



Guía de Buenas Prácticas de FARE

Guía de Buenas Prácticas

Guía de Buenas Prácticas de FARE



Federación de Alcohólicos
Rehabilitados de España

Coordinadores de la Obra:

Dr. Francisco Pascual Pastor
Coordinador Comité Asesor Técnico de FARE

D. Ángel Velasco Rey
Presidente FARE

Junta Directiva de FARE:

Presidente: Ángel Velasco Rey
Vicepresidente 1º: Rafael Harto Fernández
Vicepresidente 2º: Felipe Giner González
Secretario: Manuel Martín Delcán
Tesorero: Miguel Rojo Ballesteros
Interventor: Antonio Macarro Olivera

Autores:

Grupo Entrevista – acogida:

Ana María López Lorente
Psicóloga de ALAC. Asesora Técnica de Al-Andalus.

Montaña González Jiménez
Psicóloga de ANEX.

Silvia Stretti
Psicóloga. Asesora técnica de FACOMA.

Sonia Sánchez Suárez
Psicóloga de Sampedreña.

Francisco Pascual Pastor
Médico. Coordinador Comité Asesor técnico de FARE.

Grupo Instrumentos diagnósticos:

Maite Cortés Tomás
Psicóloga. Profesora Titular de Universidad. Facultad de Psicología. Universitat València. Asesor Técnico de FARE.

Sandra Muñoz
Psicóloga de ANHAR.

Joseba Orueta
Psicólogo de AREMI.

Stella Vicéns
Psicóloga Clínica. Colaboradora de FARE.

María del Mar del Pino
Psicóloga de ARTIC.

Cristina Trinidad
Trabajadora Social de AREMI.

Crsitina Sancho
Psicóloga de ARTIC.

Grupo Movimiento A.R.:

Manuel Martín Delcán
Secretario de FARE.

Rafael Sánchez Medinilla
Miembro Junta Directiva de FARCAL.

José Tendero Gómez
Presidente de FARCAM.

Luis Miguel Márquez Cayuela
Presidente de Al-Andalus.

Revisión del documento:

Ldo. Ricardo Gómez Vecchio. Psicólogo y Periodista especializado en temas científicos.

EDITA:

PORTADA: *Martín Impresores, S.L.*

I.S.B.N.: ??????????????

DEP. LEGAL: V-???

IMPRIME: MARTIN IMPRESORES, S.L. • Pintor Jover, 1 - 46013 VALENCIA

Índice

- 1. Prólogo. Plan Nacional sobre Drogas 7**
- 2. Presentación FARE 11**
- 3. Introducción. 15**
- 4. Acogida - Entrevista diagnóstica 19**
- 5. Instrumentos de evaluación a utilizar con consumidores de alcohol que demandan tratamiento y orientaciones a considerar por parte del profesional 53**
- 6. Misión y funciones del movimiento de alcohólicos rehabilitados 99**
- 7. Anexo cuestionarios 111**

1 . Prólogo

Plan Nacional sobre Drogas

Desde hace tiempo, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas viene insistiendo en la necesidad de incrementar los esfuerzos para que las distintas entidades que trabajan en drogodependencias adopten y hagan suyos códigos de buenas prácticas. Las guías de buenas prácticas constituyen una herramienta útil que, puesta a disposición de los profesionales al servicio de las entidades, facilitará la labor diaria y supondrá un elemento importante en la mejora de la calidad de las intervenciones.

La Federación Española de Alcohólicos Rehabilitados de España, FARE, lleva prácticamente cuarenta años dedicada a prestar atención a los enfermos alcohólicos y a sus familias. Al principio, FARE se apoyaba en la labor desinteresada y generosa tanto de los enfermos rehabilitados como de sus familiares. Más tarde, los fines asistenciales perseguidos por FARE hicieron imprescindible la incorporación de profesionales expertos. El testimonio vivo de los voluntarios y la competencia de los profesionales, en una eficaz colaboración, ha permitido a la FARE evolucionar y adaptarse a las necesidades marcadas por los nuevos escenarios del consumo de alcohol.

Para la Delegación del Gobierno del Plan Nacional sobre Drogas, la labor de FARE, que le ha hecho acreedora del reconocimiento que supone la Medalla de Plata de la Orden del Mérito del Plan Nacional sobre Drogas, resulta ejemplar y digna del mayor de los respetos. A lo largo de su trayectoria, FARE ha ido asumiendo objetivos y criterios de actividad cada vez más ambiciosos y exigentes.

Con discreción, pero siempre con decisión y firmeza FARE ha volcado su actividad en la prevención del consumo de alcohol, llamando la atención del conjunto de la sociedad sobre un problema, el consumo de alcohol, que debe constituir una prioridad en las políticas de salud pública, recordándonos la responsabilidad que nos incumbe frente al problema como ciudadanos y exigiendo la intervención de las Administraciones para prevenir y para proporcionar a los afectados por la enfermedad alcohólica la mejor atención posible.

La “Guía de Buenas Prácticas” que tiene en sus manos el lector es un nuevo proyecto de FARE que aplaudimos y que, sin duda, contribuirá a elevar la calidad del modelo de atención que prestan las entidades federadas. A la Federación y a los expertos que han intervenido en esta Guía, quiero expresar el reconocimiento de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y mi felicitación personal por el esfuerzo y entusiasmo con que han abordado su tarea.

CARMEN MOYA GARCÍA
Delegada del Gobierno para el Plan Nacional sobre Droga

2. Presentación FARE

El texto que sigue a estas líneas es un documento indispensable para lograr una mejor atención a las personas que sufren problemas relacionados con el alcohol, una auténtica pandemia que se extiende por los cinco continentes y sin hacer distinciones entre clases sociales. Con esta guía de buenas prácticas, FARE pretende aportar un texto que sirva de pauta tanto a profesionales como a voluntarios sobre los que recae una parte de la responsabilidad de reducir el consumo inmoderado de alcohol y, sobre todo, de ayudar con métodos eficaces a los que han decidido cambiar sus hábitos y mejorar sus vidas y las de sus familias.

Una meta clave que justifica el nacimiento de la Federación de Alcohólicos Rehabilitados de España es prestar apoyo a quienes desean abandonar su hábito y requieren de ayuda. Durante muchos años, una parte de esa asistencia pudo ser ofrecida de manera voluntaria por personal especializado, que dedicaba un porcentaje de su tiempo a eso que de manera coloquial podríamos definir como echar una mano. Sin embargo, la extensión de la epidemia, su no distinción entre clases y la afectación a personas cada vez más jóvenes, obligaba a revisar los métodos y a reforzar ese importante flanco con profesionales que hagan su trabajo sin necesidad de obviar la tarea de los voluntarios.

Sentadas las bases anteriores, lo que procedía era elaborar un documento que garantice la manera más correcta de aplicar por igual en todas partes los conocimientos profesionales y la experiencia acumulada por el movimiento de Alcohólicos Rehabilitados a lo largo de cuatro décadas.

He aquí el resultado de nuestro trabajo.

ÁNGEL VELASCO
Presidente de FARE

3. Introducción

La Federación de Alcohólicos Rehabilitados de España intenta en estos últimos años adaptarse a la situación actual en el campo de la atención del alcoholismo e incluso de otras adicciones.

Las Asociaciones enfrentan un reto cada vez más elevado: el consumo de bebidas alcohólicas no ha descendido en España, sino que ha cambiado, va disminuyendo la figura del Bebedor Excesivo regular (bebedor Social) y se incrementa la forma de beber más compulsiva, como atracón. Además nos encontramos con consumidores jóvenes que hacen uso concomitante de otras sustancias, como la cocaína o el cannabis.

La tendencia adictiva de estas personas hace que puedan cambiar la dependencia de una sustancia a otra, por ejemplo, aumentar el consumo de tabaco, desarrollar conductas adictivas sin relación a sustancias - como la ludopatía- o volverse dependientes de personas o situaciones.

FARE se ha propuesto adaptarse a estas nuevas circunstancias, pero para ello, además de contar con los voluntarios, alcohólicos rehabilitados y familiares, que aportan a esta tarea su testimonio, compromiso y ayuda mutua, se ha hecho cada vez más necesario contar con profesionales especializados en estos temas. Así se puede dar una respuesta adecuada y un correcto tratamiento a este complejo entramado personal, individualizando cada caso para estudiarlo, definirlo y tratarlo.

Asimismo, es cada vez más frecuente la aparición de comorbilidad psiquiátrica en algunas de estas personas, que pueden presentar alteraciones del carácter, cuadros de ansiedad, depresión u otros que deben ser tratados al tiempo que su adicción

Con estas premisas, se ha planteado la creación de tres grupos de trabajo que permitan establecer pautas comunes de actuación para todos los profesionales que trabajen en FARE. Estas pautas estarán al alcance y disponibles para todo el movimiento asociativo, con el fin de saber en cada momento y situación por dónde podemos y debemos ir. El objetivo es tener una “Guía de Buenas Prácticas” sobre la atención en las Asociaciones y el tratamiento del alcoholismo en FARE, con lo que además podemos homogeneizar los diagnósticos, las intervenciones y la atención que se preste en cualquier punto de España.

Cada uno de estos grupos se ha encargado de tres aspectos distintos pero correlacionados entre sí. Por un lado, la acogida como punto de partida del tratamiento, por otro, los cuestionarios a emplear para llegar a diagnósticos correctos y de precisión, y por último, el papel del Movimiento de Autoayuda de las asociaciones de alcohólicos rehabilitados, para que todo quede articulado y entrelazado.

Todo esto nos servirá para generar una base de datos donde podremos recoger la información de todas las personas que sean atendidas en las distintas asociaciones pertenecientes a FARE. Sin descuidar el cumplimiento con la ley de protección de datos y preservando el anonimato, podremos realizar estudios y valoraciones de todas las actuaciones terapéuticas llevadas a cabo.

Con ello, demostraremos además que el trabajo que realiza FARE es un trabajo serio, eficaz y eficiente en el que la labor profesional se complementa con la ayuda mutua. También, que con este sistema se pueden atender a las personas que tienen problemas relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas, y por último, que los resultados obtenidos con este modelo son los óptimos para conseguir rehabilitar a los pacientes alcohólicos.

FARE es una entidad con más de 40 años de historia, que se adapta a la realidad actual y sigue siendo tan útil y necesaria como en el primer momento.

Esta guía es fruto del consenso de dos clases de grupos de trabajo, unos compuestos por alcohólicos rehabilitados, y los otros por profesionales de FARE.

4. Acogida Entrevista diagnóstica

*González Jiménez, M.; López Lorente, A M.; Pascual Pastor, F. ;
Sánchez Suárez, S.; Stretti, S.*

Introducción

Acogida

Condiciones para realizar una correcta acogida.

Cómo se manifiesta el problema.

Entrevista diagnóstica.

- Principios básicos de la Entrevista.

¿Qué buscamos en la entrevista?

- Aspectos Intrapersonales.
 - a. Identificar el problema y el tipo de demanda que presenta el paciente.
 - b. Identificar el estadio de cambio.
 - c. Identificar las defensas.
 - d. Capacidades (potencialidades)
 - e. Forma de expresar la angustia y/o agresividad.
- Aspectos intrapersonales.
 - a. Analizar la comunicación en la entrevista (verbal/no verbal).
 - b. Alianza terapéutica.
- Historia personal.
 - a. Motivo de consulta.
 - b. Antecedentes personales.
 - c. Relaciones familiares.
 - d. Salud.
 - e. Onirismo.
 - f. Sexualidad.
 - g. Hábitos, consumos y situaciones de riesgo.
 - h. ¿Qué añadiría?

Final de las entrevistas

- Devolución y encuadre terapéutico.
- Impresión subjetiva del terapeuta.

Anexos.

- I. Ejemplos de acogida.
- II. Mecanismos de defensa.
- III. Genograma.
- IV. Factores de Riesgo y protección.

Referencias Bibliográficas.

Introducción:

En esta primera parte de la guía queremos dejar claros los dos primeros pasos a seguir cuando una persona acude a una asociación de alcohólicos rehabilitados. El primero de ellos, la acogida, correrá a cargo fundamentalmente de alcohólicos rehabilitados y familiares, voluntarios en todo caso del movimiento asociativo de ayuda mutua; y el segundo paso, la entrevista, deberá ser realizada por profesionales y tiene una metodología muy concreta que revisamos de forma más exhaustiva.

Algo a tener en cuenta, es que la posibilidad de poder captar a una persona y que inicie un tratamiento, si es el caso, dependerá de cómo demos estos dos primeros pasos.

La escucha reflexiva va a ser determinante en estos primeros contactos.

Acogida:

Definimos la acogida como la labor realizada por los miembros de una asociación en la primera toma de contacto con una persona que acude buscando ayuda, información o tratamiento. Puede ser el mismo afectado o un familiar quien solicita información u orientación.

Como se trata de la primera vez que esta persona acude a una asociación, la acogida debe realizarla un alcohólico rehabilitado o un familiar. Quien haga la acogida debe llevar un tiempo ya importante de abstinencia, tener formación, experiencia y colaborar dentro de la asociación. En cualquier caso, un miembro de la asociación capacitado para acoger, informar, atender, pero sobre todo para escuchar la demanda del recién llegado.

Aunque esta primera toma de contacto con la asociación no es propiamente un acto terapéutico, resulta de suma importancia, ya que según cómo sea este primer contacto el interesado decidirá iniciar o no un proceso terapéutico. Por ello, se debe escoger una ubicación tranquila, en la que haya intimidad, un sitio cómodo y sin elementos de distracción.

Las personas que realizan la acogida cumplen el papel de panel informativo, es decir, proporcionan una información objetiva y clara que interese al enfermo o al familiar. Informarán sobre la sistemática del tratamiento, horarios de apertura, cierre y funcionamiento de los grupos, y entregarán material informativo sobre la adicción y su tratamiento.

Para todo ello es conveniente que cada asociación disponga de material divulgativo, como un tríptico claro y sencillo, que brinde este tipo de información o incluso contenga algún cuestionario básico de autodiagnóstico, para que la persona pueda centrar su problema. Todo lo demás puede resultar accesorio.

También intentarán definir cuáles son las expectativas de la persona que acude. En ningún momento deben utilizar medios de persuasión o intimidación, ni aconsejar estrategias que puedan hacer creer al enfermo o al familiar que podrán resolver sus problemas sin ayuda.

Es importante que de este primer contacto surja un compromiso del enfermo o el familiar para acudir a una entrevista con un profesional de la asociación, donde recibirán información de carácter terapéutico.

En síntesis, los objetivos principales de la acogida son presentar la institución y acordar una cita.

Condiciones para realizar una correcta acogida

La persona que lleva a cabo este primer contacto debe:

1. Dejar hablar.
2. Escuchar.
3. Empatizar: ponerse en el lugar del adicto o familiar y decírselo, comentarle que entendemos lo que está contando.
4. Hacer que el paciente se sienta escuchado y comprendido por la persona que está haciendo la acogida.
5. Transmitirle que hay posibilidades de recuperación, siempre y cuando se deje ayudar a través de un proceso terapéutico.

En el anexo I proponemos ejemplos de lo que se debe y no se debe hacer en la acogida. (Anexo I)

Consideramos importante definir la duración de la acogida y aquellas cosas que se deben decir, pero aún más importante, las que no se deben decir.

En primer lugar, hay que pensar que “lo bueno, si breve, dos veces bueno”: no hay que excederse en el tiempo ni ser demasiado farragoso en las explicaciones. La duración adecuada para esta acogida sería alrededor de 30 minutos. Más allá de este tiempo se suele caer en repeticiones o se corre el riesgo de meterse en “camisa de once varas”.

En segundo lugar, pensemos que, en principio, la persona que acude en demanda de información no tiene por qué estar interesada en los problemas de aquel que lo está atendiendo. No es muy útil el primer día “soltar” el testimonio, ya habrá tiempo si es necesario.

Por otra parte, quien realiza la acogida en ningún momento debe resultar “pesado” ni debe olvidar que el objetivo final, además de lograr que el enfermo o familiar se sientan atendidos y a gusto, es conseguir que acudan a una primera entrevista.

Cómo se manifiesta el problema:

El abuso y la dependencia del alcohol se manifiestan de diferentes maneras en cada persona, aunque hay algunos síntomas comunes que nos permiten realizar un diagnóstico. En primer lugar, repasaremos algunas definiciones en relación con este problema:

En el glosario de términos de alcohol y drogas de la OMS, se define la adicción a las drogas o alcohol como *“el consumo repetido de una o varias sustancias psicoactivas, hasta el punto de que el consumidor (denominado adicto) se intoxica periódicamente o de forma continua, muestra un deseo compulsivo de consumir la sustancia (o sustancias) preferida, tiene una enorme dificultad para interrumpir voluntariamente o modificar su consumo y se muestra decidido a obtener sustancias psicoactivas por cualquier medio.*

Etimológicamente, la palabra adicción proviene del término latín *addictus*, que alude a la antigua costumbre por la cual un individuo era dado en esclavitud. Cuando una persona fracasaba, se entregaba a un Señor y se convertía en su adicto. Este concepto de adicción como sumisión hace referencia a un fracaso anterior, a la dificultad para enfrentar los dolores de la vida, y a la necesidad de entregarse a un amo, buscando una solución mágica o que provenga de otro.

Según el DSM-IV TR, el término dependencia se refiere *“en sentido general, al estado de necesitar o depender de algo o de alguien, ya sea como apoyo, para funcionar o para sobrevivir” (F1x.2).* Aplicado al **alcohol** y otras drogas, el término implica una necesidad de consumir dosis repetidas de la droga para encontrarse bien o para no sentirse mal.

Para establecer un diagnóstico, valoraremos las manifestaciones físicas, psicológicas, conductuales y las sociales o de relación, sin olvidar la evaluación de posibles cuadros psiquiátricos.

- Desde el punto de vista biológico: dado que el etanol (alcohol etílico) se metaboliza fundamentalmente por vía hepática, puede aparecer un daño en el hígado, con alteraciones analíticas en las transaminasas, que se acompañan frecuentemente con incremento de colesterol, triglicéridos y ácido úrico, también con anemia megaloblástica y aumento del volumen corpuscular medio. Además, el consumo continuado de alcohol en cantidades elevadas, incide en la posibilidad de sufrir enfermedades del aparato digestivo, cardio-circulatorio, neurológico, cáncer del aparato digestivo y de mama, entre otras.

- Desde el punto de vista fisiológico: presencia de los fenómenos de tolerancia y abstinencia. Tolerancia: cada vez se necesita más cantidad de alcohol para producir el mismo efecto, o lo que es lo mismo, a igual cantidad de alcohol consumido, los efectos disminuyen, dado que el organismo se ha acostumbrado a funcionar con esta sustancia.

Abstinencia: tras un consumo reiterado, prolongado o a dosis elevadas, y ante la privación (ausencia de la sustancia), se presenta un conjunto de síntomas somáticos y psíquicos como temblores, ansiedad, depresión y trastornos del sueño. A veces pueden ir acompañados de delirium, con obnubilación de la conciencia y estado confusional, alucinaciones o ilusiones. Todos estos síntomas remiten cuando se vuelve a consumir la sustancia.

Como la presencia de este síndrome de abstinencia es uno de los síntomas más claros de una dependencia al alcohol, siempre debemos valorar la aparición de temblores, sudoración, inquietud, ansiedad e insomnio entre otros.

- Desde el punto de vista psicológico: Síntomas como ansiedad, angustia, depresión, cuadros fóbicos, suelen acompañar al consumo compulsivo de alcohol. Se ha discutido si el consumo es primario, y la sustancia entonces pondría en marcha el trastorno anímico, o si el malestar psíquico induce al consumo como automedicación o anestesia para este sufrimiento, sin que se hayan podido discriminar las alteraciones psicológicas primarias de las inducidas por sustancias. Esto nos demuestra que el malestar psíquico debe ser valorado y tratado en su conjunto, y no aislando unos síntomas y olvidando otros, ya que todos ellos son distintas manifestaciones de que “algo no funciona” y de la necesidad de ayuda.

La dificultad para controlar el consumo de alcohol está directamente relacionada con una falta de control de los impulsos, y llevará a un deterioro progresivo del razonamiento y la toma de decisiones. Se harán más evidentes los rasgos compulsivos y la baja tolerancia a la frustración.

Puede aparecer el fenómeno de *craving*: experiencia subjetiva de desear o necesitar el consumo, e incapacidad de resistirlo.

El alcohol altera la conducta de las personas, provoca desinhibición y comportamientos anómalos que van desde la despreocupación hasta la agresividad.

- Desde el punto de vista de las relaciones interpersonales: consecuencias adversas en el plano laboral (pérdida de horas de trabajo y de productividad), familiar (discusiones con el cónyuge y otros familiares, violencia doméstica) o social (problemas y discusiones con amigos), problemas judiciales, accidentes de tráfico, etc.
- Desde el punto de vista psiquiátrico:

El consumo excesivo de alcohol aumenta la probabilidad de sufrir trastornos psiquiátricos agudos, como intoxicación etílica y delirium por abstinencia alcohólica, trastornos prolongados, como Síndrome de Wernicke-Korsakoff y demencia alcohólica, psicosis alcohólicas (alucinosis y/o celotipia); y por último, la frecuencia del suicidio en estos pacientes es mucho más alta que en el resto de la población.

Entrevista diagnóstica

Principios básicos de la entrevista:

La entrevista diagnóstica será el punto de partida del proceso terapéutico, por lo tanto, deberá ser realizada por el profesional encargado de valorar y evaluar cada caso en la asociación: psicólogo, psiquiatra o médico, especialistas en adicciones.

¿Por qué un profesional? Porque será quien evalúe y defina el problema, llegue a un diagnóstico y, posteriormente, proponga el tratamiento a seguir o remita a otros recursos.

Cada profesional realizará las entrevistas que sean necesarias para hacer una valoración global del paciente. Teniendo en cuenta las características del entrevistado, analizará todos los aspectos concernientes tanto a su problemática, como a su forma de ser y de actuar. También intentará analizar y discernir cuál es la demanda del paciente, qué necesita.

Como en todas las actuaciones asistenciales, es importante disponer del tiempo suficiente para hacer la evaluación. Cada sesión durará entre 45 minutos y una hora.

Como en el caso de la acogida, aquí también es importante dejar hablar al entrevistado, para que se sienta escuchado y pueda describir sin interrupciones su situación o sus necesidades.

No es infrecuente que en la primera entrevista el paciente venga acompañado por un familiar, y tampoco que ese familiar pueda o quiera convertirse en protagonista. Para evitar esta situación sin que el familiar se sienta excluido y participe de la evaluación, sugerimos que otro profesional lo entreviste en forma paralela.

Esto permitirá hacer una valoración de la situación familiar, involucrar a la familia en el tratamiento y coordinar las actuaciones terapéuticas adecuadas para cada miembro del grupo. No excluimos la posibilidad de mantener alguna entrevista conjunta, si así lo estima conveniente el profesional.

Es importante preguntar para obtener la información que consideramos imprescindible, pero no convertir la entrevista en un interrogatorio.

A continuación sintetizamos los principios de la entrevista motivacional, que nos será muy útil para trabajar con este tipo de pacientes:

- Emplear la escucha reflexiva: que la persona se sienta escuchada, hacerle saber que intentamos entender lo que quiere decirnos.
- Utilizar preguntas abiertas: para que el entrevistado pueda extenderse, no forzar respuestas de sí o no, ya que perderemos información y la confianza del paciente.
- No empezar la entrevista confrontando: que el paciente no se vea obligado a ponerse a la defensiva, ni perciba esta situación como si se tratara de una lucha contra él.

Debemos transmitir que lo que pretendemos es acompañar al paciente en su proceso de cambio. Que es él quien asumirá el protagonismo en este proceso, pero nosotros estaremos a su lado para ayudarlo.

El entrevistado siempre debe ser el protagonista, nunca nosotros o su familia. Debemos hacerle notar que lo que nos importa es lo que él tiene que decirnos, sus preocupaciones y angustias. Él debe guiarnos en este momento y decidir los temas a tratar y hasta dónde profundizar en ellos, nosotros lo acompañamos con una escucha atenta y empática.

