fiesta", "aserrín", "falta el anda vete".
85. Se enoja si se le quiere retirar de la fiesta: "Un ratito más", "no fastidies", "falta la del estribo".
86. Llega con vestimenta bien presentada y acicalado a la reunión social y sale todo desaliñado: "No importa la ropa, lo importante es el corazón".
87. Sin previo aviso lleva amigotes a su casa después de las fiestas, exigiendo que los atiendan: "Son mis hermanos", "la fiesta nos ha quedado chica".

88. En su domicilio siempre tiene un bar bien surtido con licores y gaseosas para las consabidas mezclas: “Inventa tragos y exige tomarlos”; “mi guardado”.
89. Colecciona botellitas de licor, bebe su contenido o las usa como adorno: “La reserva”, “hobbie”.
90. Transporta licor camuflado en bolsitas plásticas, en botellas de gaseosas de color oscuro o claro: “La mulita”.
91. Se siente orgulloso de hacer beber o de embriagar a personas que toman poco: “Hice tomar a fulano”.
92. Tiene antecedentes de familiares alcohólicos por línea paterna y/o materna cercana o lejana: “De tal palo, tal astilla”, “maldito alcohol, té acabaste con mi padre, pues bien, yo acabaré contigo”, “yo no terminaré como mi padre”.
93. Tras haber bebido reclama que se le ha perdido dinero: “Bolsiqueado”, “rastrillo”.
94. Retorna en taxi y exige que la familia pague el servicio: “Se hace el dormido”.
95. Se niega a salir con sus familiares a compromisos sociales: “Voy con mis amigos”, “son gente de mi edad”, “es reunión sólo para hombres”, “es reunión de trabajo”.
96. Soluciona los problemas que tiene con sus amigotes en una borrachera: “Con unos tragos nos franqueamos y asunto resuelto”, “con un trago lo convenzo”.
97. Se ha gastado todo el dinero y dice que le robaron: “Me han asaltado”, “no me han pagado”.
98. Usa varios métodos para que se le pase la embriaguez: “Come aceitunas”, “toma caldo de gallina”, “se pone pasta dental en las narices”, usa “antiácidos” o inhala cocaína.

## RESPUESTAS

SI			NO	NO SABE
A veces	Frecuentemente	Siempre		
1	3	10		

**TIEMPO DE CONSUMO DE ALCOHOL:**

Meses  Años

**VALORACIÓN**

- Rango: 98 - 980
- Puntaje total: .....
1. Bebedor ocasional: Menos - 30
  2. Bebedor social: 31 - 60
  3. Bebedor habitual: 61 - 90
  4. Alcohólico enmascarado: 91 - Más

**DATOS PERSONALES DEL BEBEDOR EVALUADO**

**1. Evaluado:**

.....  
*Apellidos: Paterno*                                  *Materno*                                  *Nombres*

**2. Edad:**  años      **3. Sexo:** 1    M  2    F

**4. Estado conyugal:**

- 1  Soltero      2  Casado      3  Conviviente      4  Separado
- 5  Divorciado      6  Cohabitación ocasional      7  Viudo

**5. Tipo de ocupación actual:**

- 1  Empleado      2  Obrero      3  Estudiante      4  Independiente
- 5  Eventual      6  Jubilado      7  Desocupado
- 8  Otros .....  
*Especificar*                                  Actividad actual .....  
*Especificar*

**6. Grado de Instrucción:**

	Completa	Incompleta
1 <input type="checkbox"/> Primaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 <input type="checkbox"/> Secundaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 <input type="checkbox"/> Técnica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 <input type="checkbox"/> Superior no universitaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 <input type="checkbox"/> Superior universitaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 <input type="checkbox"/> Analfabetos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**ANTECEDENTES PERSONALES DE CONSUMO**

A continuación marque con una aspa (X) si el evaluado presenta o ha presentado alguna (s) de las adicciones que se muestran a continuación:

**ADICCIONES****RESPUESTA**

1. Nicotina
2. Cafeína
3. Fármacos
4. PBC
5. Cocaína
6. Marihuana
7. Inhalables
8. Televisión
9. Bingo
10. Billas
11. Cartas
12. Máquinas tragamonedas
13. Otros (*especificar*)

SI			NO	NO SABE
A veces	Frecuentemente	Siempre		
1	3	5		

## **DATOS FAMILIARES**

**1. Tiene hijos?**

1  No                      2  Si                      3 N°

**2. Calidad de la paternidad**

1  Completamente responsable      2  Parcialmente responsable  
 3  Irresponsable                      4  No sabe

**3. Historia conyugal y descendencia:**

N° de Hijos

1	<input type="checkbox"/>	Primera relación conyugal	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="checkbox"/>	Segunda relación conyugal	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="checkbox"/>	Tercera relación conyugal	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="checkbox"/>	Otra: .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>

*Especificar*

## **COMPOSICIÓN, ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO FAMILIAR.**

**1. En el orden de nacimiento el evaluado es:**

1  Primogénito    2  Último    3  Unico    4  Intermedio  
 5  Número de orden    6  N° total de hermanos

**2. Reside con :**

1  Familia propia                      2  Padres    3  De su pareja  
 4  Familia sustituta                      5  En pensión    6  En abandono social  
 7  Sólo                      8  Con amigos    9  Se desconoce  
 10  Otros: .....

*Especificar*

3. **Tipo de familia con la que vive:** 1  Matrimonio 2  Nuclear  
 3  Agregada 4  Extendida 5  Incompleta  
 6  Grupo heterogéneo 7  Desintegrada 8  Solitario  
 9  Otro: .....

*Especificar*

4. **Situación económica actual del evaluado:** 1  Independencia  
 2  Dependencia 3  Mixta (parcialmente mantenido por sus familiares)

5. **Tipo de funcionamiento familiar:** 1  Armónico 2  Simbiótico  
 3  Apático 4  Rígido 5  Desorganizado  
 6  Caótico 7  Desintegrado 8  Alienado  
 9  Conflictivo 10  Otros: .....

*Especificar*

6. **Familiares que actualmente ejercen coadición alcohólica sobre el evaluado :**

- 1  Padre 2  Madre 3  Cónyuge 4  Hijo  
 5  Hermano 6  Otros: .....

*Especificar*

### ***ANTECEDENTES FAMILIARES DE CONSUMO***

- 1  No 2  Si

A continuación marque con una aspa (X) según corresponda, si algún familiar presenta o ha presentado alguna (s) de las adicciones que se muestra a continuación:

## **DATOS FAMILIARES**

**1. Tiene hijos?**

1  No                      2  Si                      3 N°

**2. Calidad de la paternidad**

1  Completamente responsable      2  Parcialmente responsable  
 3  Irresponsable                              4  No sabe

**3. Historia conyugal y descendencia:**

N° de Hijos

1	<input type="checkbox"/>	Primera relación conyugal	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="checkbox"/>	Segunda relación conyugal	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="checkbox"/>	Tercera relación conyugal	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="checkbox"/>	Otra: .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>

*Especificar*

## **COMPOSICIÓN, ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO FAMILIAR.**

**1. En el orden de nacimiento el evaluado es:**

1  Primogénito    2  Último    3  Unico    4  Intermedio  
 5   Número de orden    6   N° total de hermanos

**2. Reside con :**

1  Familia propia                      2  Padres    3  De su pareja  
 4  Familia sustituta                      5  En pensión    6  En abandono social  
 7  Sólo                                      8  Con amigos    9  Se desconoce  
 10  Otros: .....

*Especificar*

3. **Tipo de familia con la que vive:** 1  Matrimonio 2  Nuclear  
 3  Agregada 4  Extendida 5  Incompleta  
 6  Grupo heterogéneo 7  Desintegrada 8  Solitario  
 9  Otro: .....