Aunque nos parezca que plantea temas menores, debemos dar lugar a que los despliegue sin prejuizar, ya que a veces en una aparente anécdota sin importancia podemos encontrar la clave que nos permite entender parte de su problemática. Por eso, es fundamental que en la primera entrevista no acosemos al paciente con cuestionarios o preguntas cerradas, sino que lo dejemos expresarse y hasta irse un poco por las ramas, volviendo a situar el tema cuando sea necesario. Si consideramos que por su nivel de intoxicación no está en condiciones, lo citaremos para otra entrevista.

Debemos estar atentos para buscar el difícil equilibrio entre todo lo que el paciente intenta transmitirnos (o lo que intenta evitar) y la necesidad de centrar la entrevista alrededor de un

cierto foco, para no perder la perspectiva de que estamos estableciendo un primer contacto. Más adelante diagnosticaremos y derivaremos al tratamiento adecuado.

Pero insistimos: no temamos perder el tiempo escuchando el relato que el paciente nos hace de su vida, de las cosas que le preocupan, la forma en que se presenta, la imagen de sí que nos transmite. Lo que parece una pérdida de tiempo, muchas veces es la base de una relación terapéutica rica y fructífera.

Y lo importante en este sentido es que el paciente se vaya con la idea de que este proceso terapéutico lo iniciamos juntos. Él pondrá todo lo que cree que lo ha llevado a ser quién es y nosotros lo ayudaremos a conocerse, reflexionar sobre sí mismo y librarse de ataduras y repeticiones adictivas que le provocan infelicidad.

Tras esta primera toma de contacto, que se va a ampliar en sucesivas entrevistas, puede ser interesante entregarle un cuestionario específico sobre su consumo de alcohol, para que complete en su domicilio, y que nos servirá para valorar o definir el alcance del problema.

Un cuestionario que nos puede ser útil es el CBA (Cuestionario Breve para Alcohólicos) (*Anexo Cuestionarios I*), que sirve para identificar a los pacientes con dependencia alcohólica.

Otra opción es el CAGE T (Chronic Alcoholism General-Evaluation) (*Anexo Cuestionarios II*), que se puede camuflar con otras preguntas sobre salud y hábitos, higiénicos y alimenticios.

El AUDIT (*Anexo Cuestionarios III*) puede detectar consumos abusivos, de riesgo y dependencia.

Si queremos afinar más el diagnóstico se puede utilizar el MALT (Münchner Alkoholismus Test) (*Anexo Cuestionarios IV*), como un instrumento que contempla tanto los aspectos objetivos como subjetivos del consumo.

Otro instrumento valioso para medir el grado de severidad de la adicción y que posteriormente será útil para hacer el seguimiento y ver la evolución de los pacientes, se trata del ASI- 6 (Addiction Severity Index, version 6), validado en España por Julio Bobes.

Según los propios autores, el Índice de Gravedad de la Adicción, es una entrevista multidimensional empleada para valorar la gravedad del uso de sustancias (alcohol y drogas), del estado de salud y de los problemas laborales, familiares, sociales y legales que pudieran estar asociados al consumo de alcohol y otras drogas, con el principal objetivo de proporcionar tratamientos específicos e individualizados para cada paciente en función de sus necesidades. El ASI tiene tanto una importancia conceptual como práctica dado su acercamiento multidimensional a la evaluación de la gravedad de la adicción. Además, las investigaciones han obtenido datos que apoyan la capacidad del instrumento para diseñar y medir la efectividad del tratamiento. Nos encontramos entonces, con una herramienta que proporciona información básica sobre distintas áreas de la vida de los pacientes con fines de ayuda al diagnóstico y evaluación de los cambios clínicos y los resultados de los tratamientos. La versión definitiva del ASI6 es una entrevista semiestructurada con criterios claros de evaluación y puntuación. Consta de 257 ítems (frente a los 161 de la versión anterior) que se agrupan en las siguientes secciones:

- Información general: recoge información sobre las características de la entrevista, datos sociodemográficos y de alojamiento del paciente
- Áreas de la vida en las que el paciente pudiera tener problemas:
 - Salud física
 - Empleo y recursos.
 - Drogas y alcohol
 - Situación legal
 - Red familiar y social
 - Salud mental

- Sección final para que el entrevistador valore la validez y fiabilidad global de la información proporcionada por el paciente.

La información obtenida con el ASI6 se refiere a 3 períodos de tiempo, cada uno de los cuales tiene su propio interés y utilidad:

- A lo largo de la vida: proporciona información sobre la situación vital del paciente desde la infancia y sobre problemas que hayan podido existir en el pasado.
- Últimos 6 meses: este período temporal de evaluación no existía en las versiones previas. Se ha decidido incorporarlo en algunos ítems de interés en los análisis de eficiencia y costes-beneficios
- Últimos 30 días: proporciona información sobre la frecuencia y gravedad de los problemas recientes que resulta de gran interés para la monitorización y valoración de los cambios obtenidos con las intervenciones.

Si fuese necesario, no obstante, profundizar más en el análisis del sujeto a atender se podría utilizar la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV (SCID-I), se trata de una entrevista semiestructurada destinada a realizar los diagnósticos más importantes del eje I del DSM-IV, así se aumenta la fiabilidad diagnóstica a través de la estandarización del proceso de evaluación, y se aumenta la validez diagnóstica mediante la facilitación de la aplicación de los criterios diagnósticos del DSM-IV y la indagación sistemática de síntomas que de otra forma podrían pasar desapercibidos. Se trata de un instrumento eficiente y de fácil manejo, de tal forma que las ventajas de la entrevista estructurada son aplicadas en el ámbito clínico. La SCID puede ser utilizada para asegurar un diagnóstico más fiable y preciso y puede ser muy útil dada la existencia de casos complejos que existen en los centros que se dedican a las adicciones, el SCID-VC ahorra tiempo, asegura una revisión concienzuda, es fácil de utilizar y proporciona toda la información necesaria, mientras que mejora la precisión diagnóstica con una duración de 45 a 90 minutos por sesión.

Al mismo tiempo podemos utilizar la Entrevista Clínica Estructurada para los trastornos de personalidad del Eje II del DSM-IV (SCID-II). La SCID-II puede usarse para formular diagnósticos de Eje II, de forma tanto categorial (presente o ausente) como dimensional, reseñando el número de criterios de trastorno de personalidad para cada diagnóstico que han sido codificados. Está especialmente diseñado para utilizarse con la hoja de resultados, con una duración de 45 a 90 minutos por sesión.

¿Qué buscamos en la entrevista?

Aspectos Intrapsíquicos:

- a. Identificar el problema y el tipo de demanda que presenta el paciente.

Muchas personas que presentan un consumo abusivo de sustancias no consultan voluntariamente, sino que son presionadas por su entorno para acudir a una asociación, a veces empujadas por su situación familiar, laboral o por complicaciones somáticas.

Debemos considerar que ésta puede ser la única forma en que el paciente se acerque a una primera toma de conciencia de su situación y que no implicará necesariamente un obstáculo de cara a un tratamiento.

Es fundamental tener esto en cuenta a lo largo de las primeras entrevistas, intentar detectar sus efectos en la actitud desconfiada o enigmática del paciente, diferenciar sus deseos y necesidades de las de su entorno y plantearlo abiertamente a la hora de abordar una propuesta terapéutica.

Este tema puede ocuparnos toda una entrevista, pero no es una pérdida de tiempo ni un tema menor: muchas veces, de un buen planteamiento en cuanto a nuestro interés por ofrecerle la ayuda que él/ella necesita, puede depender el recorrido terapéutico de una persona.

Sentirse escuchado, tenido en cuenta, no juzgado y poder confiar en un vínculo cálido y de colaboración mutua es lo que necesita cualquier persona que sufre y más aún, alguien que todavía no tiene claro que tiene un problema ni de qué índole. Se suele decir que los adictos mienten, es posible que lo hagan como respuesta a las continuas acusaciones, reproches e intentos de dirigir su vida por parte de su entorno.

No juzgamos lo atinado de esas respuestas por parte de quienes conviven con él y su enfermedad, pero sí señalamos que en un marco terapéutico debemos alejarnos de ese tipo de actitudes e intentar crear un clima de confianza, para evitar que se nos identifique con más de lo mismo.

Para ello, puede que en un principio debamos resignar nuestro *furor curandis* y plantearnos objetivos más acotados, para ir abordando el problema del alcohol en un segundo momento, en que el vínculo terapéutico esté más consolidado. A partir de aquí, insistimos en que la problemática irá surgiendo como una inquietud y preocupación del interesado y no nuestra.

- b. Identificar el estadio de cambio.

En relación con lo anterior, consideramos interesante conocer los trabajos de Prochaska y Di Clemente acerca de la dinámica del cambio y los distintos estadios por los que pasa toda persona que se propone realizar un cambio de cualquier tipo en su vida. El proceso del cambio no es lineal, sino más bien en espiral. La persona va y vuelve, pasando por distintos momentos y actitudes mentales:

- Precontemplación: no hay ninguna conciencia del problema y, por lo tanto, no existe motivación para cambiar. Aparece fundamentalmente el mecanismo de la negación:

“yo controlo lo que bebo”, “yo bebo pero no me hace daño”, “es mi mujer la que tiene el problema, no yo”.

- Contemplación: la conducta nociva empieza a ser pensada como problema, tímidamente. Comienzan las dudas y aparece la ambivalencia: “debería dejarlo, pero no del todo”, “intentaré controlar mi consumo”.
- Determinación: es el momento de la toma de decisión, el sujeto decide hacer algo para conseguir el cambio.
- Acción: puesta en marcha de actuaciones dirigidas a cambiar la conducta.
- Mantenimiento y recaída: se intenta mantener y estabilizar el cambio conseguido, y prevenir la recaída. Si ésta llegara a producirse, se continúa con el proceso terapéutico.

c. Identificar las defensas.

Las defensas son las operaciones del psiquismo, en su mayoría inconscientes, dirigidas a proteger al sujeto de la ansiedad ocasionada por sus conflictos (internos o con la realidad externa). Cuando determinadas defensas se utilizan habitual y repetidamente dan lugar a los llamados rasgos de carácter.

Podríamos decir que las defensas tienen una función adaptativa, todas las utilizamos. El problema surge cuando se vuelven ineficaces, excesivamente rígidas o se repiten demasiado, bloqueando el funcionamiento mental, limitando su flexibilidad y adaptación y dando lugar a los síntomas y la enfermedad.

Los principales mecanismos de defensa son: represión, negación, proyección, anulación, aislamiento, desplazamiento, regresión, formación reactiva y sublimación. Otras operaciones defensivas más primitivas, que aparecen en estructuras límites y psicóticas de la personalidad, son: escisión, introyección, idealización, identificación proyectiva, omnipotencia y devaluación. Para profundizar en este tema ver anexo II. (Anexo II)

Las defensas se analizan a lo largo del proceso terapéutico. Pero ya en las primeras entrevistas, al tratarse de una situación nueva que el paciente tiene que enfrentar, éstas se movilizan contra la ansiedad, y podemos identificarlas en forma de resistencias. Miller y Rollnick en su libro “La entrevista motivacional”, nos ofrecen cuatro categorías de resistencia del paciente, que resumimos a continuación:

1. Argumentar: poner a prueba la habilidad, conocimientos o integridad del terapeuta, retándole, desvalorizándole o mostrándole hostilidad.
2. Interrumpir: irrumpir en el discurso del terapeuta, discutiéndole y cortándole de manera defensiva.
3. Negar: no querer reconocer los problemas, ni cooperar, ni aceptar la responsabilidad, ni el consejo, culpabilizando a los demás, estando en desacuerdo, excusándose, minimizando, mostrando pesimismo, reticencias y obstáculos al cambio.

4. Ignorar: defenderse del terapeuta con falta de atención, de respuestas adecuadas, desviándose del tema o no respondiendo.

d. Capacidades (potencialidades).

Este apartado está relacionado en gran medida con el de las defensas, ya que una persona que posee unas defensas adecuadas, es decir, flexibles y diversificadas, consigue un ajuste interno y un intercambio con la realidad en el que su yo puede enriquecerse en la relación con los demás y desarrollar sus potencialidades y capacidades, tanto a nivel intelectual como emocional y creativo.

Indagaremos pues los logros del paciente entrevistado en los distintos ámbitos: intelectuales, afectivos, laborales y sociales a lo largo de su vida; o por el contrario, las inhibiciones que, como consecuencia de sus conflictos y del consumo de alcohol, hayan estado frenando su potencial.

También valoraremos en este primer contacto la capacidad de responsabilidad, motivación y colaboración del paciente, de cara a un futuro proceso terapéutico, así como su nivel educativo y formativo, que nos ayudará a ajustar nuestra comunicación a su nivel de comprensión y adecuar nuestro nivel de expectativas en esa futura relación.

e. Forma de expresar la angustia y/o agresividad.

Es importante también observar la forma de manejar y de expresar la angustia, ya que cada individuo la va a vivenciar de forma subjetiva. Hay quien sin lugar a dudas vivirá el problema con malestar, padecimiento y gran carga de angustia. Probablemente sea ésta su forma de pedir ayuda y de querer salir del propio conflicto. En cambio, otros lo expresarán con agresividad, como una forma de defenderse y negar, o al menos resistirse frente a lo que podrían entender como una intromisión en su intimidad.

Otra forma de expresar lo que ocurre en el psiquismo de esa persona, en ese momento, es el temor a no controlar la situación, a no saber qué va a pasar, cómo ni por qué se ha llegado a ese extremo, ni qué se espera realmente de él.

En todo vínculo humano hay una cuota de agresividad, también dentro de la familia y para con nosotros mismos. Esa agresividad es imprescindible para mantener la vida y para avanzar, necesaria para prendernos al pecho durante la lactancia aunque hagamos daño y luego para masticar los alimentos, para poner límites y no dejar que nos invadan, y también para ponernos límites a nosotros mismos y no dejarnos llevar siempre por nuestros deseos inmediatos.

Muchas veces nos resulta difícil manejarla, no sabemos si debemos expresarla y cómo, o simplemente no somos conscientes de su existencia. De ahí la necesidad de observar cómo maneja nuestro entrevistado la agresividad, si la niega o la acepta como parte de la vida, si intenta ocultarla pero está a flor de piel, etc. A veces, no sabiendo hacia dónde dirigirla o cómo darle cauce, la revierte contra sí mismo y se culpabiliza por cosas de las que no es responsable, o la actúa a través de consumos con conductas suicidas. Otras, necesita el alcohol para permitirse

soltarla y sacar todo el odio y rencor que lleva dentro. Después se odiará a sí mismo por haber manifestado esa agresividad en forma desmedida y repetirá el círculo agresivo sin darle una salida más saludable.

Aspectos interpersonales

a. Analizar la comunicación en la entrevista (verbal / no verbal)

En la entrevista se produce una relación interpersonal en la que terapeuta y paciente mantienen un intercambio comunicativo, es decir, una comunicación bidireccional (la conducta de uno actúa como estímulo para la conducta del otro y la de éste, a su vez, es estímulo para la del primero), con unos fines y objetivos predeterminados y conocidos por el terapeuta.

Podemos distinguir en este intercambio dos tipos de comunicación: verbal y no verbal, que se dan inevitablemente en ambos participantes.

El tipo de comunicación que el paciente establece nos proporciona datos importantes sobre su personalidad, y especialmente sobre la forma en que se relaciona con los demás.

Nos interesa identificar su forma de expresión verbal, su facilidad o no para evocar y elaborar recuerdos, la densidad y profundidad de su discurso, las interrupciones, la intencionalidad de dominar o aislar al terapeuta, la necesidad de hablar y hablar para rehuir el diálogo, etc.

Su comunicación no verbal (más espontánea y difícil de controlar) nos puede suministrar una valiosa información acerca de lo que no dice con la palabra. Se podría afirmar que aunque el paciente no hable, su cuerpo sí lo hace. Este tipo de comunicación se manifiesta en tres niveles:

- **Movimiento o kinésico:** la flexibilidad o rigidez de su actitud corporal, posturas que adopta, gestos, mímica o expresiones faciales, contacto ocular, mirada (provocadora, cálida, seductora, hostil, vacía...), movimiento de las manos.
- **Aspectos vocales, no lingüísticos o paralingüísticos:** fluidez verbal, velocidad, silencios (defensivos o elaborativos), errores en el habla, calidad de la voz, tono.
- **Uso del espacio personal y social:** la distancia interpersonal (proximidad o lejanía), su condición psicosocial, su aspecto físico (cuidado o no, extravagante, discreto, acorde con su edad, etc.).
- También nos interesa la relación que se da entre la comunicación verbal y no verbal de nuestro paciente. Tomaremos nota de si es:
 - **Concordante:** si una y otra transmiten básicamente la misma información.
 - **Contradictoria:** la comunicación verbal contradice o se opone a la no verbal.
 - **Sustitutiva:** la comunicación no verbal ocupa el lugar de la verbal.
 - **Complementaria:** La comunicación no verbal añade algo o complementa a la verbal.
 - **Enfatizadora:** la comunicación no verbal acentúa a la verbal.
 - **Reguladora:** la conducta verbal contribuye a regular el flujo e intercambio comunicativo.

En cuanto al terapeuta, podríamos hablar de actitudes comunicativas favorables y desfavorables o negativas para la entrevista.

- Es favorable: Mostrar una neutralidad cordial, receptiva e interesada que motive al paciente, transmitiendo una flexibilidad que permita la emergencia de su personalidad, en un clima de aceptación y respeto donde se puedan llevar a cabo las funciones de escucha y observación.
- Es desfavorable: Un recibimiento efusivo, conversaciones intrascendentes, manifestaciones de simpatía, juicios, acusaciones, críticas o consejos, manifestación de opiniones, sentimientos propios o aspectos de la vida personal, actuar frente a la envidia, rivalidad o rechazo del paciente, someterse frente a actitudes agresivas del mismo, presionar o discutir, mostrar intolerancia, rigidez o exceso de formalismo, no respetar los silencios y utilizar el intercambio para la gratificación narcisista omnipotente del terapeuta.

b. Alianza terapéutica

La alianza terapéutica o alianza de trabajo es el vínculo de confianza y ayuda que se va creando entre un profesional y su paciente a lo largo de un proceso terapéutico. La estabilidad y el encuadre apropiado, permiten al paciente tener una actitud esencialmente positiva respecto al proceso terapéutico, identificándose con los objetivos del mismo.

La alianza está compuesta por todos aquellos factores que contribuyen a que el paciente permanezca en el tratamiento, e incluye la capacidad de soportar el esfuerzo y el pesar que provoca el enfrentamiento con sus conflictos internos.

Algunas conductas que manifiesta el paciente ante el terapeuta:

- Colaboración: el paciente y el terapeuta definen el problema y los objetivos del tratamiento.
- Proyección: el paciente identifica que algo va mal, pero cree que son otros los que deben cambiar y él no se percibe como parte de la solución de ese problema.

El profesional intentará revisar con el paciente cuál es su participación en el problema, qué le lleva a mantenerse en una situación o vínculo que le crea malestar y cuáles son las actitudes y pautas de comportamiento que mantienen el problema, ayudándole a experimentar nuevas respuestas.

- Paciente que viene obligado: Frente a este predominio de las defensas de negación existe un alto riesgo de que el profesional poco avezado responda actuando su frustración y culpabilizando al paciente, todo lo cual va a dificultar la creación de la relación de Alianza Terapéutica.

Cuando el paciente viene obligado, el terapeuta hablará con él de la situación de obligatoriedad o presión para acudir a las entrevistas, negociará con el paciente los objetivos

y procedimientos a seguir durante el tratamiento, debiendo ser muy claro respecto a los compromisos.

Estas actitudes deben analizarse cuanto antes para no convertir el tratamiento en una experiencia contraproducente.

En cualquier caso el objetivo será llegar a un compromiso de colaboración para conseguir mejorar la situación. El no imponer objetivos ni tareas a pacientes sin acuerdo previo entre paciente y terapeuta es un criterio básico para la consecución de la alianza.

Si el paciente ve que el terapeuta comprende su posición y la presión a la que está sometido y está dispuesto a garantizar un contexto de seguridad para que no se sienta obligado a nada, se favorece el inicio de la colaboración.

El terapeuta debe negociar con cuidado cada compromiso que adquiere con el paciente. Además, debe utilizar la motivación del demandante para buscar soluciones que no reproduzcan pautas de culpabilidad y repetición.

Historia personal:

a. Motivo de consulta:

Dado que estos enfermos suelen llevar muchos años de deterioro físico, psicológico, familiar y social, se trata de conocer qué aspectos de su situación actual han determinado la demanda de ayuda por parte de un profesional en este momento.

b. Antecedentes personales:

De la infancia nos interesará: la relación con las figuras de apego, la confianza básica, la adquisición de la autonomía en las diferentes etapas, la aceptación de los límites y las reacciones a la frustración, la función del juego para simbolizar y elaborar fantasías, la triangulación (o modo de situarse frente a lo masculino y lo femenino), las identificaciones, el ajuste escolar y familiar.

Debemos investigar especialmente la oralidad, cómo funcionó en la relación con la madre, qué había alrededor de la comida, si se alimentaba bien, si esto era importante para sus padres, etc.

En cuanto a la adolescencia (segunda oportunidad para elaborar conflictos primarios) anotaremos: la influencia de nuevos modelos no familiares, las relaciones con iguales, la sexualidad (evolución del autoerotismo a la sexualidad adulta), la agresividad y sus formas de expresión, proyectos, valores, actings (actuaciones), cómo han sido vividos los cambios fisiológicos, cómo se han elaborado los duelos (por el cuerpo infantil, por la identidad y roles infantiles, por los padres infantiles).

Debemos observar si aparece el consumo en cualquiera de sus formas, en relación con la sexualidad, la separación de los padres, la frustración, etc.

En toda su historia nos detendremos en las formas de satisfacción y de respuesta a la frustración, e intentaremos buscar claves para entender qué lugar ocupa el consumo en esta constelación, qué función puede estar cumpliendo, qué vacíos rellena, qué figuras acerca, etc.

El material histórico es importante, pero no ha de obtenerse mediante un trabajo de tipo detectivesco, que aliente al paciente a desarrollar la idea de que una vez que “suelte” *todo* y el terapeuta sepa *todo* sobre él, *todo* estará solucionado.

El profesional intentará conocer el significado especial que el paciente da a su vida, invitándolo a un esfuerzo de autoexploración para conocer la relación del presente con el pasado, de la imagen actual con las influencias de otras etapas, transmitiéndole -sobre la base de un profundo respeto- que valora su vida y sus experiencias.

También indagará cómo han vivido los padres el crecimiento del hijo y si éstos han sido capaces de ilusionar y decepcionar al niño en una medida ajustada.

c. Relaciones Familiares

Para comenzar la evaluación de las relaciones familiares contamos con un instrumento denominado genograma (*Anexo III*), que representa gráficamente el desarrollo familiar a lo largo de varias generaciones (normalmente, se tienen en cuenta sólo tres generaciones).

Aporta de forma sencilla, clara y visual información sobre la familia, en lo que se refiere a su estructura (composición y convivientes), al funcionamiento de cada uno de sus miembros y al funcionamiento de la unidad familiar. Permite conocer las relaciones existentes entre todos los miembros, facilita la identificación de sucesos familiares críticos (acontecimientos estresantes ocurridos) y valorar su repercusión. También permite valorar el momento actual en el que se encuentra la familia y ver la cronología de los hechos, a la vez que aporta información acerca de las pautas familiares.

Facilita, además, la detección de problemas emocionales ocultos y secretos familiares y ayuda, tanto al paciente como a su familia, a verse como parte de un todo y a observar el tipo de relación que existe entre todos los miembros.

La confección del genograma puede influir positivamente en la creación de la alianza terapéutica con el paciente, ya que su realización lleva consigo el manejo de información con una gran carga afectiva, y esto puede favorecer una relación más estrecha.