*Especificar*

4. **Situación económica actual del evaluado:** 1  Independencia  
 2  Dependencia 3  Mixta (parcialmente mantenido por sus familiares)

5. **Tipo de funcionamiento familiar:** 1  Armónico 2  Simbiótico  
 3  Apático 4  Rígido 5  Desorganizado  
 6  Caótico 7  Desintegrado 8  Alienado  
 9  Conflictivo 10  Otros: .....

*Especificar*

6. **Familiares que actualmente ejercen coadición alcohólica sobre el evaluado :**

- 1  Padre 2  Madre 3  Cónyuge 4  Hijo  
 5  Hermano 6  Otros: .....

*Especificar*

### ***ANTECEDENTES FAMILIARES DE CONSUMO***

- 1  No 2  Si

A continuación marque con una aspa (X) según corresponda, si algún familiar presenta o ha presentado alguna (s) de las adicciones que se muestra a continuación:



## GLOSARIO

### 1. *Alcoholismo enmascarado*

Es el uso compulsivo y oculto de alcohol por parte de una persona cuya familia no suele percatarse de dicho consumo. En todo caso, la familia erróneamente valora como “normal” la ingesta excesiva de alcohol. Durante este lapso, la familia del bebedor se encuentra en la “etapa ciega” de su evolución y cree erróneamente que “todos pueden caer menos el mío”. Se niega a ver la realidad. Tiene “una venda en los ojos”.

### 2. *Consumo perjudicial*

Consumo de alcohol en exceso, una vez por semana. Cuando el usuario ha bebido presenta conductas disfuncionales o el ánimo alterado, lo cual puede provocar consecuencias adversas en sus relaciones interpersonales. Según la OMS (CIE-10, 1992): Se trata de una forma de consumo que está afectando a la salud física o mental, como por ejemplo, los episodios de trastornos depresivos secundarios al consumo excesivo de alcohol. El diagnóstico requiere que se haya afectado la salud mental o física del bebedor. Las formas perjudiciales de beber son a menudo criticadas por terceros y suelen dar lugar a consecuencias sociales adversas de varios tipos. El hecho de que una forma de beber sea reprobado por terceros o por el entorno en general, no es por sí mismo indicativo de un consumo perjudicial, como tampoco lo es sólo el hecho de haber podido derivar en alguna consecuencia social negativa tales como detención o ruptura matrimonial. Las intoxicaciones agudas y las resacas no son en sí misma evidencia suficiente del “daño para la salud” requerido para el diagnóstico de consumo perjudicial. El consumo perjudicial no debe diagnosticarse si están presentes un síndrome de dependencia, un trastorno psicótico u otras formas específicas de trastornos relacionados con alcohol.

## ABUSO DE SUSTANCIAS

Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses:

1. Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (p.ej. ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa).

2. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (p.ej., conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia).

3. Problemas legales repetidos relacionados con las sustancia (p.ej., arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia).

4. Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados exacerbados por los efectos de la sustancia (p.ej., discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación o violencia física).

Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancia.

### 3. *Consumo ocasional*

Persona que ingiere licor esporádicamente. Consume una vez al mes; cada dos o más meses. Bebe en forma controlada y sin embriagarse. No presenta alteración de su comportamiento personal, familiar ni social.

### 4. *Consumo social*

Persona que consume dos o tres veces por mes. Bebe en el contexto de una reunión social, sin demostrar deterioro alguno en su funcionamiento global. Puede embriagarse una o dos veces al año.

### 5. *Coadicción*

Conductas de encubrimiento, mantenimiento y tolerancia del patrón de comportamiento adictivo del dependiente, desarrolladas sistemáticamente por familiares y/o personas íntimas que conviven con el enfermo adicto. Es un comportamiento inconsciente, involuntario, incondicional y a menudo negado irreductiblemente por la persona que sostiene la adicción. El adicto puede tener uno o más coadictos en su entorno. También se le denomina codependencia.