La historia socio-familiar también trata de establecer una descripción de la familia, completando datos sobre cada miembro acerca de la edad, el sexo, el estado civil, la ocupación, la fecha y causa de su muerte si hubiese fallecido, el ajuste personal y social, el estilo de relación que mantiene con el enfermo alcohólico en la actualidad, las actitudes del familiar hacia el alcohol u otras sustancias adictivas y la posible existencia de problemas relacionados con el alcohol. Se pretende disponer así de información acerca de las relaciones familiares, pero también acerca de la cultura familiar que rodea al enfermo, relacionada con el alcohol.

El objetivo de estas preguntas es entender hasta qué punto la situación familiar durante la infancia-adolescencia pudo ser un elemento de vulnerabilidad para el desarrollo posterior del

trastorno por el uso de sustancias. Una actitud positiva por parte de los padres hacia el abuso del alcohol, continuas peleas entre ellos, o la presencia de un trastorno por abuso de drogas, pueden ayudar a entender algunas de las variables que pudieron influir en el inicio del consumo.

También es importante conocer cómo el paciente identificado se relaciona con sus amigos y a qué dedica su tiempo libre y de ocio. Conocer estos aspectos nos aportará información acerca de si tiene o no amigos, vecinos, personas ajenas a la familia de apoyo y qué tipo de relación es la que mantiene con todos ellos (su representación gráfica sería el sociodrama).

Conviene diferenciar entre los amigos que conoce desde la infancia, los que guardan algún tipo de vínculo con su familia de origen, así como los amigos relacionados con el consumo de sustancias tóxicas y cómo éstos han influido o no, tanto en el inicio como en el mantenimiento del consumo. Será interesante conocer también qué amigos son los que tiene en la actualidad, una vez iniciado el proceso de recuperación, y si son buenos apoyos para el proceso de cambio.

Respecto a las actividades de ocio y hobbies, es conveniente saber cuáles son, qué le han reportado y qué le reportan al paciente en la actualidad.

Es adecuado conocer, además, si tiene relaciones con la comunidad en la que vive y de qué tipo son, y si su familia más cercana comparte este tipo de relaciones.

Sería conveniente conocer la existencia de relaciones conflictivas, así como las actividades delictivas que ha podido tener, como consecuencia o no del consumo de drogas, y si tiene pendiente juicios o sentencias.

Es necesario, además, evaluar el tipo de formación que tiene el paciente y el trabajo que desempeña en la actualidad, qué trabajos ha tenido y los motivos de los posibles cambios laborales.

d. Salud:

Uno de los aspectos más importantes a ponderar y al que las personas suelen dar más importancia es el de la salud física, pero es mucho mejor si este aspecto se enmarca dentro de lo que podemos entender como calidad de vida.

Podemos utilizar un instrumento para evaluarla, ya que éste puede volver a aplicarse con el paso del tiempo o del proceso terapéutico para evidenciar la evolución en cada sujeto. Con este fin hemos considerado que un instrumento eficaz, útil y fácil de aplicar es el cuestionario de salud- calidad de vida SF-36. (*Anexo cuestionarios IX*).

Respecto a la alimentación, en muchas ocasiones pasamos por alto su importancia y la de la situación nutritiva de los bebedores o de los consumidores de otras sustancias. El consumo excesivo de etanol disminuye el apetito, además de provocar una sensación de falsa saciedad pero carente de nutrientes.

Esto ocurre con otras sustancias, incluso con mayor frecuencia, como es el caso de los estimulantes.

Esta falta de nutrientes provoca enfermedades por carencias vitamínicas, proteicas, de minerales u otros oligoelementos.

Por lo tanto, el estudio del paciente se debe completar analizando sus hábitos alimenticios, cuántas comidas realiza, a qué horas y en qué consisten.

Reestructurar la alimentación nos ayuda a lograr una recuperación mejor y más rápida y a organizar los hábitos higiénico-dietéticos.

Pero no sólo es importante saber cómo, qué y cuándo come, sino de qué forma ingiere los alimentos, si lo hace de manera ordenada o, por ejemplo, de modo impulsivo o en forma de atracones.

Es importante descartar este tipo de cuadros, así como la anorexia y la bulimia.

e. Onirismo

En este apartado se trata de evaluar la posibilidad de tomar contacto con el conocimiento y la información que los sueños proporcionan, y la consiguiente capacidad del paciente para recordarlos y verbalizarlos.

Se trata de ver qué relación tiene la persona con sus sueños, si los considera útiles para comprenderse a sí mismo y como pertenecientes a su realidad interna.

Le preguntaremos si los recuerda, si se le repiten, si tiene a menudo pesadillas, etc.

Cuando se está abandonando el consumo, es frecuente que en los sueños el sujeto se vea consumiendo o en situaciones relacionadas con la ingesta de la sustancia, como reflejo del conflicto entre el deseo consciente de mantener la abstinencia y el deseo inconsciente de seguir consumiendo.

f. Sexualidad.

No mostrar ni un pudor excesivo, ni exceso de naturalidad al abordar este tema, que incluye los siguientes puntos:

- la masturbación (ausente, trivial, obsesiva, con qué fantasías)
- las atracciones sexuales en su vida (masculinas y femeninas)
- las relaciones sexuales pasadas y actuales (calidad y satisfacción en ellas).
- Las relaciones eventuales (por huir de la soledad, por huir del compromiso, en estado de embriaguez...)

Tratamos de obtener información de la evolución de este aspecto en su trayectoria vital.

g. Hábitos, consumos y situaciones de riesgo.

Dado que es el sujeto quien establece relaciones adictivas y no el objeto, pueden desarrollarse adicciones a toda clase de sustancias, actividades y personas. Por eso es importante

indagar el tipo y la calidad de las relaciones que el entrevistado suele establecer. Algunos tipos de adicciones que debemos valorar son:

- Sustancias psicotrópicas, como el alcohol, tabaco, abuso de medicamentos con capacidad adictiva (antidepresivos, tranquilizantes, ansiolíticos...) y diferentes tipos de drogas.
- Juegos de azar.
- Comidas o bebidas no alcohólicas (café, coca cola...).
- Sexo.
- Trabajo.
- Relaciones interpersonales.
- No debemos dejar pasar por alto otra serie de hábitos o conductas tales como la adicción al móvil, chat y otros usos excesivos de Internet o videojuegos.

Es importante analizar en qué situaciones se producen los consumos de bebidas alcohólicas u otras sustancias y en cuáles de ellas se presenta una pérdida de control. Esto nos ayudará a conocer la forma en que la persona entrevistada se enfrenta a situaciones de riesgo para el consumo, ya que cuando decida dejar de consumir intentará evitar momentos o situaciones que puedan llevarle a sufrir una recaída.

En un primer momento, definir estas situaciones y generar estrategias frente a ellas puede ayudar a encarar mejor el tratamiento, ya que a veces el utilizar estas estrategias puede hacer sentir al paciente que recupera un cierto control sobre su vida.

Por ello, es importante definir estos hábitos de consumo: si son solitarios, en compañía de amigos u otra gente, si son en bares o en el propio domicilio, si se producen cuando sale de fiesta o si son consecuencia de distintos estados de ánimo, tales como la tristeza, la alegría o la depresión.

Así, para poder contextualizar el problema es interesante definir los factores y situaciones de riesgo que pueden llevar a la persona al abuso de sustancias. Entre ellos encontramos factores de riesgo internos y externos, y situaciones de riesgo tanto individuales como ambientales. (Ver Anexo IV).

h. ¿Qué añadiría?

Al final de las dos o tres entrevistas (según los datos recogidos), se le invita al paciente a añadir lo que desee. Esto puede hacerse preguntándole si hay algo que no se haya comentado a lo largo de los encuentros mantenidos.

Final de las entrevistas:

Devolución y encuadre terapéutico.

Al terminar las entrevistas es conveniente hacer una devolución al paciente y, en caso de comenzar un tratamiento, exponerle el encuadre con el que trabajaremos y bajo el cual éste se llevará a cabo.

En la devolución no se trata de etiquetar al paciente con un diagnóstico, sino de resumir y condensar los datos que nos ha proporcionado en las entrevistas, focalizando cuáles creemos que son sus dificultades y problemas principales (creando un puente entre pasado y presente), cuál entendemos que es su demanda al acudir a nosotros y en qué podemos ayudarle.

En cuanto al encuadre, aunque depende de la formación y la línea de trabajo de cada profesional, creemos que hay unos aspectos importantes que no se deben descuidar para lograr un contexto estable, que permita trabajar a terapeuta y paciente.

Dichos aspectos, que el paciente debe aceptar, serán:

- Número de sesiones
- Duración de las mismas.
- Horarios
- Vacaciones
- Secreto profesional
- Relación fuera de las sesiones
- Duración del tratamiento
- Incompatibilidad con otros tratamientos psicoterapéuticos simultáneos
- Compromiso de asistencia a las sesiones y de aviso si hubiera ausencias.

Impresión subjetiva del terapeuta.

Todas esas sensaciones e ideas que recogemos al finalizar una entrevista, cómo nos hemos sentido, qué nos ha recordado, la impresión general que esa persona nos ha transmitido, la comodidad o incomodidad que hemos sentido, la sensación de veracidad o no que nos ha transmitido, etc., son elementos importantísimos que debemos tener en cuenta a lo largo de toda las entrevistas.

Esas sensaciones nos hablan de *todo* lo que la persona siente pero no puede decir, bien porque lo desconoce, o porque no sabe ponerle palabras.

Nos dicen mucho acerca de nuestro entrevistado: sus modos de relacionarse, de enfrentarse y construir una relación, su grado de confianza en el otro, su capacidad para dejarse llevar y mostrarse o su reticencia y control del vínculo, etc.

Por eso, debemos tomar nota de aquellos aspectos que nos llamen la atención y las impresiones que nos provoca, sean contrastadas o no. En este sentido, sería conveniente después de cada entrevista o de cada sesión, reflexionar acerca de lo hablado y de lo ocurrido durante la misma y anotar las sensaciones que hemos experimentado, así como establecer relaciones acerca de lo que nos ha contado. Muchas veces no nos paramos a reflexionar sobre esta información y luego, a lo largo de sesiones posteriores, nos damos cuenta de la importancia que tiene, tanto para el paciente como para el proceso de intervención terapéutica.

Esta información guarda una relación directa con el tema de las defensas expuesto anteriormente, ya que según cómo y de qué creamos que debemos defendernos, será el tipo de relación que establezcamos con los demás. También se relaciona con la comunicación, sobre todo la no verbal.

Como vemos, la entrevista es una situación privilegiada que nos permite observar participando la forma en que una persona se relaciona con su entorno. Podríamos decir que se nos muestra en vivo y en directo el modelo de sus relaciones con el mundo. Y es en el seno de este vínculo donde podremos ayudarle a conocer, entender y reformular ese estilo de relación, entender la necesidad que tiene de hacerlo así, pero también mostrarle que hay otras formas posibles y que éstas probablemente le aporten más felicidad.

Esto requiere de una gran destreza y habilidad para auto examinarse como terapeuta, y también de dedicación, para poder realizarlo bien.

(Estas estimaciones subjetivas del terapeuta no formarán parte de la historia clínica)

ANEXOS:

Anexo I: Ejemplos de acogida

Anexo II: Mecanismos de Defensa

Anexo III: Genograma

Anexo IV: Factores de riesgo y protección.

ANEXO I: Ejemplos de acogida

Ejemplo de lo que no se debe hacer en la acogida:

Entrevistador(A): -Usted ha venido porque tiene un problema con el alcohol, ¿no es cierto?

Entrevistado (B):-Sí

(A)- ¿Cree que bebe demasiado?

(B) -A veces.

(A) -¿Qué bebe habitualmente?

(B) -Cerveza.

(A) -¿Cuántas cervezas bebe al día?

(B) -Lo normal, cuatro o cinco. Los fines de semana alguna más.

(A) -Seguro que son muchas más. ¿Y ha tenido problemas por su alcoholismo?

(B) -Mi mujer dice que bebo mucho, pero yo no soy un borracho.

(A) -Usted tiene un problema con el alcohol. Además, si su mujer dice que bebe mucho seguro que es así, porque los alcohólicos somos todos unos mentirosos.

(B) -¿Qué quiere decir con eso?

(A) -Que si ha venido aquí por algo será.

(B) -Pero mis amigos beben lo mismo que yo, no creo que sea para tanto.

(A) -¿Que no es para tanto? ¡Es un milagro que no haya tenido más problemas por beber tanto!

En este ejemplo se ve cómo se acorrala al entrevistado con preguntas cerradas que sólo admiten respuestas muy concretas, de sí o no. También se da por hecho su alcoholismo, sin permitir que sea él quien reflexione sobre lo que le está pasando. Además, el entrevistador tiene una actitud de confrontación permanente con su entrevistado, porque cree que ya sabe lo que le pasa, en lugar de escuchar su demanda y ayudarle a reflexionar sobre sus

problemas y necesidades. En estos casos la persona tiende a defenderse de lo que entiende como una acusación, negando el problema y cerrándose a cualquier posibilidad de cambio.

Ejemplo de acogida bien hecha:

Entrevistador (A): - Creo que usted está preocupado por su forma de beber y por eso ha venido. Tenemos una hora para intentar ver qué le pasa y si podemos ayudarle. Me gustaría que me cuente qué es lo que le preocupa a usted, cómo se ve con respecto al alcohol, qué le gusta y qué no, o si ha notado cambios que le preocupen en su forma de beber.

Entrevistado (B): -Vale. En realidad no sé si tengo un problema. Mi mujer dice que cuando no trabajo siempre bebo y el médico me dijo que los análisis muestran que tal vez me pase un poco. Pero mi mujer se empeñó e insistió, hasta que le dije que iba a venir para que me deje en paz.

(A) -Parece que hay dos personas preocupadas porque el alcohol le haga daño.

(B) -Pero no sé, yo no me emborracho nunca. Igual me paso un poco, la verdad es que bebo bastante últimamente.

(A) -Entonces nota que bebe más ahora que antes, pero no le afecta mucho. ¿Hay algo que le preocupe?

(B)-Yo noto que a veces no recuerdo lo que pasó la noche anterior, qué hice ni dónde dejé el coche. No es muy agradable. Pero soy buen trabajador, buen marido y buen padre, ¿cómo iba a ser un alcohólico?

(A)-Debe ser complicado para usted: ve que bebe demasiado y eso le preocupa, pero no se identifica con lo que cree que es un alcohólico. No debe haber sido fácil para usted venir aquí. ¿Por qué no viene a una entrevista con el/la psicólogo/a y habla de todas estas cosas? Quizá le ayude a aclararse...

Aquí el entrevistador hace preguntas abiertas, que permiten que sea el entrevistado quien saque a relucir sus propias preocupaciones en un clima de comprensión y empatía, que se refuerza con comentarios acerca de lo difícil que debe ser para él y con preguntas acerca de lo que él piensa que le pasa y le preocupa.

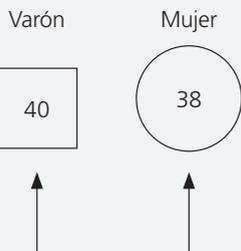
ANEXO II: Principales mecanismos de defensa

- Represión: consiste en mantener fuera del campo de la consciencia representaciones inaceptables, para evitar la angustia que traerían consigo.
- Negación: los deseos, pensamiento o sentimientos, hasta entonces reprimidos, aparecen en el campo de la consciencia, pero el sujeto se niega a admitir que le pertenezcan. (adicción)
- Proyección: lo censurable es percibido en otra persona y no en uno mismo. (paranoia)
- Anulación: se realizan actos, pensamientos o conductas, destinados a borrar o deshacer mágicamente algo que fue pensado o realizado antes. (neurosis obsesiva)
- Aislamiento: consiste en separar la representación molesta de su afecto correspondiente, manteniendo separado lo que en realidad está unido. (neurosis obsesiva)
- Desplazamiento: consiste en colocar el afecto, separado de una representación molesta o angustiosa, sobre otra que no lo es, pero ligada a la primera por alguna asociación. (fobias)
- Regresión: vuelta a etapas anteriores de funcionamiento, en las que ha habido gratificaciones más completas. (recaídas en las adicciones).
- Formación reactiva: convertir en lo contrario sentimientos, actitudes o afectos que producen angustia.
- Sublimación: la pulsión es derivada hacia un nuevo fin, y apunta hacia objetos socialmente valorados.
- Escisión: División de los objetos en totalmente buenos y totalmente malos. Si es escisión del yo: Una parte del mismo queda en contacto con la realidad, mientras que otra parte pierde todo el contacto con ella.
- Introyección: Absorber las características del otro, generalmente para recuperar la omnipotencia depositada en él previamente.
- Identificación: Con El Agresor: Comportarse como si uno fuera la persona temida en el pasado.
- Idealización: Aumentar artificialmente las características de bondad o maldad del otro.
- Identificación proyectiva: Disociación de una parte de la personalidad y proyección de la misma sobre otra persona, que provoca necesidad de controlarla y empobrecimiento de la psique.
- Omnipotencia y devaluación: Representación de un sí mismo grandioso, en relación con una representación degradante y despreciativa de los demás.

ANEXO III. Genograma

Símbolos del Genograma

1.- Persona entrevistada personalmente. En el interior se incluye la edad.



2.- Persona estudiada



3.- Persona de la cual se desconoce el sexo

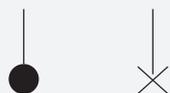


4.- Embarazo

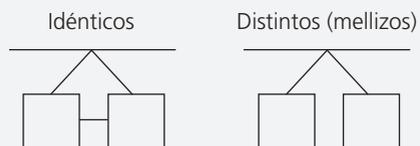


5.- Aborto

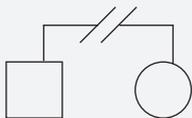
Espontáneo Inducido



6.- Gemelos:



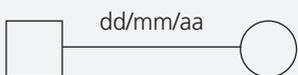
7.- Hermanastros



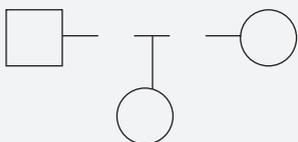
8.- Sin descendencia, esterilidad o término del período de reproducción



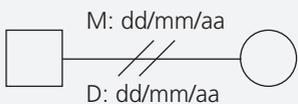
9.- Matrimonio y fecha de boda



10.- Pareja no casada con hijos, pero que convive



11.- Divorciados o ruptura. Fecha de matrimonio y divorcio



Separación:



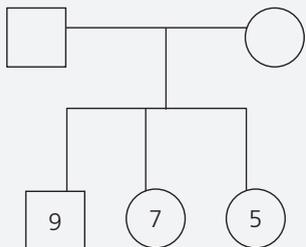
12.- Defunción varón y año



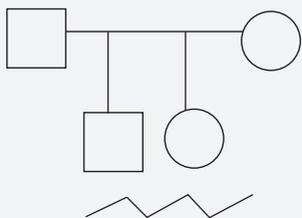
Defunción mujer y año



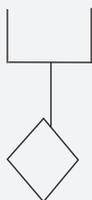
13.- Matrimonio con hijos. Éstos se sitúan en orden de edad, empezando por la izquierda



14.- Orden de nacimiento desconocido



15.- Número de hijos cuando se desconoce su edad y sexo



16.- Hijo adoptado



17.- Parto de feto muerto: mujer. 
Círculo pequeño

18.- Parto de feto muerto: varón 
Cuadrado pequeño

19.- Miembros que conviven en el hogar



20.- Buena relación 

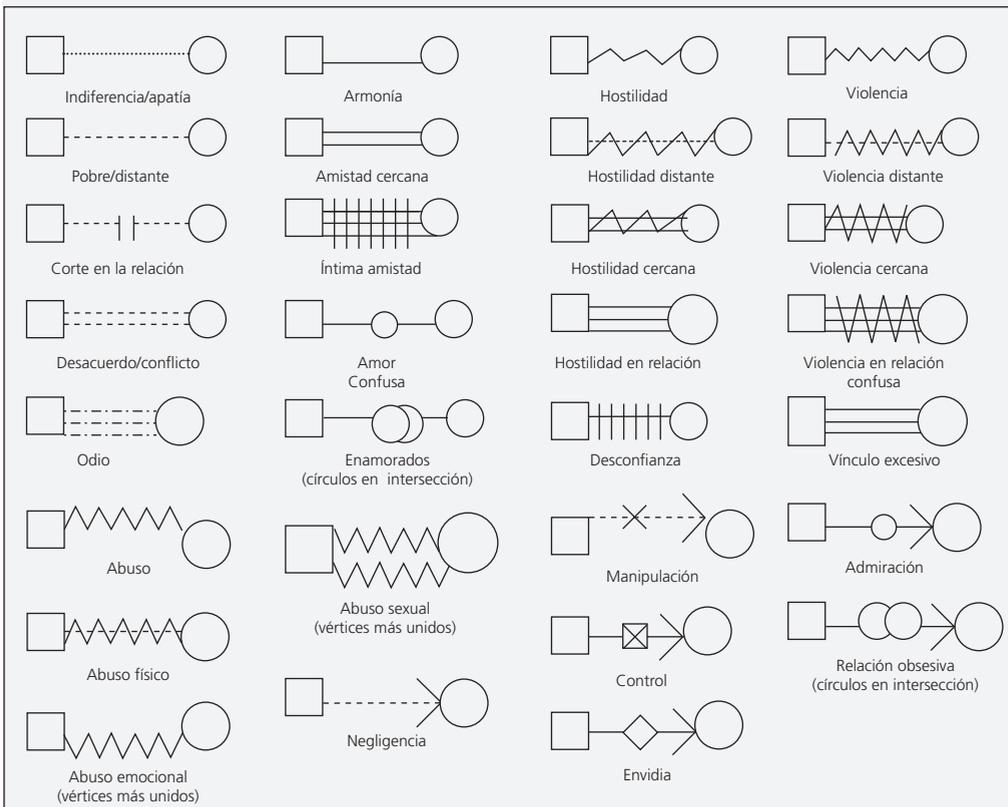
21.- Mala relación 

22.- Vinculación intensa 

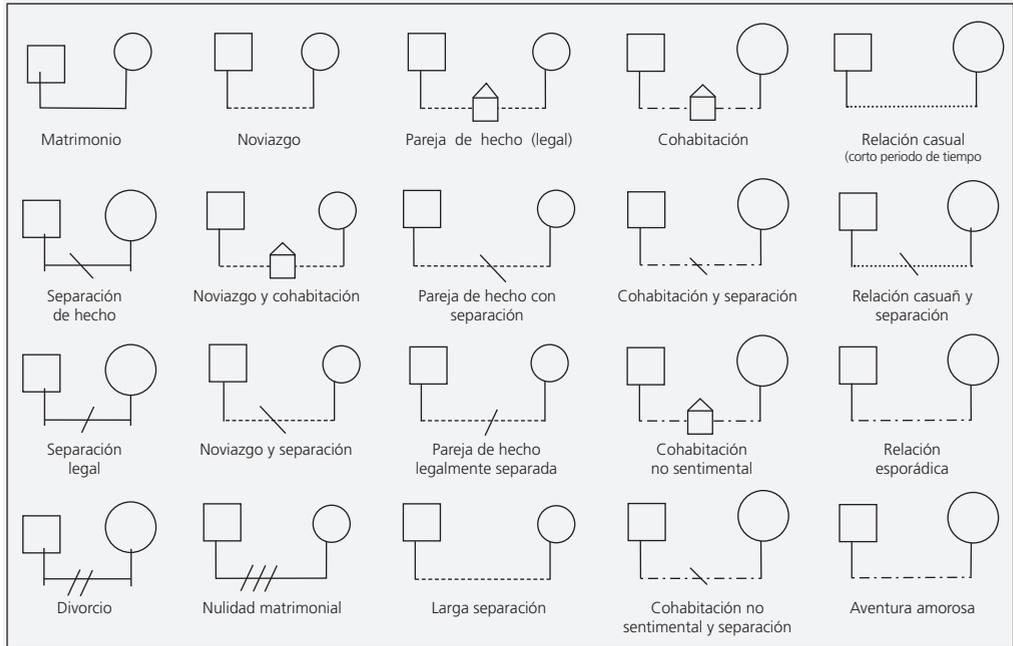
23.- Alcohólico varón 

El genograma se puede realizar con un programa informático que se llama GenoPro, resulta fácil y sencillo, aunque requiere un poquito de manejo.

LEYENDA DE RELACIONES EMOCIONALES



LEYENDA DE RELACIONES FAMILIARES

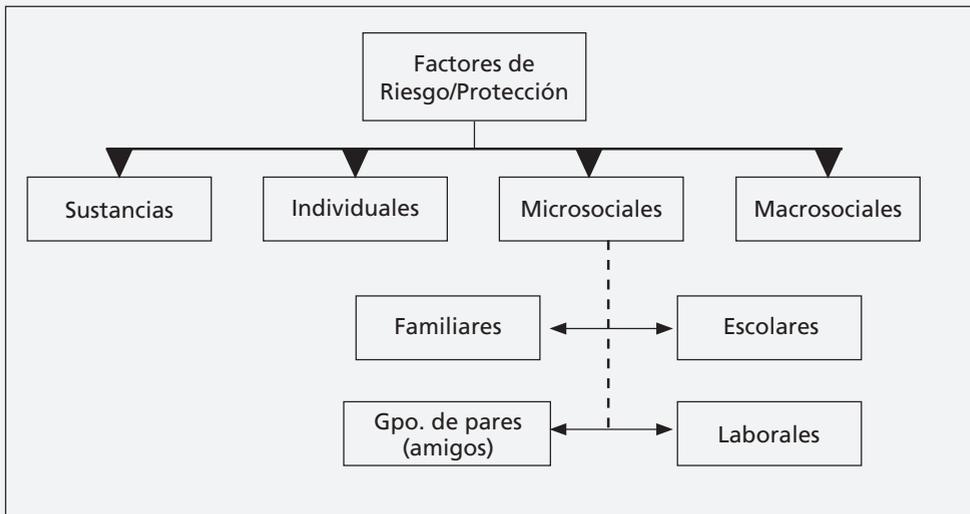


ANEXO IV: FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN FRENTE AL ALCOHOLISMO

Factor de riesgo: es una característica interna y/o externa al individuo cuya presencia aumenta la probabilidad o la predisposición de que se produzca un determinado fenómeno (Luengo y otros, 1999).

Factor de protección: Son situaciones o características que aumentan la probabilidad de que un individuo no se inicie en el consumo de drogas, funcionan previniendo la aparición de un factor de riesgo o mitigando/interrumpiendo la acción de los factores de riesgo en su labor de facilitadores de que las personas consuman.

Tanto los factores de riesgo como los de protección, los podemos dividir de la siguiente forma:



En la siguiente tabla se representan factores de riesgo y de protección en relación con diferentes circunstancias que rodean al paciente:

	FACTORES DE RIESGO	FACTORES DE PROTECCIÓN
Sustancia	<ul style="list-style-type: none"> - Consumo de otro tipo de sustancias adictivas 	<ul style="list-style-type: none"> - No consumo
Individuales Hacen referencia a las características internas del individuo, a su forma de ser, sentirse y comportarse	<ul style="list-style-type: none"> - Edad, sexo - Grupo étnico - Inicio temprano en el consumo - Características de personalidad (buscador de sensaciones, rebeldía, tendencias antisociales) - Abandono de los valores normativos - Fracaso escolar - Baja autoestima y falta de asertividad - Manifestación de problemas de conducta en edades tempranas 	<ul style="list-style-type: none"> - Tener información sobre alcohol y otras sustancias - Uso saludable del tiempo libre - Habilidades sociales y receptividad social (cooperación; estabilidad emocional; autoestima; flexibilidad; habilidad para solucionar problemas; bajar los niveles de "reactividad"). - Buenas dotes de comunicación; sentido de la responsabilidad; empatía; generosidad; sentido del humor; inclinación hacia un comportamiento a favor de la sociedad; habilidad para resolver problemas; sentido de la autonomía; tener buenos propósitos y pensar en el futuro (motivación); ser disciplinado.
Microsociales o relacionales Son aquellos aspectos relativos al entorno más próximo de la persona. La interacción específica de cada sujeto con la familia, los amigos y el contexto escolar determina una situación peculiar	<p>En la familia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relaciones pobres con padres - Conflictividad familiar - Uso de drogas y/o actitudes de los padres favorables al consumo - Historia familiar de alcoholismo - Disciplina inconsistente o excesivamente severa - Poca capacidad para reconocer y manejar sentimientos - Inducción de sentimientos de culpa como mecanismo de control. <p>En el grupo de amigos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Compañeros consumidores - Conductas delictivas - Falta de redes de apoyo para los jóvenes. <p>En la escuela:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Insuficiencias educativas <p>A nivel laboral:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estereotipos sociales; modelos de triunfo. 	<p>En la familia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vínculos afectivos entre los miembros de la familia (evitar las críticas severas; dar márgenes de confianza, ...) - Relaciones paterno-filiales ordenadas y estructuradas - Patrones moderados de consumo de alcohol en los padres <p>En el grupo de amigos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relación con personas donde el consumo de sustancias adictivas no sea de abuso o no consumo. <p>En la escuela:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hábitos y normas claras de comportamiento. - Participación, responsabilidad y relación de los jóvenes con las tareas y decisiones del colegio. <p>A nivel laboral:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Motivación y satisfacción laboral positiva - Adecuada relación con los compañeros del trabajo
Macrosociales o sociales Hacen referencia a un entorno social más amplio. La estructura económica, normativa, la accesibilidad al consumo, la aceptación social del mismo y las costumbres y tradiciones imprimen unas características que diferencian a unas culturas de otras	<ul style="list-style-type: none"> - Aceptación social del consumo - Disponibilidad y accesibilidad a las drogas - Desorganización comunitaria - Normas sociales y leyes permisivas - Dificultades económicas y sociales 	<ul style="list-style-type: none"> - Existencia en la sociedad de normas, creencias y comportamientos coherentes y que tiendan a oponerse al uso del alcohol y otras drogas - Disminución de la accesibilidad - Incremento de los precios a través de los impuestos. - Aumento de la edad legal de compra de alcohol y hacer cumplir. - Endurecer las leyes de conducción bajo los efectos de una droga.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aberastury A, Knobel M. La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico. Buenos Aires: Ed. Paidós educador; 1994.
- Alonso-Fernández F. Los Secretos del Alcoholismo. Mujer, trabajo y juventud. Madrid: Ediciones Libertarias; 1998.
- Asociación Americana de Psiquiatría. DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 2003.
- Beattie M. Libérate de la Codependencia. Barcelona: Ed. Sirio; 2000.
- Bergeret J. Psicología patológica. Barcelona: Ed. Masson; 1990.
- Bergman J. S. Pescando Barracudas. Barcelona: Ed. Paidós Terapia Familiar; 1998.
- Bloss P. Psicoanálisis de la adolescencia. México: Ed. Joaquín Mortiz; 1971.
- Bobes, J.; Bascarán, MT.; Carballo, JL.; Díaz Mesa, EM.; Florez, G.; García-Portilla, MP.; Saiz, PA. Valoración de la gravedad de la adicción: Aplicación a la gestión clínica y monitorización de los tratamientos. Monografía adicciones 2007.
- Bobes J, Casas M, Gutiérrez M. Manual de evaluación y tratamiento de drogodependencia. Barcelona: Ed. Psiquiatría Editores; 2003.
- Cáceres Carrasco J. Reaprender a vivir en Pareja. Valencia: Ed. Promolibro; 1994.
- Cortés MT, Pascual F. Incumplimiento de propósitos en drogodependencias. Barcelona: Radom House Mondadori; 2005.
- Ettorre E. Mujeres y Alcohol. ¿Placer privado o problema público?. Madrid: Ed. Narcea; 1998.
- Evan Imber-Black. La Vida Secreta de las Familias. Barcelona: Editorial Gedisa; 1999. Fast J. El lenguaje del cuerpo. Barcelona: Kairós; 1971.
- Feliu M^a H, Güell M^a A. Relación de Pareja. Técnicas para la Convivencia. Barcelona: Ed. Martínez Roca; 1990.
- Fenichel O. Teoría psicoanalítica de las neurosis. Barcelona: Ed. Paidós; 1984.
- First, Michael B.; Gibbon, Miriam; Spitzer, Robert L.; Williams, Janet B.W. SCID-II: Guía del usuario para la entrevista clínica estructurada para los trastornos de la personalidad del eje II del DSM-IV. Barcelona: Edit. MASSON. 1999.
- Framo JL. Familia de Origen y Psicoterapia. Barcelona: Ed. Paidós Terapia Familiar; 1996.
- Freud A. El yo y los mecanismos de defensa. Buenos Aires: Ed. Paidós; 1974.

Freixa F. La Enfermedad Alcohólica. Barcelona: Ed. Herder; 1996.

Gibbon, Miriam; Spitzer, Robert L.; First, Michael B.. Scid-I, Versión Clínica, Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV. Barcelona: Ed. Masson, S.A.; 1999.

Grimberg L. Psicoanálisis aspectos teóricos y clínicos. Barcelona: Ed. Paidós; 1981.

Guardia Serecigni J (Coordinador), Jiménez-Arriero MA, Pascual F, Flórez G, Contel M. Alcoholismo. Guías Clínicas Basadas en la Evidencia Científica. Martín Impresores. Valencia. Socidrogalcohol; 2007.

Jiménez M, Monasor G, Rubio G. Clínica y diagnóstico. Instrumentos de evaluación en el alcoholismo. Alcoholism assessment scales. Trastornos Adictivos 2003;5(1):13-21.

Kalina E. Temas de drogadicción. Buenos Aires: Ed. Nueva Visión, 1987.

Kernberg O. Trastornos graves de la personalidad. México: Ed. El manual Moderno; 1987.

Korman V. Y antes de la droga, ¿qué? Una introducción a la teoría psicoanalítica de la estructuración del sujeto. Barcelona: Ed. Grup Igia, nov. 1995.

Laplanche J, Pontalis JB. Diccionario de psicoanálisis. Barcelona: Edit. Labor; 1993.

McCrary B, Rodríguez R, Otero-López JM. Los problemas de la bebida: un sistema de tratamiento paso a paso. Madrid: Psicología pirámide; 1998.

Michelena M. Un año para toda la vida. Madrid: Ed. Temas de hoy; 2002.

Moore BE, Fine BD. Términos y conceptos psicoanalíticos. Madrid: Biblioteca Nueva; 1997.

Murcia-Valcárcel E. No bebo porque yo no quiero, no es porque no pueda. Barcelona: Ed. Comte D'aure. 2002.

OMS. Glosario de términos de alcohol y drogas. Ministerio de sanidad y consumo. Centro de publicaciones. NIPO: 351-08-103- 1994.

Pascual F. Historia del Alcohol y del Alcoholismo. Valencia: Ed. Generalitat Valenciana. Consejería de Sanidad; 2004.

Plan Nacional sobre Drogas. Observatorio español sobre drogas. Informe del año 2007. Situación y tendencias de los problemas de drogas en España. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio del Interior.

Ríos JA. Manual de Orientación y Terapia familiar. Madrid: Instituto de Ciencias del Hombre; 1994.

Ríos JA. La Pareja: Modelos de Relación y Estilos de Pareja. Madrid: Ed. CCS; 2006.

Rodríguez-Arias Palomo JL, Venero M. Terapia Familiar Breve. Madrid: Ed. CCS; 2006.

Rodríguez – Martos A. El diagnóstico de los problemas de alcohol a través de cuestionarios. Madrid: Adalia farma SL; 2004.

Miller W, Rollnick S. La entrevista Motivacional. Barcelona: Edit Paidos Ibérica; 1999.

Rojas E. La Conquista de la Felicidad. Barcelona: Ed. Booket; 1996.

Rubio G, Santo-Domingo, J. (coord.). Curso de Especialización en Alcoholismo. Madrid: Ed. FAD; 2001.

Sáiz PA, G-Portilla M^a P, Paredes M.^a B, Bascarán M^aT, Bobes J. Instrumentos de evaluación en alcoholismo. Adicciones 2002; 14 Supl 1.

Serra y Costa. Terapia de Pareja. Madrid: Alianza Editorial;1993.

Fernández JR. coord. Et alt. Manual SET de alcoholismo. Ed: Editorial Médica Panamericana.; Cap. 16 Modelo de historia clínica (pp. 359-414) 2003.

[Thhttp://www.faes.es/BIPFAES_MOD/bipfaes.lasso?area=04T](http://www.faes.es/BIPFAES_MOD/bipfaes.lasso?area=04T)

[Thhttp://deliranteserialT.blogspot.com/2008/08/la-entrevista-psicologica-bleger-resumen.ht...27/08/2008.](http://deliranteserialT.blogspot.com/2008/08/la-entrevista-psicologica-bleger-resumen.html)

[Thhttp://www.network-press-org/T? la-entrevista. 27/08/2008.](http://www.network-press-org/T?la-entrevista)

[Thhttp://www.nida.nih.gov/Prevention/Spanish/factoresriesgo.html](http://www.nida.nih.gov/Prevention/Spanish/factoresriesgo.html)T

5. Instrumentos de evaluación a utilizar con consumidores de alcohol que demandan tratamiento y orientaciones a considerar por parte del profesional

*Cortés, M.T., Muñoz, S., Orueta, J., Vicéns, S., Del Pino, M.,
Trinidad, C., Sancho, C.*

Introducción

INSTRUMENTOS DE CRIBADO Y CONFIRMACIÓN

Cuestionarios de detección (cribado).

Sospecha de Dependencia

CAGE- *Evaluación General del Alcoholismo Crónico.*

CBA - *Cuestionario Breve para Alcohólicos.*

MAST- *Michigan Alcoholism Screening Test (SMAST).*

Sospecha de Abuso

AUDIT - *Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT-C).*

ISCA-*Interrogatorio Sistematizado de Consumos Alcohólicos.*

Cuestionarios de confirmación.

Dependencia

MALT - *Münchner Alkoholismus Test.*

Cuestionarios que aportan información complementaria.

Intensidad de la dependencia

SADQ- *Cuestionario de Gravedad de la dependencia al alcohol.*

EIDA - *Escala de Intensidad de la Dependencia Alcohólica.*

Evaluación del deseo de consumo (craving)

EMCA - *Escala Multidimensional de Craving de Alcohol.*

Esquema resumen apartado instrumentos cribado y confirmación

INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN DEL NIVEL DE MOTIVACIÓN AL CAMBIO

Estadios de cambio.

URICA- *Escala de evaluación del cambio de la Universidad de Rhode Island.*

SOCRATES- *Cuestionario sobre su uso personal de drogas.*

Procesos de cambio.

IPC- *Inventario de los Procesos de Cambio.*

INSTRUMENTOS ÚTILES EN LA PLANIFICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

Patrón de consumo.

CDP- *Perfil del bebedor.*

Situaciones de consumo.

IDS - *Inventario de situaciones de bebida.*

RPI - *Inventario de situaciones precipitantes de recaída.*

Estrategias de afrontamiento.

CBI - *Inventario de Habilidades de Afrontamiento* .

Impulsividad.

BIS-11 - *Escala de Impulsividad de Barrat*.

EI - *Escala de Impulsividad de Plutchik*.

ECIRyC- *Escala de Control de los Impulsos Ramón y Cajal*.

Esquema integración de instrumentos útiles para planificar la intervención en función del estadio motivacional en el que se encuentra el paciente.

VALORACIÓN DE POSIBLE PATOLOGÍA ASOCIADA

Evaluación de otros trastornos clínicos del Eje I (DSM-IV-TR).

SCL-90-R- *Cuestionario de 90 síntomas*.

Trastornos del estado de ánimo

HDRS - *Escala de Hamilton para la Depresión*.

MADRS - *Escala de Depresión de Montgomery-Asberg*.

BDI - *Inventario de Depresión de Beck*.

Trastornos de ansiedad

HARS- *Escala de Hamilton para la Ansiedad*.

STAI - *Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo*.

Evaluación de la Personalidad (Eje II DSM-IV-TR: Trastornos de la Personalidad).

MILLON III- *Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III*.

IPDE - *Examen Internacional de los Trastornos de Personalidad*.

Otros posibles instrumentos de evaluación del Eje II

EPQ-R- *Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck*.

MMPI 2- *Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2*.

16PF-5- *Cuestionario Factorial de Personalidad. 5ª edición*.

TCI-R-67- *Inventario de Temperamento y Carácter- revisado-67*.

ALGUNOS APUNTES FINALES

BIBLIOGRAFIA

Introducción

El diagnóstico de un problema por consumo de alcohol puede derivar de una solicitud directa de intervención, constituyendo el motivo principal de consulta ante el profesional, o puede estar oculto bajo otra patología asociada o bajo una demanda de atención por una consecuencia colateral como puede ser la mala comunicación familiar. En todos los casos, el profesional debe estar preparado para diagnosticar un alcoholismo subyacente, independientemente del nivel de conciencia que manifieste el sujeto.

Pero la evaluación a realizar será más o menos exhaustiva dependiendo del nivel de especialización del servicio que se considere. En Atención Primaria, y otros ámbitos no especializados en adicciones, la evaluación suele reducirse a la identificación del problema y posterior seguimiento del caso. Pero en un servicio especializado, ésta ha de ser mucho más amplia ya que debe servir para determinar la existencia del problema y poder planificar el tratamiento y posterior evolución del paciente. En líneas generales, las principales funciones de la evaluación pueden resumirse en:

- Realizar un análisis descriptivo que permita diagnosticar el problema y su nivel de gravedad.
- Contribuir a planificar la intervención que se va a realizar con esa persona. La dependencia alcohólica afecta diferentes áreas de su vida por lo que la evaluación debe ser amplia, considerando todas las vertientes bio-psico-sociales. Este análisis multidimensional permitirá ajustar al máximo la estrategia terapéutica a las necesidades de cada caso particular. También interesa conocer el nivel de predisposición del sujeto hacia el cambio o modificación de su conducta adictiva.
- Favorecer el seguimiento del paciente permitiendo evaluar el cambio producido, durante y tras el tratamiento. Esto permitirá valorar su progresión e ir ajustando la intervención garantizando una mayor efectividad de las estrategias puestas en marcha.

Es importante incidir en la realización de valoraciones de amplio espectro que vayan más allá de las simples clasificaciones diagnósticas. Los criterios, tanto del DSM-IV-TR como de la CIE-10, tienden a ser reduccionistas para el diagnóstico ya que cualquier profesional puede valorar de manera similar a dos consumidores por compartir algunos criterios de las clasificaciones diagnósticas, obviando sus peculiaridades y por ello dificultando el ajuste o adaptación del tratamiento a realizar con cada uno de ellos. Una evaluación amplia y multidisciplinar incluirá al menos:

- La valoración de trastornos por consumo (abuso/dependencia) y su nivel de gravedad.
- La valoración de los denominados trastornos inducidos (síndrome de abstinencia, trastorno amnésico, trastornos del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, etc.).
- La valoración de posibles problemas o alteraciones bio-psico-sociales derivadas del consumo y su nivel de gravedad (diagnóstico multiaxial).
- La disposición del sujeto para cambiar su conducta adictiva. En el caso de pacientes que ignoran sus problemas derivados del consumo, conocer su disposición hacia el cambio

en su conducta adictiva puede ayudar a enfocar correctamente la intervención, centrándola en la concienciación del problema, la resolución de su ambivalencia o el cambio de conducta, según proceda.

Generalmente, el proceso de valoración del paciente diferencia dos etapas: la de *identificación precoz* y la de *confirmación*.

La primera etapa, propia de recursos sanitarios no especializados en drogodependencias, concluye con la sospecha de un posible consumo anómalo de alcohol. Pero con esto no es suficiente para afirmar que una persona tiene un problema determinado, es necesario proceder a la *confirmación diagnóstica*, la cual se realiza en la mayoría de los casos en recursos asistenciales especializados en alcoholismo o drogodependencias, sirviéndose para ello de un análisis mucho más extenso y profundo que incluye los puntos enunciados con anterioridad.

Una adecuada evaluación se basa en una recogida de información amplia y contrastada, por lo que suelen utilizarse diferentes procedimientos (*observación del clínico, autoinformes del paciente, pruebas objetivas, informadores externos...*) y fuentes (entrevista clínica, marcadores biológicos -*Gamma Glutamil Transpeptidasa*, GGT; *Volumen Corpuscular medio*, VCM; *Transferrina Deficiente en Carbohidratos*, CDT-, *cuestionarios/instrumentos y escalas -de cribaje, de dependencia, de severidad del problema, de autoeficacia, de expectativas, de ansiedad, de trastornos de personalidad...-*, autorregistros, etc.). Todas las fuentes están destinadas a comprobar la presencia de determinados criterios diagnósticos y a medir las dimensiones del problema.

Es muy importante insistir en lo que ha llegado a convertirse en un principio de la Evaluación Psicológica Clínica: nunca evaluar un acontecimiento con un solo método de evaluación, utilizar siempre varios procedimientos para obtener distintas visiones del mismo acontecimiento (Muñoz, 2008).

La utilización de cuestionarios/instrumentos se considera uno de los recursos de los que puede servirse el profesional dentro del proceso general de evaluación, pero siempre junto con los otros indicadores mencionados. En ningún momento puede considerarse suficiente un cuestionario para realizar el diagnóstico del paciente, ya que estos no pueden dar cuenta de la complejidad del proceso adictivo en su totalidad.

Además, tal como se recoge en la Guía Clínica para el tratamiento del Alcoholismo basada en la evidencia científica¹ (Guardia et al., 2007), no sirve cualquier instrumento de evaluación. Siempre debe recurrirse a aquellos que hayan mostrado a nivel experimental ser útiles para medir lo que se proponen (estar validados) y estar ajustados a población española (estar adaptados a nuestro entorno).

La necesidad de validación de los instrumentos en el contexto sociocultural en el que se utilizan es aplicable a cualquier tipo de prueba y más aun en el caso del alcoholismo, debido a las diferencias en las pautas de bebida entre los diferentes países.

En el siguiente cuadro se recogen las recomendaciones basadas en la evidencia científica recogidas en la citada Guía Clínica para el tratamiento del Alcoholismo (Guardia et al., 2007).

Recomendación B: Es necesario explorar de forma rutinaria y **detectar** los consumos de alcohol de los pacientes que acuden a consultas ambulatorias y hospitalarias, y la mejor manera de realizar esa exploración de forma eficaz es el uso de **cuestionarios validados**.

Recomendación B: Es necesario explorar el consumo de alcohol de los pacientes que acuden a consultas ambulatorias y hospitalarias, **mediante un cuestionario cuya eficacia haya sido validada**.

Seguidamente se presenta una descripción de algunos de los cuestionarios que pueden ayudar al profesional que trabaja con pacientes que presentan un proceso adictivo al consumo de alcohol en su práctica profesional.

Los instrumentos se han agrupado diferenciando cuatro apartados: los de cribado y confirmación; los que contribuyen a evaluar el nivel de motivación al cambio; los útiles en la planificación de la intervención y los que permiten valorar una posible patología asociada. Asimismo, se han incluido orientaciones de las que puede servirse el profesional para seleccionar de manera más ajustada los diferentes instrumentos. En forma de anexo se presenta la relación de cuestionarios específicos del apartado de cribado y confirmación.

Se ha utilizado una presentación en formas de fichas de manera que se facilite al máximo el manejo de esta guía. Se diferencia entre fichas más detalladas para aquellos instrumentos más utilizados en el área de las adicciones y fichas más reducidas para instrumentos útiles pero menos utilizados. En aquellos casos en los que se dispone de evidencia científica basada en la experimentalidad, se ha incluido un apartado específico en la ficha correspondiente donde se indica claramente la recomendación de uso del instrumento (Recomendación A –*máxima*-, B –*alta*- o C –*media*-).

Instrumentos de cribado y diagnóstico abuso-dependencia

Cuestionarios de detección (cribado).

El objetivo de la *detección* es identificar casos potenciales de consumo problemático de grado diverso a través de la exploración rutinaria. Esto suele realizarse en Atención Primaria y en centros hospitalarios, considerándose la función más importante de la evaluación que realizan. En general, el *screening* se considera una medida de ahorro efectiva al ser realizado por diferentes profesionales, sin requerir muchos recursos para ello, permitiendo canalizar la intervención sobre los consumidores de alcohol de manera más rápida y generalizada –llegando a mucha más gente–.