### 6. *Familia*

Organización básica y natural de la sociedad conformada por un grupo de personas emparentadas entre sí, unidos por vínculos de identidad y afectividad, que tienen intereses comunes y están bajo la autoridad de los padres naturales o sustitutos.

#### 6.1. *Tipos de familia*

a) Familia propia: cuando el paciente convive con su esposa e hijos.

b) Familia sustituta: el paciente convive con personas con las cuales no presenta vínculo parental.

#### 6.2. *Estructura y constitución familiar*

a) Agregada: Es la familia nuclear a la que se han incorporado otros parientes o amistades para vivir bajo un mismo techo.

b) Desintegrada: Familia caracterizada por la separación de sus integrantes. Ruptura de la célula familiar. Fin de la familia.

c) Extendida: Familia nuclear en la cual uno o más de los hijos continúan compartiendo el mismo techo luego de haber conformado su propia familia.

d) Grupo heterogéneo: Constituido por un grupo mixto de parientes de diversos grado de consanguinidad. El grupo puede incluir amistades.

e) Incompleta: Familia caracterizada por la ausencia de unos o dos de los cónyuges por causa de muerte, separación o divorcio.

f) Matrimonio: Constituida únicamente por los dos miembros de la pareja. No tienen hijos naturales ni sustitutos.

g) Nuclear: Familia constituida por ambos padres y los hijos solteros.

h) Solitaria: Persona que vive sola.

#### 6.3. *Funcionamiento familiar*

El funcionamiento familiar se puede agrupar como sigue:

a) Alienado: Funcionamiento familiar inauténtico en el cual alguno o todos los miembros han perdido la identidad sociocultural, al desconocer o rechazar la propia realidad, adoptando en forma acrítica patrones de comportamiento y estilos de vida foráneos o exógenos. Los miembros de la familia no viven su realidad: “vivir fuera de la realidad”.

b) Apático: Funcionamiento en el cual hay una mengua o ausencia de reactividad afectiva entre los miembros de la familia. Se caracteriza por una escasa expresión de ternura, cariño y calor emocional; prevaleciendo la indiferencia, la frialdad e indolencia en la relación interpersonal: “familia refrigeradora”.

c) Armónico: Funcionamiento saludable caracterizado por una dinámica familiar adecuada, donde se cultivan las relaciones interpersonales estables a través de la comunicación, el afecto genuino, la comprensión y el respeto mutuo que posibilitan la adaptación e integración de sus miembros, quienes observan una sólida unidad familiar. El grupo familiar disfruta de bienestar espiritual, de funcionamiento equilibrado y de estabilidad emocional: “da gusto vivir así, tranquilos, en paz”.

d) Caótico: Funcionamiento anárquico en el que prevalece la confusión y el desorden por ausencia de una autoridad efectiva en la familia. No existen pautas ni normas de comportamiento ordenado. Hay ausencia de reglas de juego claras. La convivencia familiar es extremadamente indisciplinada: “loquería”, “familia manicomio”.

e) Conflictivo: Convivencia familiar tensa caracterizada por peleas, disputas, rivalidades, gritos desaforados, insultos, agresiones, intolerancia, intrigas, desinformación e incompreensión cotidiana: “la vida familiar es un infierno”, “un campo de batalla”, “vivir en guerra”.

f) Desorganizado: Funcionamiento familiar desajustado en el cual prevalece la falta de cohesión y de funcionamiento unitario. Los miembros de la familia desarrollan patrones de vida individualistas, atendiendo sólo a intereses egoístas. La relación afectiva está ausente, es tenue o insana. No existe comunicación o el diálogo es muy pobre. El sistema de vasos comunicantes está bloqueado: “cada uno vive su vida”.

g) Rígido: Funcionamiento inflexible en el que prevalecen reglas fijas y de actitudes obstinadas de las figuras paternas, quienes insisten en que las cosas se hagan como ellos piensan o lo han hecho siempre, sin atender las razones sensatas de los demás miembros de la familia: “el hogar es un cuartel”.

h) Simbiótico: Disfuncionamiento personal grave caracterizado por la evidencia de un escaso desarrollo de la individualización y diferenciación psíquica entre dos o más miembros de un grupo familiar, cuyas personalidades se han quedado fijadas en estadios muy tempranos del desarrollo psicoevolutivo. Dicho estancamiento se manifiesta en una invalidez o discapacidad psicosocial.