A pesar de ello es importante que el profesional especializado en adicciones conozca de la existencia y utilidad de estos instrumentos ya que le permitirán comprender informes de derivación de otros servicios, al tiempo que pueden resultarle útiles ante casos puntuales en los que no queda claramente delimitado que el problema sea el consumo de alcohol. También puede utilizarlos con fines de investigación, por ejemplo, si quiere realizar un screening poblacional en temas de alcohol.

Una dificultad de los instrumentos de detección es que algunos clínicos los utilizan como criterio diagnóstico, atribuyéndoles funciones para las que no han sido diseñados y asumiendo conclusiones mal fundamentadas. Cuando se identifica un caso potencial de consumo de riesgo o de dependencia al alcohol a partir de un instrumento de este tipo es necesario iniciar todo un proceso de exploración para tratar de confirmar esta sospecha, de ahí la importancia de no confundir los cuestionarios o instrumentos de detección con los de confirmación.

Además, dependiendo del objeto de criba planteado (bebedores de riesgo, abusadores, dependientes...) los instrumentos de cribado varían, aspecto este que debe ser considerado por el profesional a la hora de seleccionar cuál de ellos utilizar. Para facilitar esta distinción en el propio texto se diferencia entre instrumentos que sirven para detectar/sospechar dependencia y los que han sido diseñados para detectar/sospechar conductas de abuso.

- Tal como se ha remarcado en la introducción no puede utilizarse cualquier instrumento. Las características que definen a un buen instrumento de cribado son:
- tener un nivel de sensibilidad alto (habilidad para clasificar como positivos a las personas que presentan el problema) y un nivel de especificidad elevado (habilidad para clasificar como negativos a las personas que no padecen el problema). Estos índices suelen variar en función del punto de corte establecido para poder considerar a un paciente con o sin la problemática analizada.
- estar adaptado a población española y no ser una simple traducción de instrumentos elaborados y validados para pacientes de otros países.
- ser sencillo y fácil de aplicar. Se considera un buen instrumento de cribaje o de detección aquel que reúne las características de brevedad y fácil comprensión por parte del destinatario, independientemente de su edad o nivel de formación.

Sospecha de dependencia

CAGE <i>Chronic Alcoholism General Evaluation</i> <i>Evaluación General del Alcoholismo Crónico (Anexo Cuestionarios II)</i>	
<p>Mayfield, D., McLeod, G. y Hall, P. (1974). The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. <i>The American Journal of Psychiatry</i>, 131, 1121-1123.</p> <p>Adaptación española Rodríguez-Martos, A., Navarro, R.M., Vecino C. y Pérez, R. (1986). Validación de los cuestionarios KFA (CBA) y CAGE para el diagnóstico del alcoholismo. <i>Drogoalcohol</i>, 11, 132-139.</p>	
Objetivo	Detectar pacientes con posible dependencia al alcohol.
Composición	4 preguntas con formato de respuesta dicotómica (sí-no).
Ámbito aplicación	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Principalmente en Atención Primaria. ➤ En revisiones laborales. ➤ En cualquier servicio médico no especializado en drogodependencias (p.ejemplo en pacientes con patología orgánica atribuida con alta probabilidad al consumo de alcohol).
Duración	2-3 minutos.
Descripción	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Las siglas que identifican este cuestionario se extraen a partir de las preguntas que lo componen: <ul style="list-style-type: none"> • <i>Cutting down</i>: intentos de reducir el consumo. • <i>Annoyance by criticism</i>: sentir molestia por las críticas que se reciben debido a la forma de consumir. • <i>Guilty feelings</i>: sentimientos de culpa que se experimentan a consecuencia del consumo. • <i>Eye-openers</i>: consumo de alcohol nada más despertar por la mañana. ➤ Sus ítems exploran una posible dependencia centrándose en las vivencias del paciente y en los síntomas de privación. ➤ Es un cuestionario que puede ser administrado por diferentes profesionales, no requiriendo de un entrenamiento previo excesivo.
Fiabilidad y Sensibilidad	<p>Algunos estudios indican variaciones en estos indicadores en función del sexo, la edad o la raza de los entrevistados. Incluso considerando un punto de corte mayor o igual a 2 se muestran oscilaciones importantes tanto en el nivel de sensibilidad (14%-84%) como en el nivel de especificidad (74%-95%). Hays y Spickard, (1987) muestran altos valores de sensibilidad y especificidad (entre el 81% y el 97%) en contextos hospitalarios, y algo más bajos en ambientes extrahospitalarios. Concretamente en muestras de pacientes ambulatorios y población general se obtiene una sensibilidad entre el 66%-84%, Además, tal como advierte Morey y Martín (1991) se tiende a diagnosticar en este tipo de población un número relativamente alto de falsos positivos.</p> <p>Según Guardia et al. (2007) la sensibilidad de este instrumento oscila entre 49% y 100% y su especificidad entre 79% y 100%, en función del punto de corte propuesto y de la gravedad del problema relacionado con el alcohol que se esté valorando. En la validación española, con un punto de corte de 2 (que es el más comúnmente aceptado), se obtiene una sensibilidad del 96% y una especificidad del 100% (Rodríguez-Martos, 1986).</p> <p>El coeficiente de validez concurrente del CAGE con el MALT es de 0,42 en una muestra de 50 alcohólicos (Rodríguez-Martos, 1986).</p>
Corrección e interpretación	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cada respuesta afirmativa vale un punto, obteniendo la puntuación total al sumar los valores de los cuatro ítems. ➤ La interpretación del resultado obtenido se realiza en función del siguiente baremo: <ul style="list-style-type: none"> • Puntuación 0: ninguna sospecha de problemas derivados del consumo de alcohol. • Puntuación 1: indicio de problemas relacionados con el consumo de alcohol. • Puntuación mayor o igual a 2: posible dependencia al alcohol.
Limitación	<ul style="list-style-type: none"> ➤ En población marginal (Robinson, Burger y Spickard, 1987) la utilidad de esta prueba es más limitada. ➤ No muestra una adecuada sensibilidad para detectar consumo de riesgo, pero se ha extendido su uso gracias a su brevedad y facilidad de puntuación (Guardia et al., 2007).

Recomendación	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se recomienda incluir preguntas que evalúen los cuatro ítems del CAGE intercaladas a lo largo de una entrevista más amplia, a fin de que el paciente no se sienta incómodo y distorsione sus respuestas. ➤ El cuestionario no alude a un período temporal concreto, por ello es recomendable incluir tras cada ítem la coletilla "a lo largo del último año" de manera que pueda concretarse la posible sospecha de dependencia en el momento actual. Se recomienda limitarlo al último año por seguir el mismo intervalo temporal fijado en el DSM-IV-TR. ➤ Se recomienda tener bajo observación a pacientes que puntúen 1 punto en el CAGE (posibles problemas).
Evidencia científica de su utilidad	<u>Grado de recomendación B.</u> EL CAGE es muy útil para el cribaje de los problemas relacionados con el alcohol en Atención Primaria, y mucho más fiable si el cuestionario es camuflado entre otras preguntas (Guardia et al., 2007).
Variaciones del instrumento	<ul style="list-style-type: none"> ➤ T-ACE (Sokol, Martier y Ager, 1989), es una variación del CAGE, y tiene por objeto el cribado del consumo de alcohol de mujeres embarazadas. Una puntuación ≥ 2 indicaría la posibilidad de ocasionar daños al feto. ➤ TWEAK (Russell, 1994), variación del CAGE y con un objetivo similar al cuestionario anterior. Explora la tolerancia, la preocupación generalizada, la ingesta en ayunas, los blackouts y la rumiación de abandonar el consumo. Una puntuación ≥ 2 permite sospechar que la mujer tiene problemas con el alcohol. ➤ LAST (Luebeck Alcohol Dependence and Abuse Screening Test), de Rumpf, Hapke, Hill y John, 1997, es una combinación de dos ítems del CAGE y de la versión abreviada del MAST (5 ítems). Resulta ser más sensible que ambos cuestionarios por separado en población hospitalaria y en Atención Primaria.

CBA <i>Kurzfragebogen für Alkoholgefährdete</i> Cuestionario Breve para Alcohólicos (Anexo Cuestionarios I)	
Feuerlein, W. y cols., (1976). Kurzfragebogen für Alkoholgefährdete (KFA): eine empirische analyse. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 222-229. Adaptación española Rodríguez-Martos, A., Navarro, R., Vecino, C. y Pérez, R. (1986). Validación de los cuestionarios KFA (CBA) y CAGE para el diagnóstico del alcoholismo. Drogalcohol, 11, 132-139.	
Objetivo	Identificar una posible dependencia alcohólica.
Composición	22 ítems de respuesta dicotómica (si-no).
Ámbito aplicación	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Atención Primaria. ➤ Estudios epidemiológicos en población general. ➤ Revisiones en poblaciones concretas.
Duración	5 minutos.
Descripción	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Instrumento autoadministrado. ➤ Recoge información referente a síntomas físicos de abstinencia, intentos de reducir el consumo de alcohol, sentimientos de culpa, consecuencias bio-psico-sociales del mismo.
Fiabilidad y Sensibilidad	Su sensibilidad y especificidad son muy elevadas en la versión española (98% respectivamente) (Rodríguez Martos, 2004). El coeficiente de validez concurrente del CBA con el MALT es de 0,74 en una muestra de 50 alcohólicos. Con un punto de corte de 5, la sensibilidad es del 96% y la especificidad del 98% (Rodríguez-Martos, 1986).
Corrección e interpretación	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cada respuesta afirmativa equivale a un punto. ➤ Salvo los ítems 3, 7, 14 y 18 en los que una respuesta afirmativa equivale a 4 puntos. ➤ La puntuación final es resultado de la suma de todos los ítems del cuestionario. ➤ El punto de corte a partir del cual se habla de una sospecha de dependencia alcohólica se sitúa en 5.

MAST <i>Michigan Alcoholism Screening Test</i> Test de Discriminación de Alcoholismo de Michigan (Anexo Cuestionarios V)	
Selzer ML. (1971). The Michigan Alcoholism Screening Test: The quest for a new diagnostic instrument. <i>American Journal of Psychiatry</i> , 127, 1653-1658. Adaptación española Ariño J. (1990). <i>Estudio de seguimiento de pacientes alcohólicos en Vitoria-Gasteiz</i> [tesis]. Lejona: Universidad del País Vasco. Escobar, F., González, C., López, J.L., Vercher, R., Arnal, J.A. y Galdámez, A.M. (1994). Validación del cuestionario SMAST para el diagnóstico del alcoholismo en atención primaria. <i>Atención Primaria</i> , 14, 627-630.	
Objetivo	Sospecha de una posible dependencia al alcohol.
Composición	25 ítems con formato de respuesta dicotómica (verdadero-falso).
Ámbito aplicación	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Bebedores problemáticos. ➤ Población psiquiátrica con consumos anómalos. ➤ Población general.
Duración	15-20 minutos.
Descripción	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Es un breve autoinforme, que también puede utilizarse en forma de entrevista semiestructurada. ➤ Recoge información acerca del consumo, su frecuencia y de las consecuencias negativas asociadas al mismo, así como de la problemática familiar, laboral, física, legal, la pérdida de control, etc.
Fiabilidad y Sensibilidad	Su fiabilidad y validez están ampliamente documentadas (Gibbs, 1983; Moore, 1972; Skinner y Sheu, 1982; Zung, 1978), situándose las estimaciones de consistencia interna de fiabilidad entre 0,85 y 0,95 (Zung, 1979).
Corrección e interpretación	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Las respuestas positivas se puntúan con 1 punto, excepto las referidas a haber sufrido delirium tremens (5 puntos) y a arrestos y detenciones relacionados con el consumo de alcohol (2 puntos cada arresto). ➤ Las puntuaciones oscilan entre 0 y 57. ➤ La interpretación del resultado obtenido se realiza en función del siguiente baremo: <ul style="list-style-type: none"> • por encima de 5 es indicativa de sospecha de alcoholismo. • por debajo de 3 se puede descartar la sospecha. • la puntuación de 4 quedaría en el terreno de la duda.
Limitación	Se trata de un instrumento cuya alta sensibilidad hace que genere una tasa elevada de falsos positivos. Se considera útil para detectar una posible dependencia alcohólica pero es mucho menos utilizado que los dos cuestionarios anteriormente descritos.
Recomendación	Los ítems de la prueba no delimitan la problemática a un tiempo determinado, por lo que es importante al igual que ocurre con otras pruebas enunciadas, incluir una coetilla al final de cada una de las preguntas limitándola a los últimos 12 meses previos a realizar el cuestionario. Se recomienda administrar esta misma prueba a algunos de los miembros de la familia para corroborar lo que dice el paciente. En estos casos se utiliza el mismo instrumento pero sirviéndose del pronombre en tercera persona.
Variaciones del instrumento	Existe una versión abreviada de 13 ítems: el <i>Short Michigan Alcoholism Screening Test</i> - SMAST- (Selzer, Vinokur y Van Rooijen, 1975). En este caso, considerando el punto de corte ≥ 2 se obtiene una sensibilidad de 48%-100% y una especificidad de 85%-96%, en la detección de dependencia alcohólica. Con un punto de corte ≥ 5 la sensibilidad alcanza el 57%-66% y la especificidad una puntuación aproximada al 80% (Segura y Contel, 2003).

Sospecha de abuso

AUDIT <i>Alcohol Use Disorders Identification Test</i> Test de Identificación de Trastornos con el Uso de Alcohol (Anexo Cuestionarios III)	
Saunders, J.B., Aasland, O.G., Babor, T.F., De la Fuente, J.R. y Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II. <i>Addiction</i> , 88, 791-804. Adaptación española Rubio, G., Bermejo, J., Caballero, M.C., y Santo-Domingo, J. (1998). Validación de la prueba para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT) en Atención Primaria. <i>Revista Clínica Española</i> , 198, 11-14.	
Objetivo	Detectar bebedores con un consumo de riesgo o perjudicial.
Composición	La versión española consta de 10 ítems: <ul style="list-style-type: none"> • los tres primeros hacen referencia a la cuantificación del consumo (Frecuencia de consumo; Cantidad típica y Frecuencia de consumo elevado). En los ítems 2 y 3 se asume que una consumición estándar equivale a 10g. de alcohol puro. • del 4 al 6 hacen referencia al comportamiento o actitud ante la bebida o síntomas de dependencia (Pérdida del control en el consumo; Aumento de la relevancia del consumo; Necesidad de consumo matutino). • el 7 y el 8 aluden a reacciones adversas (Sentimiento de culpa tras el consumo y Lagunas de memoria). • los dos últimos ítems hacen referencia a problemas relacionados con el consumo de alcohol (Lesiones debidas al consumo y Preocupación que manifiestan los que le rodean).
Ámbito aplicación	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Profesionales de Atención Primaria para identificar precozmente problemas en relación con el consumo de alcohol en personas que no cumplen criterios de dependencia ni presentan problemas físicos o psicosociales crónicos. ➤ En revisiones de salud laboral y revisiones médicas en general. ➤ Profesionales de cualquier servicio hospitalario en el que se traten patologías o lesiones con alta probabilidad de estar asociadas al consumo de alcohol (cirrosis, gastritis, pancreatitis, tuberculosis, lesiones de tráfico, agresiones, intentos de suicidio, etc.).
Duración	2-5 minutos.
Descripción	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Instrumento autoadministrado capaz de detectar problemas no graves relacionados con el consumo de alcohol. ➤ Su realización fue promovida por la Organización Mundial para la Salud en un intento de disponer de un instrumento de detección, rápido, fácil, fiable y válido en diferentes países (Babor, Higgins, Saunders y Monteiro, 2001; Saunders et al., 1993). ➤ Es consistente con los conceptos de consumo perjudicial y dependencia alcohólica de la CIE-10 y con los criterios de consumo de riesgo aceptados por la OMS. <ul style="list-style-type: none"> • Mujer: más de 20 g/día o 170 g/semana. • Varón: más de 40 g/día o 280 g/semana. • Episodios de consumo de más de 5 consumiciones en una misma sesión de bebida.
Fiabilidad y Sensibilidad	Se han obtenido buenas propiedades psicométricas en todos los estudios realizados con diversos subgrupos de diferentes países (Aertgeerts, Buntinx, Samsons y Fevery, 2001; Allen et al., 1997; Bohr, Babor y Franzlerm, 1995; Fiellin et al., 2000). En España, para la detección del consumo de riesgo: <ul style="list-style-type: none"> • Contel, Gual y Colom., 1999, refieren para un punto de corte de 9 y en una muestra de varones, una sensibilidad de 90% y una especificidad de 81%. • Arnáiz et al., 2001, obtuvieron una sensibilidad de 89% y una especificidad de 93% en varones, frente a un 60% y 78% en mujeres y un 86% y 100% en mayores de 60 años. • Guardia et al., 2007 a partir de un punto de corte de 8, refieren una sensibilidad del 95% y una especificidad del 85%.

<p>Corrección e interpretación</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Las ocho primeras cuestiones se responden con una escala Likert que oscila entre 0 y 4. ➤ Los ítems 9 y 10 incluyen una escala de respuesta de tres anclajes: 0, 2 ó 4. ➤ La puntuación total obtenida en el cuestionario resulta de sumar los 10 ítems, situándose entre 0 y 40. ➤ Existen puntos de corte diferenciados para hombres y mujeres (Cherpitel et al., 1995). <table border="1" data-bbox="374 323 1102 475"> <thead> <tr> <th></th> <th>Hombres</th> <th>Mujeres</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sin problemas</td> <td>0-7</td> <td>0-5</td> </tr> <tr> <td>Bebedor de riesgo</td> <td>8-12</td> <td>6-12</td> </tr> <tr> <td>Problemas físico –psíquicos y probable dependencia alcohólica</td> <td>13-40</td> <td>13-40</td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> ➤ La OMS recomienda prestar especial atención a los pacientes con puntuación: <ul style="list-style-type: none"> • Mayor o igual a 16 puntos: sugiere problemas importantes • Mayor o igual a 20 puntos: requiere investigar una posible dependencia. <p>Tanto es así, que llega a considerarse las puntuaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entre 8-20 puntos (6-20 en el caso de mujeres) indicativas de consumo perjudicial. • Superiores a 20 puntos, en ambos sexos, indicativas de una posible dependencia. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Incluso se dispone de tablas orientativas sobre la mejor intervención a realizar con los entrevistados en función de la puntuación obtenida en este cuestionario (Guardia et al., 2007): <table border="1" data-bbox="365 784 1102 971"> <thead> <tr> <th>Nivel de riesgo</th> <th>Intervención</th> <th>Puntuación AUDIT</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zona I</td> <td>Educación</td> <td>0-7</td> </tr> <tr> <td>Zona II</td> <td>Consejo simple</td> <td>8-15</td> </tr> <tr> <td>Zona III</td> <td>Terapia breve y seguimiento</td> <td>16-19</td> </tr> <tr> <td>Zona IV</td> <td>Derivación a servicio especializado</td> <td>20-40</td> </tr> </tbody> </table>		Hombres	Mujeres	Sin problemas	0-7	0-5	Bebedor de riesgo	8-12	6-12	Problemas físico –psíquicos y probable dependencia alcohólica	13-40	13-40	Nivel de riesgo	Intervención	Puntuación AUDIT	Zona I	Educación	0-7	Zona II	Consejo simple	8-15	Zona III	Terapia breve y seguimiento	16-19	Zona IV	Derivación a servicio especializado	20-40
	Hombres	Mujeres																										
Sin problemas	0-7	0-5																										
Bebedor de riesgo	8-12	6-12																										
Problemas físico –psíquicos y probable dependencia alcohólica	13-40	13-40																										
Nivel de riesgo	Intervención	Puntuación AUDIT																										
Zona I	Educación	0-7																										
Zona II	Consejo simple	8-15																										
Zona III	Terapia breve y seguimiento	16-19																										
Zona IV	Derivación a servicio especializado	20-40																										
<p>Recomendación</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Con pacientes que habitualmente no beben pero que tienen épocas de fuerte consumo, es conveniente centrarse en el intervalo de mayor consumo dentro de dicho período. ➤ Si el paciente se declara no bebedor en la pregunta 1, es importante registrar sus respuestas a los ítems 9-10 para descartar un posible alcohólico abstinentes. 																											
<p>Evidencia científica de su utilidad</p>	<p><u>Grado de recomendación B:</u> El cuestionario AUDIT es el más utilizado para la detección del consumo de riesgo de alcohol (Guardia et al., 2007).</p> <p><u>Recomendación A²:</u> El cuestionario AUDIT, y su variante el AUDIT-C, pueden ser utilizados en consultas de Atención Primaria para el cribado de problemas relacionados con el alcohol (Guardia et al., 2007).</p> <p><u>Recomendación A:</u> Pacientes que puntúen 8 o más en el AUDIT, o varones que puntúen 5 o más en el AUDIT-C o consuman más de 21 UBEs a la semana, o mujeres que puntúen 4 o más en el AUDIT-C o consuman más de 14 UBEs a la semana, deben considerarse candidatos a recibir una intervención breve (Guardia et al., 2007).</p>																											
<p>Variaciones del instrumento</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ AUDIT-C (descrito en la siguiente ficha). ➤ <i>AUDIT-3. Alcohol Use Disorders Identification Test- Consumption Questions</i> (Piccinelli et al., 1997). Pregunta tres del cuestionario AUDIT limitado a explorar la frecuencia de consumos concentrados o en atracón. Alternativa rápida para identificar bebedores de riesgo en entornos donde apenas hay tiempo para exploraciones como servicios de urgencias hospitalarias. Muestra una sensibilidad entre el 54% - 98% y una especificidad entre 57% - 93%. 																											

AUDIT C <i>Alcohol Use Disorders Identification Test - Consumption questions</i>	
<p>Bush, K., Kivlahan, D.R., McDonell, M.S., Fihn, S.D. y Bradley, K.A. (1998). Alcohol Consumption Questions (AUDIT-C): An effective brief screening test for problem drinking. <i>Archives of Internal Medicine</i>, 158, 1789-1795.</p> <p>Adaptación española Gual, A., Segura, L., Contel, M., Heather, N. y Colom, J. (2002). AUDIT-3 and AUDIT-4: Effectiveness of two short forms of the alcohol use disorders identification test. <i>Alcohol and Alcoholism</i>, 37, 591-596..</p>	
Objetivo	Identificación de bebedores con un consumo de riesgo o perjudicial.
Composición	3 primeros ítems del AUDIT.
Ámbito aplicación	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Entornos donde apenas hay tiempo para exploraciones. ➤ Población general usuaria de servicios de urgencias médicas y hospitalarias. ➤ Atención Primaria.
Duración	1 minuto.
Descripción	Explora la frecuencia y cantidad de consumo habitual, así como los episodios de consumo concentrado.
Fiabilidad y Sensibilidad	<p>Su validación, tanto en su versión original como en la versión española, indica una elevada eficacia diagnóstica (en torno al 80%) (Rodríguez-Martos, 2004).</p> <p>Se ha comprobado, en estudios realizados en Atención Primaria, que su sensibilidad se sitúa entre un 54-98% y su especificidad entre un 57-93% (Aertgeerts, Buntinx, Samsons y Fevery., 2001; Fiellin, Reid y O'Connor, 2000; Gordon et al., 2001).</p>
Corrección e interpretación	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cada respuesta afirmativa se puntúa entre 0 y 4. ➤ La máxima puntuación que puede obtenerse es 12. ➤ El consumo de riesgo se establece a partir del punto de corte: <ul style="list-style-type: none"> • Mayor o igual a 4 puntos: en la mujer. • Mayor o igual a 5 puntos: en el hombre.
Recomendación	<ul style="list-style-type: none"> ➤ En los ítems 2 y 3 se asume que una consumición estándar equivale a 10g. de alcohol puro. ➤ El cuestionario se refiere al año anterior. ➤ Si el paciente no supera el límite para ser clasificado como bebedor de riesgo, no es preciso seguir aplicando el AUDIT completo, pero en los casos en los que se rebasa ese punto de corte sería conveniente aplicarle el test completo.
Evidencia científica de su utilidad	<p><u>Recomendación A:</u> El cuestionario AUDIT y su variante el AUDIT-C, pueden ser utilizados en consultas de Atención Primaria para el cribado de problemas relacionados con el alcohol (Guardia et al., 2007).</p> <p><u>Recomendación A:</u> Pacientes que puntúen 8 o más en el AUDIT, o varones que puntúen 5 o más en el AUDIT-C o consuman más de 21 UBEs a la semana, o mujeres que puntúen 4 o más en el AUDIT-C o consuman más de 14 UBEs a la semana, deben considerarse candidatos a recibir una intervención breve (Guardia et al., 2007).</p>

ISCA Interrogatorio Sistematizado de Consumos Alcohólicos (Anexo Cuestionarios VI)	
Gual, A., Contel, M., Segura, L., Ribas, A., y Colom, J. (2001). El ISCA (Interrogatorio Sistematizado de Consumos Alcohólicos), un nuevo instrumento para la identificación precoz de bebedores de riesgo. <i>Medicina Clínica</i> , 117, 685-689.	
Objetivo	Detectar posibles bebedores de riesgo.
Composición	Tres ítems que exploran el patrón de consumo de alcohol semanal regular e irregular.
Ámbito aplicación	Atención Primaria.
Descripción	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se diseñó como un instrumento complementario al AUDIT. ➤ Evalúa el consumo alcohólico teniendo en cuenta tanto patrones regulares como irregulares de consumo semanal. ➤ Consta de 3 preguntas: <ul style="list-style-type: none"> • La primera explora el consumo de alcohol. • La segunda, la frecuencia de los consumos. • La tercera, las variaciones de consumo entre días laborales y festivos. ➤ El clínico registra: <ul style="list-style-type: none"> • Las cantidades habitualmente consumidas en días laborales y en días festivos, medidas en Unidades de Bebida Estándar (UBEs) considerando una UBE equivalente a 10 g. de alcohol. • El número de días de consumo en una semana normal.
Fiabilidad y Sensibilidad	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ha sido validado, obteniéndose una alta fiabilidad (Gual et al., 2001). ➤ En los varones la sensibilidad del ISCA osciló entre el 70 y el 81% y la especificidad entre el 82 y el 99%. En las mujeres los niveles de sensibilidad oscilaron entre el 46 y el 100% y los de especificidad entre el 97 y el 100%
Corrección e interpretación	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se multiplican los índices de cantidad y de días. A partir del sumatorio de los totales, se obtiene un cálculo del consumo semanal de alcohol en UBEs. ➤ Los puntos de corte propuestos como indicativos de posibles bebedores de riesgo son: <ul style="list-style-type: none"> • Hombres: puntuación superior a 28 puntos o UBEs semanales. • Mujeres: puntuación superior a 17 puntos o UBEs semanales. • Además, se recomienda valorar aquellos casos con una puntuación entre 11 y 16.

Cuestionarios de confirmación.

Dependencia

Existen muy pocos instrumentos que permiten realizar una confirmación de una orientación diagnóstica o sospecha previa. Estos cuestionarios, mucho más complejos que los presentados hasta el momento, incluyen tanto una valoración externa por parte de un profesional (fruto de la observación y exploraciones realizadas al paciente) como una parte de carácter subjetivo que realiza el paciente y que viene a reflejar sus emociones y conductas de dependencia.

Hasta el momento, en nuestro país, tan sólo se dispone de un instrumento para confirmar la sospecha de dependencia al alcohol. Éste es el utilizado en la mayoría de recursos especializados en conductas adictivas, sin olvidar que nunca va a ser el único instrumento para confirmar la dependencia. Tal como se ha indicado previamente son múltiples las fuentes en las que se tiene que apoyar un diagnóstico, sobre todo si es la base para un posterior tratamiento.

MALT <i>Münchener Alkoholismus Test</i> Test de Alcoholismo de Munich (Anexo Cuestionarios IV)	
Feuerlein, W., Kűfner, H., Ringer, C.H. y Antons, K. (1979). <i>MALT. Münchener Alkoholismus Test. Manual</i> . Beltz Test, Weinheim. Adaptación española: Rodríguez-Martos, A. y Suárez, R. (1984). MALT (Münchener Alkoholismus Test). Validación de la versión española de este test para el diagnóstico del alcoholismo. <i>Revista de Psiquiatría y Psicología Médica</i> , 16(6), 421-432.	
Objetivo	Confirmación de una dependencia alcohólica en su doble vertiente física y psicosocial.
Composición	Consta de 34 ítems con respuesta dicotómica (SI/NO), diferenciados en dos partes: MALT-O con 7 ítems y MALT-S con 27 ítems.
Ámbito aplicación	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pacientes de quienes se sospeche una dependencia alcohólica, bien por indicios clínicos, bien por una identificación a partir de un cuestionario de cribado. Puede emplearse tanto en régimen ambulatorio como hospitalario.
Duración	20- 30 minutos.
Descripción	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Instrumento que incluye ítems referidos a síntomas y problemas que pueden derivar de la ingesta de alcohol. ➤ La versión validada en España tiene tres ítems más que la versión original, pero según sus autores esto no hace necesario modificar los puntos de corte. ➤ Lo integran dos partes <u>inseparables</u>: <ul style="list-style-type: none"> • MALT-O (MALT objetivo): 7 ítems que recogen información sobre las consecuencias del consumo -<i>indicadores orgánicos de la dependencia alcohólica: enfermedad hepática, polineuropatía, delirium tremens-</i>, la cantidad consumida -<i>consumo superior a 150 ml. de alcohol puro al día en varones y de 120 ml. en mujeres-</i> y la búsqueda de ayuda por parte de algún familiar. En conjunto, el MALT-O evalúa los indicios de dependencia física. • MALT-S (MALT subjetivo): 27 síntomas (24 ítems en la versión original) que reflejan la percepción del paciente sobre sus problemas con el alcohol y sus alteraciones de conducta. Concretamente evalúa aspectos bio-psio-sociales derivados de sus experiencias de consumo durante los dos últimos años -temblores, náuseas, problemática laboral personal, pautas de bebida, culpabilidad, efectos negativos del alcohol, etc.-. Esta parte del instrumento que refleja la dependencia de carácter psicosocial. ➤ La valoración objetiva (MALT-O) la realiza el profesional a partir de la anamnesis y los resultados obtenidos de la exploración física y las pruebas complementarias. La valoración subjetiva (MALT-S) la cumplimenta el paciente.
Fiabilidad y sensibilidad	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Existe una elevada concordancia entre el diagnóstico obtenido por el MALT y los criterios diagnósticos internacionales (CIE y DSM). ➤ Su sensibilidad (entre 96% y 100%) y especificidad (entre el 80%y 88%) son muy elevadas en la versión española (Rodríguez-Martos, Suárez y Vecino, 1984; Rodríguez-Martos, 2004).
Corrección e interpretación	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cada respuesta afirmativa del MALT-O puntúa 4 puntos y la negativa 0. ➤ Cada respuesta afirmativa del MALT-S puntúa 1 punto y la negativa 0. ➤ La puntuación total obtenida en el test resulta de sumar las dos partes del cuestionario: MALT-O + MALT-S, oscilando entre 0 y 55. ➤ Los puntos de corte se establecen en: <ul style="list-style-type: none"> • Puntuación de 0-5: No alcoholismo. • Puntuación de 6-10: Sospecha de alcoholismo o de riesgo alcohólico (incluye casos de consumo perjudicial y formas incipientes de dependencia psicoconductual). • Puntuación de 11 o más: Alcoholismo.
Recomendación	<ul style="list-style-type: none"> ➤ No es válida la utilización aislada de una de las partes del cuestionario. El test ha de pasarse de manera íntegra (O+S) e interpretarse en su conjunto. ➤ El MALT es considerado un instrumento diferencial útil para confirmar las sospechas de alcoholismo tras la utilización de cuestionarios como el CAGE o el CBA.
Evidencia científica de su utilidad	<ul style="list-style-type: none"> ➤ <u>Recomendación B:</u> El cuestionario MALT y el ASI-6 o el EuropASI pueden ser de utilidad para confirmar diagnósticos y planificar estrategias terapéuticas en consultas especializadas (Guardia et al., 2007). ➤ <u>Grado de recomendación C²:</u> El test MALT está especialmente indicado para la confirmación del diagnóstico de dependencia al alcohol y para pautar el proceso terapéutico (Guardia et al., 2007)..

Cuestionarios que aportan información complementaria.

Intensidad de la dependencia.

El profesional puede servirse de algunos instrumentos que le permitan evaluar el nivel de intensidad de la dependencia que muestra el paciente ante el alcohol, pudiendo formarse de este modo un conocimiento más profundo y detallado de las implicaciones del consumo en la vida del sujeto. Pero ninguno de los siguientes instrumentos puede servirle para confirmar la sospecha de una posible dependencia.

SADQ <i>Severity of Alcohol Dependence Questionnaire</i> Cuestionario de Gravedad de la Dependencia al Alcohol	
Stockwell, T., Hodgson, R., Edwards, G., Taylor, C. y Rankin, H. (1979). Developmental of a questionnaire to measure severity of alcohol dependence. <i>British Journal of Addiction</i> , 74, 79-87. Adaptación española Rubio, G., Urosa, B., Rubio, M.C., Ulibarri, S. y Mata, F. (1996). Validación de un cuestionario sobre la gravedad de la dependencia del alcohol en población española. <i>Anales de Psiquiatría</i> , 12, 285-289. Monras, M., Gual, A. y Palau, N. (1997). SADQ y APQ. Validación de dos tests para evaluar la severidad del alcoholismo. <i>Adicciones</i> , 9, 507-528.	
Objetivo	Evaluar cuantitativamente los niveles de gravedad o intensidad de la dependencia al alcohol.
Composición	33 ítems con respuesta likert de 4 puntos.
Ámbito aplicación	Paciente dependiente en tratamiento.
Duración	15-20 minutos.
Descripción	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Es un instrumento autoadministrado. ➤ Se le pregunta al sujeto si en el período de mayor consumo de alcohol ocurrido en los 6 meses previos a la entrevista ha experimentado alguna de esas consecuencias. ➤ Todas las versiones de este cuestionario se estructuran en 5 secciones: <ul style="list-style-type: none"> • síntomas de abstinencia física. • síntomas psíquicos de abstinencia. • conductas para aliviar los síntomas de abstinencia. • consumo habitual diario de alcohol. • rapidez en la reinstauración de los síntomas de abstinencia tras la recaída. ➤ La versión original desarrollada por el grupo de Stockwell consta de 33 ítems, existiendo una versión española de Rubio et al., 1996. Posteriormente se construyeron dos instrumentos: uno de 20 ítems y otro de 24 ítems (SADQ-C). El primero no aporta ninguna novedad respecto del SADQ original de 33 ítems y cuenta con validación española. El segundo se diseñó para Atención Primaria e incluye una subescala de control sobre la bebida.
Fiabilidad y Sensibilidad	Cuestionario de gravedad más utilizado internacionalmente, presenta una buena correlación con los criterios de dependencia del DSM-IV (Rodríguez-Martos, 2004).
Corrección e interpretación	Cada ítem se puntúa de 0 a 3: Casi nunca/Nada=0; Algunas veces/Poco=1; A menudo/Bastante=2 y Casi siempre/Mucho=3. Se obtiene una puntuación total a partir de la suma de las puntuaciones obtenidas en los diferentes ítems. No existen puntos de corte propuestos. A mayor puntuación, mayor gravedad. En pacientes españoles en tratamiento ambulatorio por dependencia alcohólica se obtuvo una puntuación media [DE] =31,04 [18,35] (Bobes, Portilla, Bascarán, Sáiz y Bousoño, 2004). En la validación española del cuestionario SADQ de 20 ítems se establece el punto de corte de 20 para detectar alcohólicos con dependencia grave. Dicho punto de corte es inferior al existente en las muestras originales anglosajonas.
Limitaciones	Considerar únicamente el nivel de gravedad de la dependencia física ya que recoge los síntomas físicos de la abstinencia y la ingestión para aliviarlos, pero no la pérdida de control.

EIDA Escala de Intensidad de la Dependencia al Alcohol (Anexo Cuestionarios VII)	
Rubio, G., Urosa, B. y Santo Domingo, J. (1998). Validación de la escala de la intensidad de la dependencia al alcohol (EIDA). <i>Psiquiatría Biológica</i> , 5, 44-47.	
Objetivo	Evaluar la intensidad de la dependencia alcohólica.
Composición	30 ítems con respuesta Likert de cuatro alternativas.
Ámbito aplicación	Paciente dependiente en tratamiento.
Duración	10- 15 minutos.
Descripción	<ul style="list-style-type: none"> ➤ La escala es autoaplicada. ➤ Se desarrolla esta escala a partir del instrumento SADQ de 24 ítems. ➤ Suple una deficiencia del SADQ: su limitación para dar cuenta de la pérdida de control. ➤ En este cuestionario se le pide al sujeto que recuerde un período en los últimos 6 meses en los que haya bebido mucho y que marque la frecuencia con la que le han ocurrido un listado de afirmaciones. ➤ Los 30 ítems se distribuyen en seis escalas: <ul style="list-style-type: none"> • Síntomas físicos de abstinencia (ítems 1 a 5). • Síntomas psicológicos de abstinencia (ítems 6 a 10). • Conductas para aliviar los síntomas de abstinencia (ítems 11 a 15). • Consumo habitual de alcohol (ítems 16 a 20). • Dificultad para controlar la ingestión (ítems 21 a 25). • Reinstauración de la sintomatología tras la recaída (ítems 26 a 30).
Fiabilidad y sensibilidad	El instrumento ha mostrado una alta fiabilidad (alpha de Cronbach de 0,91) permitiendo distinguir entre dependencia leve, moderada y grave en función de tres puntos de corte: 21, 29 y 37 puntos, respectivamente (Iraurgi, 2003).
Corrección e interpretación	<ul style="list-style-type: none"> ➤ La puntuación final en el cuestionario se obtiene sumando los puntos obtenidos en los diferentes ítems utilizando el siguiente sistema de valoración: <ul style="list-style-type: none"> • Para los ítems 1-25: Nunca=0; A veces=1; Frecuentemente=2 y Casi siempre=3. ➤ Los ítems 23, 24 y 25 puntúan en sentido inverso: Nunca=3; A veces=2; Frecuentemente=1 y Casi siempre=0. <ul style="list-style-type: none"> • La escala para los ítems 26 a 30 es: Nada=0; Un poco=1; Moderadamente=2 y Bastante=3. • Se establecen tres niveles de gravedad, a partir de los siguientes puntos de corte: <ul style="list-style-type: none"> • <21: dependencia leve. • 21-37: dependencia moderada. • >37: dependencia grave.

Evaluación del deseo de consumo (craving).

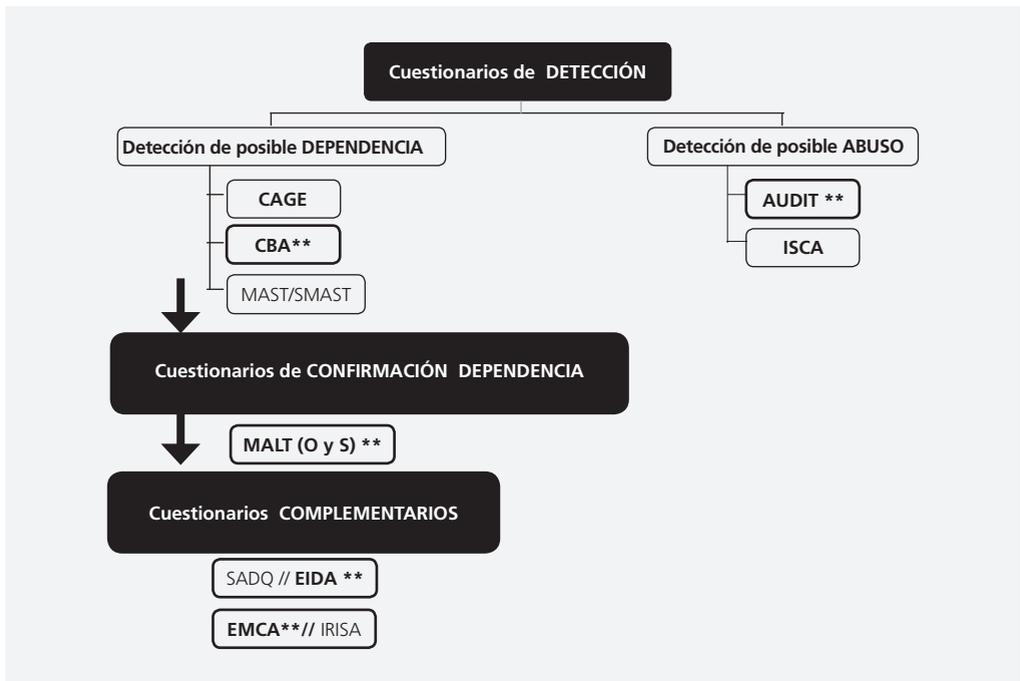
Otro de los aspectos importantes a la hora de planificar cualquier intervención y que permite comprender con mayor facilidad las implicaciones de la dependencia al alcohol en la vida de la persona es la referencia al deseo de consumo. En la práctica clínica es aconsejable el uso tanto de medidas del deseo actual en el momento de la evaluación, como del deseo global y el referido a un tiempo pasado. Para poder evaluar este aspecto entre los dependientes al alcohol se dispone de un instrumento de medida cuyas principales características se detallan en la siguiente tabla.

EMCA Escala Multidimensional de Craving de Alcohol (Anexo Cuestionarios VIII)																					
Guardia Serecigni, J., Segura García, L., Gonzalvo Cirac, B., Trujols Albet, J., Tejero Pociello, A., Suárez González, A. y Martí Gil, A. (2004). Estudio de validación de la Escala Multidimensional de Craving de Alcohol. Medicina Clínica, 123, 211-216.																					
Objetivo	Evaluar el craving o deseo de consumo de alcohol.																				
Composición	Incluye un total de 12 ítems con una escala de respuesta likert de cinco anclajes.																				
Ámbito aplicación	Pacientes dependientes en tratamiento. Puede ser de gran utilidad para la monitorización de la evolución del paciente, a lo largo del tratamiento del alcoholismo (Guardia,2004).																				
Duración	5 minutos.																				
Descripción	Los ítems que componen esta escala se agrupan en dos factores denominados: Desinhibición Conductual y Deseo.																				
Corrección e interpretación	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Todos los ítems se responden utilizando la misma escala de respuesta: 1= muy de acuerdo; 2= Bastante de acuerdo; 3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo; 4= Bastante en desacuerdo; 5= muy en desacuerdo. ➤ La corrección de la Escala da lugar a dos puntuaciones parciales, una para cada factor, y una puntuación global: <ul style="list-style-type: none"> • La puntuación del factor desinhibición conductual se obtiene de la suma de los ítems 4 y 12, invirtiendo en este caso las puntuaciones. • La puntuación para el factor deseo se obtiene de la suma de los ítems restantes. • Finalmente, con la suma de las puntuaciones de ambos factores se consigue la puntuación global de la Escala. ➤ Interpretación de los resultados de la escala y sus factores: <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto; text-align: center;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Ausente</th> <th>Leve</th> <th>Moderado</th> <th>Intenso</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Deseo de beber</td> <td>10</td> <td>11-17</td> <td>18-34</td> <td>>34</td> </tr> <tr> <td>Desinhibición conductual</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4-7</td> <td>>7</td> </tr> <tr> <td>Puntuación global de craving</td> <td>12</td> <td>13-22</td> <td>23-40</td> <td>>40</td> </tr> </tbody> </table>		Ausente	Leve	Moderado	Intenso	Deseo de beber	10	11-17	18-34	>34	Desinhibición conductual	2	3	4-7	>7	Puntuación global de craving	12	13-22	23-40	>40
	Ausente	Leve	Moderado	Intenso																	
Deseo de beber	10	11-17	18-34	>34																	
Desinhibición conductual	2	3	4-7	>7																	
Puntuación global de craving	12	13-22	23-40	>40																	
Recomendación	Cuando la intensidad del craving de alcohol no experimenta una disminución progresiva en comparación a las puntuaciones basales (al inicio del tratamiento), o cuando el craving se intensifica a lo largo del tratamiento, la puntuación de la escala EMCA puede ser un buen predictor de recaída o también un indicador de mayor necesidad de tratamiento.																				

En España se dispone de otro instrumento “Escala de Deterioro en la Inhibición de Respuesta para el Alcoholismo (I.R.I.S.A)” de Guardia et al., (2007) que permite evaluar el deterioro en la capacidad de inhibición de la conducta de beber (alcohol) y la eficacia de las intervenciones terapéuticas que facilitan el autocontrol y contribuyen la remisión de la enfermedad alcohólica. En esta Escala se recogen frases que utilizan los propios pacientes para describir su capacidad de autocontrol ante la bebida, en el marco de un programa de tratamiento orientado hacia la abstinencia al alcohol. A pesar de la escasez de datos experimentales de los que se dispone hasta el momento acerca de su utilidad, se considera un instrumento interesante para el profesional dedicado al tratamiento de dependientes al alcohol por su utilidad de cara a la orientación clínica.

Esquema resumen apartado instrumentos cribado y confirmación.

En el siguiente gráfico se resume la información sobre los diferentes instrumentos de cribado, confirmación e información complementaria. En asterisco se resaltan los instrumentos que se consideran más adecuados para ser utilizados por los profesionales que trabajan en centros vinculados a conductas adictivas, al ser estos los que proporcionan mayor información. Estas recomendaciones han surgido del consenso entre los profesionales que han elaborado el presente capítulo.



Instrumentos de valoración del nivel de motivación al cambio

La confirmación por parte del profesional de un consumo perjudicial o incluso de una dependencia no implica que la persona evaluada se plantee modificar su conducta adictiva. Por ello es importante investigar las causas que bloquean su proceso de cambio, lo que interfiere en la identificación y aceptación de los problemas que se tienen con el consumo de alcohol y conocer qué bloquea la solución del proceso terapéutico.

Un primer paso a realizar es evaluar qué disposición manifiesta el paciente y además hacerlo no sólo al inicio de la intervención, sino también a lo largo de la misma, ya que el nivel de motivación no es estable. Es importante incidir en la evaluación continua del nivel de motivación por su utilidad en diferentes momentos del tratamiento: inicialmente, permite valorar la adecuación de plantear o no algunos objetivos terapéuticos con un paciente determinado

-cambios más o menos acentuados y más o menos rápidos en su consecución-. Conforme se progresa en la intervención cualquier disminución del nivel de motivación en un momento en el que los cambios son manifiestos, lo que implica un alto grado de compromiso por parte del paciente, advierte de la mayor probabilidad de que ocurra una recaída en el consumo o de un incumplimiento de cualquiera de los objetivos psico-sociales propuestos.

A lo largo del tiempo se ha ido dejando de lado la consideración de que la persona que demanda tratamiento está preparada para iniciar un cambio, tomando mayor consistencia la evidencia de que no todo paciente parte de una predisposición adecuada que garantice poder iniciar y mantener cambio en su conducta adictiva –p.e. perspectiva de la autorregulación (Kanfer, 1986); Modelo Transteórico (Prochaska y DiClemente, 1982); Entrevista Motivacional (Miller y Rollnick, 1991), etc.- (Becoña y Cortés, 2008).

De todos estos planteamientos destaca el Prochaska y DiClemente (1982, 1983) por su amplia utilización en las conductas adictivas y por ser el modelo en el que se basan la mayor parte de los instrumentos que se utilizan para evaluar la motivación hacia el cambio conductual. En éste el nivel de predisposición del paciente o motivación al cambio (considerando la abstinencia uno de los posibles cambios, no el único) se concibe como un proceso en el que se diferencian una serie de etapas o estadios que reflejan niveles motivacionales distintos. El nivel de motivación inferior se corresponde con el estadio de precontemplación, tal como queda detallado en la siguiente tabla reproducida de Becoña y Cortés, (2008).

Tabla 2.1. Descripción de los estadios motivacionales del modelo de Prochaska y DiClemente (reproducido de Becoña y Cortés, 2008).