En esta relación patológica una de ellas sobreprotege en forma irracional y la otra muestra una complaciente dependencia extrema, hasta convertirse en un ser prácticamente inútil para sí mismo, causándole invalidez o discapacidad psicosocial. Ambas no crecen, no desarrollan su personalidad y virtualmente no han “cortado el cordón” umbilical o funcionan como “pegados”. A menudo la persona sobreprotegida acaba con una secuela grave, irreversible o en un desenlace funesto. Viven como si fueran “siameses”. También se le puede denominar sobreprotección invalidante o sobreprotección maligna.

## TEST R DE PEARSON (CASOS)

VARIABLES QUE SE CONSIDERAN DENTRO DEL ANÁLISIS

ANEXO II  
PRUEBA DE VALIDEZ ÍTEM

ITEM	COEF. PEARSON	VALIDEZ	ITEM	COEF. PEARSON	VALIDEZ
P1	0.33	Válida	P49	0.37	Válida
P2	0.36	Válida	P50	0.43	Válida
P3	0.46	Válida	P51	0.02	No válida
P4	0.48	Válida	P52	0.22	Válida
P5	0.43	Válida	P53	0.16	Válida
P6	0.18	Válida	P54	0.43	Válida
P7	0.59	Válida	P55	0.37	Válida
P8	0.43	Válida	P56	0.5	Válida
P9	0.38	Válida	P57	0.6	Válida
P10	0.34	Válida	P58	0.36	Válida
P11	0.46	Válida	P59	0.2	Válida
P12	0.45	Válida	P60	0.43	Válida
P13	0.39	Válida	P61	0.24	Válida
P14	0.27	Válida	P62	0.44	Válida
P15	0.47	Válida	P63	0.25	Válida
P16	0.6	Válida	P64	0.4	Válida
P17	0.3	Válida	P65	0.13	No válida
P18	0.31	Válida	P66	0.45	Válida
P19	0.33	Válida	P67	0.35	Válida
P20	0.41	Válida	P68	0.39	Válida
P21	0.33	Válida	P69	0.53	Válida
P22	0.23	Válida	P70	0.34	Válida
P23	0.48	Válida	P71	0.28	Válida
P24	0.22	Válida	P72	0.38	Válida
P25	0.25	Válida	P73	0.21	Válida
P26	0.33	Válida	P74	0.25	Válida
P27	0.56	Válida	P75	0.25	Válida
P28	0.1	No válida	P76	0.43	Válida
P29	0.27	Válida	P77	0.35	Válida
P30	0.45	Válida	P78	0.55	Válida
P31	0.41	Válida	P79	0.24	Válida
P32	0.35	Válida	P80	0.5	Válida
P33	0.35	Válida	P81	0.46	Válida
P34	0.37	Válida	P82	0.6	Válida
P35	0.66	Válida	P83	0.58	Válida
P36	0.53	Válida	P84	0.59	Válida
P37	0.39	Válida	P85	0.62	Válida
P38	0.38	Válida	P86	0.46	Válida
P39	0.54	Válida	P87	0.23	Válida
P40	0.21	Válida	P88	0.05	No válida

ITEM	COEF. PEARSON	VALIDEZ	ITEM	COEF. PEARSON	VALIDEZ
P41	0.11	No válida	P89	0.26	Válida
P42	0.56	Válida	P90	0.01	No válida
P43	0.33	Válida	P91	0.05	No válida
P44	0.61	Válida	P92	0.19	Válida
P45	0.5	Válida	P93	0.27	Válida
P46	0.2	Válida	P94	0.11	No válida
P47	0.38	Válida	P95	0.4	Válida
P48	0.02	No válida	P96	0.22	Válida