Precontemplación	Etapa en la que no se tiene intención de cambiar. Suele ser frecuente que la persona no tenga conciencia del problema o que desconozca las consecuencias a corto, medio o largo plazo de su conducta. Los pros de consumir superan a los contras.
Contemplación	Se es consciente de que existe un problema y se considera abandonar la conducta adictiva en los próximos meses, pero todavía no se ha desarrollado un compromiso firme de cambio. Los contempladores son conscientes de los pros de cambiar si se les compara con los precontempladores, pero el peso relativo de los factores contrarios al cambio es aún muy elevado.
Preparación o determinación	En esta etapa se llevan a cabo pequeños cambios en la conducta adictiva. Además, la persona se compromete a realizar un esfuerzo mayor en un futuro próximo, que se fija en un mes. Los pros de dejar el consumo superan los contras.
Actuación o acción	La persona realiza cambios notorios, fácilmente observables, en su conducta adictiva. Es una etapa de bastante inestable por el alto riesgo de recaída o la rápida progresión a la etapa de mantenimiento. El estadio de acción oscila entre uno y seis meses.
Mantenimiento	Se trabaja en consolidar los cambios realizados durante el estadio de acción, iniciándose al finalizar esta etapa –tras 6 meses de cambio efectivo-. Durante este estadio se manejan principalmente estrategias para prevenir posibles recaídas.

Los estadios de cambio pueden evaluarse de diferentes maneras: una medida categorial o discreta del estadio en el que se encuentra el sujeto a partir de preguntas excluyentes entre sí, o una medida continua obtenida a partir de escalas o instrumentos como el URICA o el SOCRA-TES que se detallan en este apartado. Se presta especial atención a la evaluación continua o evaluación de la motivación como un proceso, al ser acorde con el planteamiento motivacional

actual. Además, tal como la evidencia científica permite referenciar “los niveles motivacionales no son categorías independientes: Nivel de evidencia 2” (Becoña y Cortés, 2008) lo que viene a confirmar la necesidad y adecuación de no limitar esta información a un nivel dicotómico por ser demasiado restrictivo o simple. A todo ello hay que añadir el que la perspectiva procesal proporciona al profesional más información para poder planificar el trabajo clínico a realizar.

La principal diferencia entre los dos instrumentos que se detallan a continuación radica en que el SOCRATES incluye cuestiones específicas sobre uso de alcohol u otras drogas, mientras que el URICA pregunta de una manera más general sobre el “problema” del cliente y su posible cambio.

Estadios de cambio.

URICA <i>University of Rhode Island Change Assessment</i> <i>Escala de evaluación del cambio de la Universidad de Rhode Island</i>	
<p>McConaughy, E.A., Prochaska, J. O. y Velicer, W.F. (1983). Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. <i>Psychotherapy: Theory, Research and Practice</i>, 20, 368-375.</p> <p>Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C. (1986). Toward a Comprehensive Model of Change. En W. R. Miller & N. Heather (Eds.), <i>Treating Addictive Behavior. Processes of Change</i> (pp. 3-27). Nueva York, USA: Plenum Publishing Corporation.</p> <p>McConaughy, E.A., DiClemente, C., Prochaska, J.O. y Velicer, W.F. (1989). Stages of change in psychotherapy: A follow-up report. <i>Psychotherapy: Theory, Research and Practice</i>, 26, 494-503.</p> <p>Trujols, J., Tejero, A., y Bañuls, E. (2003). Evaluación de los estadios y procesos de cambio en la dependencia de cocaína. En: J.Pérez-Cobos (ed.). <i>Instrumentos clínicos para la evaluación de la dependencia de cocaína</i>, 51-74. Barcelona: Psiquiatría Editores.</p>	
Objetivo	Evaluar el nivel de predisposición al cambio o estadio motivacional en el que se encuentra un paciente.
Composición	32 ítems con respuesta likert de 5 anclajes.
Ámbito aplicación	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Puede aplicarse ante cualquier conducta problema, incluyendo las conductas adictivas. ➤ Pacientes que inician un tratamiento por consumo anómalo de alcohol. ➤ Pacientes que están en tratamiento por consumo anómalo de alcohol.
Duración	De 5 a 10 minutos.
Descripción	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Evalúa cuatro de los cinco estadios de cambio propuestos por Prochaska y DiClemente: precontemplación, contemplación, acción y mantenimiento. ➤ Cada estadio incluye un total de 8 ítems. ➤ Los ítems describen cómo podría sentirse una persona cuando empieza un tratamiento o aborda algún problema en su vida. Concretamente el entrevistado indica el grado de acuerdo con una serie de afirmaciones. ➤ La evaluación contempla sólo el momento actual.
Fiabilidad y Sensibilidad	Los estudios realizados (Carney y Kivlahan, 1992; DiClemente y Hughes, 1990; Martín, Rossi, Rosenbloom, Monti y Rohsenow, 1992) confirman la estructura factorial del URICA y muestran una elevada consistencia interna –el coeficiente alpha para las cuatro escalas se sitúa entre 0,88 y 0,89-.
Corrección e interpretación	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se valora mediante una escala Likert de cinco puntos donde 1=totalmente en desacuerdo y 5=totalmente de acuerdo. ➤ La distribución de ítems en función del estadio al que pertenecen es la siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • Pre-contemplación: 1, 5, 11, 13, 23, 26, 29, 31. • Contemplación: 2, 4, 8, 12, 15, 19, 21, 24. • Acción: 3, 7, 10, 14, 17, 20, 25, 30. • Mantenimiento: 6, 9, 16, 18, 22, 27, 28, 32. ➤ Se obtiene una puntuación para cada uno de los estadios resultado de la suma de las respuestas que el sujeto ofrece en cada uno de los ítems que los integran.
Recomendación	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se obtiene una evaluación más precisa del grado de intención, disposición o actitud en relación al cambio que con medidas de tipo categorial. ➤ Es importante esta información al proporcionar al terapeuta consideraciones que debe tener en cuenta en el desarrollo de estrategias dirigidas a incrementar el cumplimiento de objetivos y la retención en el programa.

SOCRATES – 7D <i>Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale</i> Cuestionario sobre su uso personal de drogas	
Miller, W.R., Tonigan, J.S. y Montgomery, H.A. (1990). <i>Assessment of client motivation to change: Preliminary validation of the SOCRATES (Rev) Instrument</i> . Albuquerque, NM: University of New Mexico. Miller, W.R. y Tonigan, J.S. (1996). Assessing drinkers' motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). <i>Psychology of Addictive Behaviors</i> , 10, 81-89.	
Objetivo	Evaluar el nivel de predisposición del sujeto hacia el cambio (estadios motivacionales).
Composición	40 preguntas con escala de respuesta tipo likert.
Ámbito aplicación	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Puede aplicarse ante cualquier conducta problema, incluyendo las conductas adictivas. ➤ Pacientes que inician un tratamiento de conductas adictivas. ➤ Pacientes que siguen un tratamiento por su conducta adictiva (seguimiento).
Duración	5 minutos.
Descripción	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cada estadio es evaluado con 8 ítems, algunos de ellos están formulados en sentido inverso, por lo que previo a la corrección del instrumento se requiere de un ajuste que incluye invertir la puntuación de estos ítems. ➤ Este instrumento ofrece cinco puntuaciones, una por cada uno de los estadios motivacionales que evalúa, dando cuenta del continuo motivacional del sujeto, La mayor puntuación indica el estadio en el que se sitúa de forma predominante el paciente, mientras que el resto de puntuaciones indican posibles bloqueos o resistencias a trabajar para que no disminuya o para incrementar el nivel motivacional preferente.
Corrección e interpretación	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Todos los ítems se responden utilizando la misma escala de respuesta desde 1=No estoy de acuerdo a 5= Estoy totalmente de acuerdo. ➤ El estadio de precontemplación es el único que incluye ítems en sentido inverso. Estos ítems requieren una inversión de sus puntuaciones previo a realizar la suma para obtener la puntuación total del estadio. Los ítems a reconvertir son: 1, 11, 16, 21, 31 y 36. ➤ La puntuación de cada estadio se obtiene sumando los valores atribuidos a cada una de las respuestas de los ítems que lo forman. El intervalo de puntuaciones de cada uno de los estadios puede oscilar entre 8 y 40 puntos. ➤ No se ofrece ningún punto de corte. A mayor puntuación, mayor predominio de ese estadio.
Variaciones del instrumento	<ul style="list-style-type: none"> ➤ SOCRATES-8A. Se incluyen 19 ítems en los que el paciente informa cómo percibe su conducta de consumo de alcohol en la actualidad. Utiliza una escala likert de 5 puntos (1=Muy en desacuerdo a 5= Totalmente de acuerdo) en cada uno de los ítems. En este caso, la corrección de la prueba ofrece tres puntuaciones que se corresponden con las escalas: Re-Reconocimiento (ítems: 1, 3, 7, 10, 12, 15 y 17); Am- Ambivalencia (ítems: 2, 6, 11 y 16) y Ts- Hacer cosas respecto a su conducta de consumo (ítems: 4, 5, 8, 9, 13, 14, 18 y 19). Este instrumento sólo se ha utilizado hasta el momento con fines de investigación, pero es importante tenerlo en cuenta porque reduce el número de ítems a 19 a partir de análisis factoriales realizados con versiones anteriores del instrumento. Además, esta nueva escala correlaciona alto con la versión de 39 ítems tanto en Re ($r=0,96$), Am ($r=0,88$) como en Ts ($0,94$). Los análisis psicométricos también ofrecen garantías de su utilidad: Re (Cronbach: 0,85-0,95 // Test-Retest intraclase: 0,88 // Pearson: 0,94) Am (Cronbach: 0,60-0,88 // Test-Retest intraclase: 0,82 // Pearson: 0,83) Ts (Cronbach: 0,83-0,96 // Test-Retest intraclase: 0,91 // Pearson: 0,93) ➤ Se están desarrollando nuevas versiones del SOCRATES que se difundirán en el momento en el que concluyan los estudios psicométricos. La mayoría de ellas tratan de evaluar la motivación hacia el cambio de gente significativa para el paciente. <u>No</u> se trata de una medida indirecta de la motivación del paciente: 8D: 19 ítems con preguntas de drogas (dirigido al cliente) <ul style="list-style-type: none"> • 7A-SO-M: 32 ítems con cuestiones sobre alcohol (dirigido a referentes importantes del paciente varón) • 7A-SO-F: 32 ítems con cuestiones sobre alcohol (dirigido a referentes importantes de la paciente de sexo femenino) • 7D-SO-M: 32 ítems con cuestiones sobre drogas (dirigido a referentes importantes del paciente varón) • 7D-SO-F: 32 ítems con cuestiones sobre drogas (dirigido a referentes importantes de la paciente de sexo femenino) Todas las nuevas formas SO carecen del estadio de Mantenimiento.

Existen otros cuestionarios más breves que los anteriores también diseñados para identificar estadios de cambio, pero que se cuestionan por diferentes razones. Uno de estos instrumentos es el RCQ (Readiness to change questionnaire) de 12 ítems, en el que se clasifica el nivel motivacional de los pacientes en tres niveles: precontemplación, contemplación y acción. Pero en este caso destaca especialmente la dificultad que manifiestan los pacientes en la comprensión de enunciados así como las dificultades que presenta su sistema de corrección, lo que hacen desaconsejable su utilización (Rodríguez-Martos, Rubio, Aubá, Santo-Domingo, Torralba y Campillo, 2000).

Procesos de cambio.

El Modelo Transteórico además de delimitar el momento en el que un sujeto está preparado para cambiar –estadios-, también posibilita comprender cómo puede incrementarse ese nivel de predisposición del sujeto, mostrando el tipo de actividades, encubiertas o manifiestas, que suelen llevar a cabo las personas en su proceso de reducción o eliminación de su hábito adictivo –procesos de cambio-. Conocer estos procesos de cambio y más aún la relación que existe entre estadios y procesos de cambio (ver gráfico 1) le da pistas al profesional sobre el tipo de estrategias que puede utilizar en diferentes momentos para facilitar la progresión del paciente a través de los estadios de cambio.

PRECONTEMPLACIÓN	CONTEMPLACIÓN	PREPARACIÓN	ACCIÓN	MANTENIMIENTO
Aumento de conciencia Alivio por dramatización Reevaluación Ambiental	Auto-evaluación	Auto-liberación	Manejo contingencias Relaciones de ayuda Contracondicionamiento Control de estímulos	

Gráfico 1. Interrelación entre estadios y procesos de cambio (reproducido de Prochaska, DiClemente y Norcross, 1994)

En estos momentos tan sólo se dispone de un instrumento que permite evaluar los procesos de cambio, el cual se ha realizado para dependientes de opiáceos. A pesar de ello, varios profesionales lo utilizan con carácter general, con las limitaciones metodológicas que esto puede suponer.

IPC-AH <i>Inventario de Procesos de Cambio para Adictos a Heroína</i>	
Trujols, J., Tejero, A. y Casas, M. (1997). Estructura factorial, consistencia interna y eficacia discriminativa del Inventario de Procesos de Cambio, para adictos a la heroína. <i>Adicciones</i> 9, 331-345.	
Objetivo	Identificar los procesos de cambio que utiliza un paciente, permitiendo conocer, de manera indirecta, cual es el estadio que mejor le representa.
Composición	Autoinforme de 40 ítems en los que cada proceso queda representado por cuatro ítems.
Ámbito aplicación	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pacientes que inician un tratamiento. ➤ Pacientes en tratamiento (seguimiento).
Duración	7-8 minutos.
Descripción	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cuestionario basado en un inventario elaborado previamente por Diclemente y Prochaska (1985) para fumadores que trata de determinar los procesos para el cambio de una conducta problemática. En España, Tejero, Trujols y Casas adaptaron este instrumento para consumidores de opiáceos (IPC-AH), pero con posterioridad ha ido generalizándose su uso al resto de sustancias adictivas. ➤ Los 10 procesos (cognitivos y conductuales) de cambio que evalúa son: Aumento de la concienciación; Autoliberación; Liberación social; Autorreevaluación; Reevaluación ambiental; Contracondicionamiento; Control de estímulos; Manejo de contingencias; Relieve dramático y Relaciones de autoayuda.
Fiabilidad y sensibilidad	<ul style="list-style-type: none"> ➤ De los trabajos realizados por Tejero y Trujols (1988) se desprende que el IPC-AH es un instrumento que presenta una consistencia y validez interna satisfactorias y que ha demostrado poseer una correcta eficacia discriminativa. ➤ Estos mismos investigadores (Tejero, Trujol y Casas, 1997) años más tarde encontraron un coeficiente alpha de 0,87.
Corrección e interpretación	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se responde con una escala likert de 4 puntos que mide la frecuencia con la que se utilizan cada una de las estrategias cognitivo-conductuales consideradas como procesos a evaluar (0= no es en absoluto mi caso hasta 3= Muchas veces es mi caso). ➤ La puntuación de cada uno de los procesos se obtiene al sumar las respuestas de los cuatro ítems correspondientes, oscilando entre 0 a 12. ➤ Al igual que los estadios el profesional obtiene información sobre el tipo de estrategias que utiliza el sujeto en ese momento, independientemente de su nivel motivacional. Además, al conocer la relación entre estadios y procesos se puede inferir el nivel motivacional o estadio en el que se sitúa esta persona.
Recomendación	La utilización de este instrumento y el conocer la relación entre procesos y estadios dentro del modelo de Prochaska y DiClemente le permitirá al terapeuta orientar cómo trabajar con el paciente ya que puede identificar los procedimientos a aplicar y/o enseñarle para que pueda desarrollar los procesos de cambio que le permitan progresar hacia el próximo estadio y en definitiva hacia el mantenimiento de la abstinencia.

Instrumentos útiles en la planificación de la intervención

El modelo cognitivo-conductual señala la importancia del análisis funcional de la conducta para conseguir una comprensión de la misma. Desde este referente se requiere registrar información sobre diversos aspectos (Jiménez, Monasor y Rubio, 2003):

- el patrón de consumo.
- los antecedentes.
- las consecuencias que refuerzan la conducta.
- los factores de los que puede depender la probabilidad de una recaída: situaciones de riesgo, habilidades de afrontamiento, expectativas de autoeficacia, respuestas afectivas y cognitivas que suelen aparecer tras realizar un consumo después de un período de abstinencia.

La mayor parte de esta información se extrae a partir de autoinformes y de la propia entrevista clínica que se realiza con el paciente, por lo que en este apartado tan sólo se hará mención a algunos de los instrumentos que pueden utilizarse en el análisis y valoración de aspectos puntuales relacionados con el patrón de consumo, las situaciones de consumo y las habilidades de afrontamiento.

Es importante puntualizar que previo a utilizar cualquiera de estos instrumentos es preferible extraer la información del propio sujeto de manera que quede constancia de su verdadera situación. Estos cuestionarios sirven para completar este conocimiento previo, ocupando por ello un lugar secundario dentro de la valoración del sujeto.

Patrón de consumo.

CDP <i>Comprehensive Drinking Profile</i> (Marlatt, 1976; Miller y Marlatt, 1984) Perfil Global del bebedor (García-González, 1993)
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Instrumento que combina técnicas de entrevista heteroaplicadas, preguntas abiertas que requieren un mínimo de elaboración por parte del sujeto, -por ej. "¿Cómo definiría alcoholismo?"- y métodos de autoinforme. ➤ Constituido por 88 ítems, que suelen cumplimentarse en 45 - 60 minutos, agrupados en tres módulos: a) variables de identificación (edad y residencia, estatus familiar, estatus laboral, historia educativa), b) patrón y conductas relacionadas con el consumo de alcohol (inicio del problema, factores desencadenantes, hábitos familiares, pautas de consumo, bebidas preferidas, expectativas ante el alcohol, problemas bio-psico-sociales derivados del consumo...) y c) motivaciones hacia el tratamiento y expectativas ante el resultado de la terapia. ➤ Se incluyen indicadores clínicos de severidad y repercusiones del consumo de alcohol que valora el entrevistador o instrumentos como el MAST que es cumplimentado por el propio sujeto, y el PH, que es otro indicador de la severidad de la dependencia física del alcohol. ➤ Existen unas tablas normativas de corrección, obtenidas en una muestra de 100 sujetos, que se incluyen en el Manual de aplicación (Miller y Marlatt, 1984a). ➤ Este instrumento ha sido adaptado al castellano por García-González (1993). ➤ Existe una versión abreviada (Brief Drinker Profile – BDP, Miller y Marlatt, 1987) útil para evaluar el seguimiento. Esta versión permite contrarrestar los problemas de extensión y duración excesiva que presenta el instrumento original.

Situaciones de consumo.

IDS

Inventory of Drinking Situations (Annis, 1982)
Inventario de situaciones de bebida

- Incluye 100 ítems que recogen diferentes situaciones de alto riesgo clasificadas en las dimensiones del modelo de prevención de recaídas clásico de Marlatt y Gordon (1984): determinantes intrapersonales -emociones desagradables, malestar físico, estados emocionales positivos, comprobación de control personal, urgencias y tentaciones- y determinantes interpersonales -conflictos con otros, presión social para beber y situaciones agradables con los demás-.
- El cuestionario se puede administrar en la modalidad de papel y lápiz o en la versión por ordenador.
- Al sujeto se le pregunta por la frecuencia con la que ha experimentado ganas de consumir en alguna de estas situaciones a lo largo del último año. Sus respuestas siguen una escala likert de 4 puntos (1 = nunca, 2 = apenas/rara vez, 3 = frecuentemente/muchas veces y 4 = casi siempre). De esta manera se obtiene una jerarquía de situaciones de alto riesgo para cada sujeto.
- La puntuación obtenida en cada una de las ocho dimensiones permite establecer un perfil del paciente en el que se indica el tipo de situaciones de alto riesgo a las que se tiene que prestar una mayor atención porque indican una mayor inseguridad por su parte para hacerles frente.
- Se ha desarrollado una forma abreviada de este mismo instrumento compuesta por 42 ítems (Isenhardt, 1991), con la misma estructura que el cuestionario original.
- Al tratarse de una aproximación individualizada a las situaciones de mayor peligro de consumo es posible establecer qué tipo de intervención es la más adecuada y más ajustada a las necesidades concretas, elaborando las técnicas cognitivo-conductuales más idóneas.

RPI

Relapse Precipitants Inventory (Litman, Stapleton, Oppenheim, Peleg y Jackson, 1983)
Inventario de situaciones precipitantes de recaída (García-González, 1987, 1993)

- Consta de 25 ítems que tratan de identificar las situaciones interpersonales y emocionales que el sujeto percibe como de alto riesgo para volver a consumir.
- Las respuestas de los pacientes se gradúan en una escala likert de cuatro puntos: "muy peligrosas", "bastante peligrosas", "un poco peligrosas" y "en absoluto peligrosas".
- Se desarrolló a partir de los informes realizados por dependientes de alcohol sobre las situaciones que anticipaban y que les suponía un riesgo de bebida excesiva. Al analizar los resultados obtenidos, Litman, Eiser, Rawson y Oppenheim (1977) diferenciaron cuatro factores que explicaban el 60 por 100 de la varianza: emociones desagradables, acontecimientos externos, ansiedad social y vigilancia cognitiva reducida. Análisis posteriores mediante Rotación Varimax, permitieron sintetizar tres dimensiones: estados emocionales desagradables (ansiedad, depresión...), acontecimientos externos (ej. pasar por delante de un bar...) y vigilancia cognitiva reducida (ej. convencerse a sí mismo que una copa no le hará nada...). El análisis Kaiser, mostró altos coeficientes interfactores (0.98, 0.99 y 0.98 respectivamente), indicando un alto grado de estabilidad.
- El riesgo de recaída es tanto menor cuanto más bajo es el grado de peligrosidad percibido en situaciones de riesgo.

Estrategias de afrontamiento.

CBI <i>Coping Behaviors Inventory</i> (Litman, Stapleton, Oppenheim, y Peleg, 1983) Inventario de Habilidades Afrontamiento (García-González, 1987, 1993)
<ul style="list-style-type: none">➤ Listado de 36 ítems que incluye distintas estrategias utilizadas por personas para evitar la recaída. Su objetivo es evaluar la frecuencia de conductas eficaces para evitar la recaída, así como las estrategias de afrontamiento asociadas con el inicio de recaídas.➤ Se agrupan en cuatro factores (Litman, Eiser, Rawson y Oppenheim, 1977): estrategias conductuales de evitación, de distracción, de búsqueda de apoyo social y otras estrategias cognitivas como pensar en las consecuencias negativas que pueden derivar del consumo o pensar en las consecuencias positivas derivadas del mantenimiento de la abstinencia. Se exploran conductas cognitivas y conductuales de carácter personal así como las referidas a recursos del medio como las redes de apoyo social.➤ Al sujeto se le pide que indique la frecuencia con la que ha utilizado cada una de las estrategias para afrontar las diferentes situaciones de riesgo en el último año. Se utiliza una escala de respuesta likert de 4 puntos: “normalmente”, “a menudo”, “alguna vez” y “nunca”.➤ Según García González (1993) el inicio de recaída es mayor cuando se recurre a estrategias de evitación.

Impulsividad.

BIS-11 <i>Barrat Impulsiveness Scale</i> (Barratt, 1995) Escala de Impulsividad de Barrat (Oquendo, Baca-García, Graver, Morales, Montalban y Mann, 2001)
<ul style="list-style-type: none">➤ Conjunto de 30 ítems que evalúan cómo la persona suele actuar y pensar normalmente. Esto permite obtener una valoración de la impulsividad diferenciando entre: impulsividad cognitiva (8 ítems= 4, 7, 10, 13, 16, 19, 24 y 27), impulsividad motora (10 ítems= 2, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 23, 26 y 29) e impulsividad no planeada (12 ítems= 1, 3, 5, 8, 11, 14, 17, 20, 22, 25, 28 y 30).➤ La escala de respuesta incluye cuatro opciones (0= raramente o nunca; 1= ocasionalmente; 3= a menudo; 4= siempre o casi siempre). Algunos de los ítems poseen una puntuación invertida (1, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 13, 17, 19, 22 y 30).➤ La corrección permite obtener dos puntuaciones: a) la correspondiente a cada subescala que se obtiene sumando las puntuaciones parciales obtenidas en cada uno de sus ítems que forman las diferentes escalas y b) una puntuación global o total del cuestionario, resultado de la suma de las puntuaciones de todos los ítems.➤ No existe punto de corte propuesto. En varios estudios se sugiere utilizar como punto de corte la mediana de la distribución.