ITEM	COEF. PEARSON	VALIDEZ			
P97	0.14	No válida			
P98	0.2	Válida			
RANGO	0.07	No válida			
SEX	0.07	No válida			
EC	0.15	Válida			
OCU	0.09	No válida			
AP	0.17	Válida			
N	0.32	Válida			
C	0.22	Válida			
F	0.29	Válida			
PBC	0.08	No válida			
CO	0.21	Válida			
M	0.08	No válida			
INH	0.06	No válida			
TV	0.09	No válida			
B	0.24	Válida			
BI	0.11	No válida			
CAR	0.26	Válida			
MT	0.25	Válida			
TH	0.31	Válida			
NH	0.13	No válida			
CP	0.18	Válida			
HC1	0.35	Válida			
NH1	0.21	Válida			
ON	0.05	No válida			
RC	0.02	No válida			
TF	0.04	No válida			
SE	0.02	No válida			
TFF	0.17	Válida			
FC	0.03	No válida			
AF	0.03	No válida			
AI	0.06	No válida			
RFI	0.18	Válida			

## PRUEBA DE VALIDEZ ÍTEM-TEST R DE PEARSON (CONTROLES)

VARIABLES QUE SE CONSIDERAN DENTRO DEL ANÁLISIS

ITEM	COEF. PEARSON	VALIDEZ	ITEM	COEF. PEARSON	VALIDEZ
P1	0.25	Válida	P49	0.45	Válida
P2	0.32	Válida	P50	0.36	Válida
P3	0.29	Válida	P51	0.11	No válida
P4	0.32	Válida	P52	0.27	Válida
P5	0.35	Válida	P53	0.32	Válida
P6	0.24	Válida	P54	0.27	Válida
P7	0.02	No válida	P55	0.19	Válida
P8	0.45	Válida	P56	0.53	Válida
P9	0.04	No válida	P57	0.31	Válida
P10	0.18	Válida	P58	0.12	No válida
P11	0.37	Válida	P59	0.1	No válida
P12	0.18	Válida	P60	0.18	Válida
P13	0.48	Válida	P61	0.22	Válida
P14	0.36	Válida	P62	0.08	No válida
P15	0.1	No válida	P63	0.31	Válida
P16	0.11	No válida	P64	0.03	No válida
P17	0.16	Válida	P65	0.26	Válida
P18	0.12	No válida	P66	0.48	Válida
P19	0.01	No válida	P67	0.35	Válida
P20	0.48	Válida	P68	0.04	No válida
P21	0.43	Válida	P69	0.36	Válida
P22	0.4	Válida	P70	0.09	No Válida
P23	0.42	Válida	P71	0.19	Válida
P24	0.26	Válida	P72	0.39	Válida
P25	0.26	Válida	P73	0.07	No Válida
P26	0.43	Válida	P74	0.32	Válida
P27	0.38	Válida	P75	0.39	Válida
P28	0.33	Válida	P76	0.01	No válida
P29	0.25	Válida	P77	0.15	Válida
P30	0.49	Válida	P78	0.1	No válida
P31	0.4	Válida	P79	0.32	Válida
P32	0.06	No válida	P80	0.15	Válida
P33	0.45	Válida	P81	0.04	No válida
P34	0.07	No válida	P82	0.08	No válida
P35	0.09	No válida	P83	0.17	Válida
P36	0.43	Válida	P84	0.19	Válida
P37	0.43	Válida	P85	0.17	Válida
P38	0.25	Válida	P86	0.31	Válida
P39	0.26	Válida	P87	0.17	Válida
P40	0.2	Válida	P88	0.26	Válida
P41	0	No válida	P89	0.27	Válida
P42	0.23	Válida	P90	0.13	No válida
P43	0.25	Válida	P91	0.11	No válida