EI <i>Scale of Impulsivity</i> (Plutchik y van Praag, 1989) Escala de Impulsividad de Plutchik (Rubio, Montero, Jáuregui, Martínez, Alvarez y Marín, 1998)
<ul style="list-style-type: none">➤ Conjunto de 15 ítems que evalúan la tendencia del paciente a «hacer cosas sin pensar» o de forma impulsiva. Se diferencian cuatro dimensiones: Capacidad para planificar (3 ítems); Control de los estados emocionales (3 ítems); Control de las conductas de comer, gastar dinero o mantener relaciones sexuales (3 ítems) y Control de otras conductas (6 ítems).➤ Las respuestas se recogen en una escala de frecuencia que se puntúa de 0 a 3 (nunca, a veces, a menudo, casi siempre). Los ítems 4, 6, 11 y 15 se puntúan en sentido inverso (0, casi siempre; 3, nunca).➤ La puntuación total se obtiene sumando todos los ítems. Esta puntuación puede oscilar entre 0 y 45.➤ En la versión española, los autores proponen un punto de corte de 20.

ECIRyC Escala de Control de los Impulsos Ramón y Cajal (Ramos, Gutiérrez y Saiz, 2002)	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Conjunto de 20 ítems que evalúan la frecuencia con la que le ocurren a la persona diferentes situaciones. ➤ La escala de respuesta incluye cuatro opciones (Siempre, A menudo, Rara vez y Nunca). ➤ Proporciona una puntuación total suma de las puntuaciones en los 20 ítems, que oscila entre 0 y 60. ➤ No hay puntos de corte propuestos: a mayor puntuación, mayor impulsividad (menor control sobre sus impulsos). ➤ Los autores proporcionan las siguientes puntuaciones normativas (varones: media de 27,05 (DE 7,26) y mujeres: media de 27,27 (DE 7,83), así como una tabla para transformar la puntuación directa obtenida en la escala en puntuaciones Z y percentil. 	

Esquema que integra los instrumentos útiles para planificar la intervención en función del estadio motivacional en el que se encuentra el paciente.

Seguidamente se propone una recomendación para los profesionales, fruto del consenso entre los autores del presente capítulo, donde se intenta plasmar la mejor utilización de cada uno de los cuestionarios incluidos en este apartado, en función del nivel motivacional de los pacientes a tratar.

	Pre-Contemplación	Contemplación	Preparación/ Determinación	Acción	Mantenimiento
<i>CDP</i>					
<i>IDS</i>					
<i>RPI</i>					
<i>CBI</i>					
<i>BIS-11</i>					
<i>EI</i>					
<i>ECIRyC</i>					

Valoración de posible patología asociada

Diferentes estudios señalan la importancia en el tratamiento del alcoholismo de otros diagnósticos del Eje I, al comprobar de manera continuada que existe una alta prevalencia entre trastornos de ansiedad - oscila entre el 55% (Driessen et al., 2001) y el 65% (Tomasson y Vaglum, 1995)-, trastornos del estado de ánimo -entre el 24% (Schneider et al., 2001) y el 33% (Tomasson y Vaglum, 1995)- y los trastornos por consumo de sustancias, así como una relación directa entre el número de trastornos comórbidos y el incremento de los niveles de gravedad del trastorno por consumo de sustancias (Helzer y Prizbeck, 1988; Merikangas et al., 1998; Posada y Trevisi, 2004; Regier et al., 1990).

En cualquier caso, la detección y tratamiento de la psicopatología concomitante al abuso/ dependencia de alcohol es fundamental, al influir directamente en la evolución del tratamiento (Haver, 2003; Holdcraft, Jacono y McGue, 1998; Rousanville, Dolinsky, Babor y Meyer, 1987).

De igual modo, la concomitancia entre trastornos del eje I y trastornos de personalidad es altamente prevalente en pacientes consumidores de sustancias (Casas y Guardia, 2002; Echeburúa, Bravo y Aizpiri, 2005, 2007; Fernández, Landa, López, Lorea y Zarzuela, 2002; Verheul et al., 2000).

Por ello se considera relevante obtener un diagnóstico exhaustivo tanto del eje I como del eje II en pacientes que van a seguir un tratamiento por consumo anómalo de alcohol.

Evaluación de otros trastornos clínicos del Eje I (DSM-IV-TR).

En la práctica clínica suele ser costoso llevar a cabo entrevistas estructuradas completas (ej. SCID-I) para evaluar el amplio conjunto de posibles trastornos añadidos. Por este motivo suele recomendarse la utilización de instrumentos diagnósticos de screening, como el SCL-90-R (Derogatis, 1992), que permitan, de forma rápida, obtener una valoración inicial de la presencia de comorbilidad psicopatológica.

SCL 90-R <i>Symptom Check List Revised</i> Cuestionario de 90 síntomas	
Derogatis, L.R. (1977). <i>SCL-90-R, administration, scoring and procedures. Manual-I for the R(evised) versión</i> . Baltimore: John Hopkins University School of Medicine. Adaptación española Gonzalez de Rivera, J.L.; De las Cuevas, C.; Rodríguez-Abuin, M. y Rodríguez-Pulido, F. (2002). <i>El Cuestionario de 90 Síntomas. Adaptación española del SCL-90-R</i> . Publicaciones de Psicología Aplicada, TEA Ediciones.	
Objetivo	Valorar el malestar psicológico actual (los síntomas y su intensidad) que experimenta una persona.
Composición	Instrumento autoplicado de 90 ítems en los que la persona valora la intensidad en la que ha experimentado molestias durante la última semana en relación a cada uno de los síntomas enunciados.
Ámbito de aplicación	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Población general sin retraso mental. ➤ Valoración del sujeto en diferentes fases a lo largo del tratamiento.
Duración	12 a 15 minutos.
Descripción	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Instrumento de exploración de problemas psicológicos y de síntomas psicopatológicos en adolescentes y adultos. ➤ Al paciente se le presenta una lista de problemas y se le pide que indique en qué medida le han molestado o perturbado cada uno de esos problemas durante el período comprendido entre el día de la evaluación y la semana inmediatamente anterior. ➤ La escala de valoración incluye cinco opciones de respuesta que oscilan entre 0 (Nada o ausencia del síntoma) y 4 (Mucho o se tiene el síntoma de manera extrema). ➤ Evalúa nueve dimensiones primarias o escalas sintomáticas: SOM-Somatización; OBS-Obsesión-compulsión; SI-Sensitividad interpersonal; DEP-Depresión; ANS-Ansiedad; HOS-Hostilidad; FOB-Ansiedad fóbica; PAR-Ideación paranoide y PSIC-Psoticismo. ➤ También incluye 3 índices globales de psicopatología: <ul style="list-style-type: none"> • IGS - Índice Global de Severidad (representa el nivel actual de profundidad del trastorno, indicador directo del nivel de gravedad de los síntomas). • PSDI - Índice de Malestar Positivo (informa si el paciente tiende a exagerar o minimizar los problemas que le aquejan. Es una medida de la intensidad de los síntomas percibidos por el sujeto). • PST - <i>Total de Síntomas Positivos</i> (número de síntomas que el paciente puntúa positivamente, independientemente del grado de severidad. Normalmente es interpretado como una medida de la amplitud de la sintomatología presentada por el sujeto). ➤ Sirve para especificar el nivel de psicopatología del paciente al iniciar el tratamiento, en su evolución dentro del proceso terapéutico o como medida de resultado.

Fiabilidad y Sensibilidad	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se dispone de múltiple evidencia que demuestra la efectividad del SCL-90-R como <i>screening</i> genérico de trastornos psicopatológicos (Derogatis y DellaPietra, 1994; Schmitz, Kruse, Heckrath, Alberti y Tress, 1999; Schmitz, Kruse y Tres, 2001; Waryszak, 1982) y como criterio para evaluar cambios sintomáticos inducidos por psicoterapia (De Jonghe, Kool, van Aalst, Deckker y Peen, 2001; Schauenberg, 1999; Schmitz, Hartkamp y Franke, 2000; van der Sande et al., 1997). ➤ La fiabilidad de las nueve dimensiones alcanza valores cercanos o superiores a $r = 0.70$ en la mayoría de los estudios de fiabilidad test-retest y en torno a 0.80 en los análisis de consistencia interna (Derogatis, 1994; Derogatis y Savitz, 2000). Otros estudios han demostrado, además, que la escalabilidad de las dimensiones es substancialmente satisfactoria (Olsen, Mortensen y Bech, 2004; Schmitz et al., 2000) y que muestran un comportamiento psicométrico idóneo cuando se analizan con modelos de Teoría de Respuesta al Ítem (Olsen et al., 2004). ➤ Muchos estudios realizados desde 1980 en adelante han acreditado la validez del SCL-90-R, de sus índices globales y de las dimensiones específicas. Incluso se han documentado los perfiles característicos de varios cuadros psiquiátricos, incluyendo el abuso de sustancias (Steer, Platt, Ranierei y Metzger, 1989). ➤ En síntesis, la suma de estudios realizados hasta la fecha, utilizando variedad de diseños (experimentales y correlaciones) y técnicas analíticas (comparación de promedios, modelos de regresión lineal, modelos de regresión logística, análisis ROC, análisis factoriales, modelos de respuesta al ítem), han permitido acumular pruebas empíricas de la validez para una diversa gama de usos específicos del SCL-90-R. Una revisión parcial de esos estudios hasta la década de los noventa, puede consultarse en Derogatis (1994).
Corrección e interpretación	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se calculan las puntuaciones para cada una de las nueve dimensiones y se divide la suma por el número de ítems que componen cada escala (ej. en la escala "Somatización" se divide por 12) ➤ Para calcular los tres índices globales deben seguirse los siguientes pasos: <ul style="list-style-type: none"> • Índice de Severidad Global (GSI): se suman las puntuaciones obtenidas en los ítems de las 9 escalas y se divide esta suma por 90. • Total de síntomas positivos (PST): contar todos los ítems a los que el sujeto ha respondido afirmativamente (respuesta distinta de 0). • Índice de Malestar de Síntomas Positivos (PSDI): se divide el total obtenido por la suma de los ítems que componen las 9 escalas por el Total de Síntomas Positivos. ➤ Una puntuación media superior a 65 indicaría que la persona está en RIESGO ➤ La presencia de una patología severa se atribuye a una puntuación igual o superior a 80.
Recomendación	<p>La administración de esta escala debe hacerse una vez que el sujeto haya superado el síndrome de abstinencia y lleve abstinentes más de 15 días; de lo contrario, los resultados no serán válidos ni fiables al estar influidos por la conducta de consumo.</p>

Trastornos del estado de ánimo.

<p>HDRS <i>Hamilton Depression Rating Scale.</i> (Hamilton, 1960) Escala de Hamilton para la Depresión (Ramos-Brieva y Cordero, 1986; Bobes, Bulbena, Luque, Dal-Re, Ballesteros e Ibarra, 2003)</p>
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Evalúa la gravedad del cuadro depresivo. ➤ Existen versiones de 6, 17, 21 y 24 ítems. ➤ Administración heteroaplicada. ➤ El marco de referencia temporal es el momento de la entrevista excepto para algunos ítems, como los de sueño en que se exploran los 2 días previos. ➤ Proporciona una puntuación global de la gravedad y una puntuación en cuatro factores: melancolía, ansiedad, sueño y vitalidad. ➤ La puntuación global se obtiene sumando las puntuaciones de cada ítem. Existen distintos puntos de corte o normas de interpretación. Los de Bech (1996) son los siguientes: 0-7: no depresión; 8-12: depresión menor; 13-17: menos que depresión mayor; 18-29: depresión mayor; 30-52 más que depresión mayor ➤ Se le critica el estar contaminada por síntomas de ansiedad (ítems 9-11) y por síntomas somáticos, lo que dificulta su administración en enfermos físicos.

MADRS

Montgomery-Asberg Depression Rating Scale. (Montgomery y Asberg, 1979).
Escala de Depresión de Montgomery-Asberg (Lobo, Chamorro, Luque, Dal-Ré, Badía y Baró, 2002)

Evalúa la gravedad del cuadro depresivo.

- Escala heteroaplicada de 10 ítems.
- La puntuación en cada ítem oscila entre 0 y 6.
- Proporciona una puntuación global que puede variar entre 0 y 60, obteniéndose de la suma de valores atribuidos en cada uno de los 10 ítems.
- Los puntos de corte recomendados son los siguientes: 0-6: no depresión; 7-19: depresión menor; 20-34: depresión moderada; 35-60: depresión grave.

BDI-II

Beck Depression Inventory -II (Beck, Steer, Ball y Ranieri, 1996).
Inventario para la Depresión de Beck-II (Sanz Fernández, Navarro y Vázquez, 2003).

- Autoinforme dirigido a la evaluación clínica de los síntomas relacionados con la depresión.
- Al igual que el BDI, la versión revisada contiene 21 preguntas. El sujeto elige cual de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la última semana, incluido el día del pase del cuestionario. Puede elegir más de una afirmación en un grupo.
- El BDI-II incluye dos factores: subescala afectiva que contiene 8 ítems referidos al pesimismo, los errores del pasado, los sentimientos de culpa, los sentimientos de castigo, el no gustarse uno mismo, la autocrítica, los pensamientos suicidas y la inutilidad. Los otros trece ítems conforman la denominada subescala somática e incluye ítems referidos a: tristeza, pérdida de placer. llanto, agitación, pérdida de interés, indecisión, pérdida de energía, alteración de los patrones de sueño, irritabilidad, alteración del apetito, dificultad en concentrarse, cansancio y/o fatiga y pérdida de interés en el sexo. Ambas escalas correlacionan moderadamente (0,57) lo que sugiere que los aspectos físicos y psicológicos de la depresión no son totalmente independientes.
- La escala de respuesta utilizada muestra cuatro alternativas puntuadas entre 0 y 3 (no me siento triste; me siento triste; siempre me siento triste o afligido y no puedo evitarlo; me siento tan triste o afligido que no puedo soportarlo).
- Los puntos de corte difieren de la escala original: 0-13: mínimo de depresión / 14-19: depresión leve / 20-28: depresión moderada y 29-63: depresión grave.
- Aunque las entrevistas estructuradas permiten realizar un diagnóstico preciso de depresión, el BDI-II permite conocer en el momento actual, y de manera objetiva y comparable, el estado actual del paciente, proporcionando una medida rápida en el contexto de un seguimiento y evolución del estado de ánimo.
- BDI-II correlaciona positivamente con la escala de calificación de depresión de Hamilton con una *r* de Pearson de 0,71, mostrando buen acuerdo. También muestra una alta consistencia interna ($\alpha=0,91$).

Trastornos de ansiedad.

HARS

Hamilton Anxiety Rating Scale (Hamilton, 1959)
Escala de Hamilton para la Ansiedad (Lobo, Chamorro, Luque, Dal-Ré, Badía y Baró, 2002)

- Escala autoaplicada que consta de 14 ítems que evalúan los aspectos psíquicos, físicos y conductuales de la ansiedad. Además un ítem evalúa específicamente el ánimo deprimido.
- Todos sus ítems son manifestaciones inespecíficas de ansiedad, no mostrándose útiles para evaluar un trastorno de ansiedad concreto.
- El marco de referencia temporal son los últimos días (al menos 3) en todos los ítems, excepto el último, en el que se valora la conducta del sujeto durante la entrevista.
- Cada síntoma se valora en función de su gravedad, frecuencia de presentación y la incapacidad o disfunción que produce valorándolos de 0 a 4.
- La medida global de ansiedad se obtiene sumando la puntuación obtenida en cada uno de los ítems. Los puntos de corte recomendados son: 0-5: no ansiedad; 6-14: ansiedad leve y ≥ 15 : ansiedad moderada/grave.

STAI <i>State-trait Anxiety Inventory</i> (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970). Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ El STAI es un inventario diseñado para evaluar dos conceptos independientes de la ansiedad: la ansiedad como estado (condición transitoria) y la ansiedad como rasgo (propensión ansiosa relativamente estable). ➤ Escala autoaplicada de 40 ítems (20 de ansiedad-estado y 20 de ansiedad-rasgo) ➤ El marco de referencia temporal es en el caso de la ansiedad como estado «ahora mismo, en este momento», y en la ansiedad como rasgo «en general, en la mayoría de las ocasiones». ➤ Proporciona una puntuación de ansiedad como estado y otra de ansiedad como rasgo, cada una se obtiene sumando las puntuaciones en cada uno de los 20 ítems correspondientes. ➤ La puntuación en los ítems tanto de estado como rasgo oscila entre 0 y 3, estableciendo los criterios operativos según la intensidad (0=nada; 1=algo; 2=bastante; 3=mucho) o la frecuencia de presentación (0=casi nunca; 1=a veces; 2=a menudo; 3=casi siempre). ➤ La puntuación total en cada uno de los conceptos oscila entre 0 y 60 puntos. ➤ No existen puntos de corte propuestos, sino que las puntuaciones directas que se obtienen se transforman en centiles en función del sexo y la edad. 	

Evaluación de la Personalidad (Eje II: Trastornos de la Personalidad).

MCMI-III <i>Millon Clinical Multiaxial Inventory-III</i> Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III	
Millon, T. (1990) <i>Toward a new personology: An evolutionary model</i> . New York. Wiley. Millon, T. (1994). <i>MCMI-III Manual</i> . Minneapolis, MN: National Computer Systems. Millon, T., Davis, R.D. y Millon, C. (1997). <i>MCMI-III Manual (2nd ed.)</i> . Minneapolis, MN: National Computer Systems.	
Adaptación española Cardenal, V. y Sánchez, M.P (2007). <i>MCMI-III Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III. Manual</i> . Madrid. TEA Ediciones S.A:	
Objetivo	Explorar e identificar dificultades emocionales y personales. Permite evaluar la personalidad y psicopatología de una persona basándose en la teoría del aprendizaje biosocial de Theodore Millon.
Composición	175 ítems de respuesta dicotómica (V-F), además de datos socio-demográficos y clínicos del paciente diferenciados en 5 áreas.
Ámbito de aplicación.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Población clínica mayor de 18 años con dificultades de tipo social, emocional o interpersonal. ➤ También útil para confirmar diagnósticos de salud mental.
Duración	Entre 20 y 30 minutos
Descripción	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Permite la evaluación de 24 trastornos de personalidad y síndromes clínicos diferentes. En relación a los trastornos de personalidad se obtiene información sobre 11 estilos básicos de personalidad (Esquizoide, Evitativo, Depresivo, Dependiente, Histriónico, Narcisista, Antisocial, Agresivo, Compulsivo, Negativista, Autodestructivo) y 3 de personalidad patológica (Esquizotípico, Limite, Paranoide). Referente a los síndromes clínicos se obtienen 7 escalas de síndromes clínicos de gravedad moderada (Trastorno de ansiedad, Trastorno Somatomorfo, Trastorno bipolar, Trastorno Distímico, Dependencia del Alcohol, Dependencia de Sustancias y Trastorno de Estrés Posttraumático) y 3 de síndromes clínicos de extrema gravedad (Trastorno del pensamiento, Depresión Mayor, Trastorno delirante). También incluye 4 escalas de control (Sinceridad, Deseabilidad Social, Alteración y Validez). ➤ La versión del MCMI-III se sustenta en una teoría evolutiva, ampliando la perspectiva de ediciones anteriores que sólo se basaban en principios comportamentales del refuerzo y condicionamiento. Por ello, en la presente edición se considera a los trastornos de personalidad como constructos evolutivos derivados de tres polaridades: Placer frente a Dolor; Pasivo frente Activo y Otros frente a uno mismo. ➤ Las escalas del MCMI-III, se agrupan en las categorías personalidad y psicopatología para reflejar la distinción que hace el DSM entre el Eje II (características de personalidad más duraderas) y el Eje I (trastornos Clínicos Agudos). Además las escalas dentro de cada eje se agrupan de acuerdo con el nivel de severidad de la psicopatología. Cada eje se compone de dimensiones que reflejan sus síndromes más destacables.

Corrección e interpretación	<ul style="list-style-type: none"> ➤ La corrección del MCMI-III requiere de la ayuda de procedimientos informáticos. ➤ Primeramente se calculan las puntuaciones directas de cada escala. Seguidamente estas puntuaciones se convierten en puntuaciones de prevalencia (PREV) -excepto la escala Validez-, utilizando para ello las tablas obtenidas con la muestra de población española que presenta el manual (distinta para varones y mujeres). Finalmente se realizan varios ajustes que permiten obtener las puntuaciones PREV Finales (Ver manual). ➤ La corrección de este instrumento permite obtener información útil para diferentes aspectos: a) valorar la validez del protocolo; b) fundamentar la toma de decisiones diagnósticas basándose en las puntuaciones de cada una de las escalas; c) estimar el funcionamiento clínico general del sujeto evaluado basándose en los patrones de su perfil. Adicionalmente, puede realizarse una integración de la información evolutiva e histórica y el estudio de los datos procedentes de los ítems del test.
Limitación	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Su aplicación requiere un nivel de Estudios Primarios por parte del paciente. ➤ Su aplicación a personas sin una patología evidente incrementa la probabilidad de obtener puntuaciones distorsionadas. ➤ Se requiere de una cualificación por parte del profesional para poder interpretarlo. ➤ A pesar de la fundamentación del instrumento, continua sin estar clara la división entre los fenómenos del Eje I y los del Eje II del DSM.

IPDE <i>International Personality Disorder Examination</i> Examen Internacional de los Trastornos de Personalidad	
Loranger, A.W.; Sartorius, N.; Andreoli, A.; Berger, P.; Buchheim, P. y Channabasavanna S.M. (1994). The International Personality Disorder Examination. <i>Archives of General Psychiatry</i> , 51, 215-224. Manual del IPDE: López Ibor Aliño JJ., Pérez Urdániz A., y Rubio Larrosa V. (1996). <i>IPDE. International Personality Disorder Examination</i> . Madrid: Meditor.	
Objetivo	Evaluar trastornos de personalidad según los sistemas clasificatorios DSM-IV y CIE-10.
Nº Items	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 77 ítems en la versión basada en el DSM-IV. ➤ 59 ítems en la versión basada en el CIE-10.
Duración	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pase del Cuestionario de Evaluación IPDE autoaplicado: 15 a 20 minutos ➤ Entrevista clínica semiestructurada posterior al pase del instrumento: 60 a 90 minutos, aunque si el tiempo de administración sobrepasa la hora y media es conveniente fraccionar la entrevista en dos o más sesiones.
Descripción	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Las versiones para DSM-IV y CIE-10 no son exactamente idénticas, aunque la estructura es común en ambas, de modo que los diferentes criterios descriptivos del trastorno son evaluados mediante una serie de cuestiones que hacen referencia a 6 áreas de la vida del paciente: Trabajo; Yo; Relaciones interpersonales; Afectos; Prueba de realidad y Control de impulsos. ➤ Inicialmente el paciente cumplimenta un instrumento autoaplicado de respuesta dicotómica (V/F). Cuando se dan tres coincidencias al comparar sus respuestas con la plantilla de corrección se pasa a confirmar el diagnóstico en función de los criterios del DSM-IV o de la CIE-10, sirviéndose para ello de una entrevista semiestructurada. Por este motivo para considerar un rasgo como patológico es necesario que las respuestas iniciales a las preguntas del cuestionario sean contrastadas y completadas por descripciones y ejemplos convincentes de acuerdo a los criterios de los manuales diagnósticos. ➤ Además, el criterio debe estar presente como mínimo durante 5 años y se especificará claramente si es de inicio tardío (>24 años). ➤ La información en la que el entrevistador ha de basar su puntuación puede ser obtenida o contrastada con un informante (familiar o amigo), en cuyo caso se señalará este hecho.

Corrección e interpretación	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Para su corrección se remite al lector al manual del cuestionario. ➤ Como ya se ha indicado en el apartado de descripción de este instrumento, cuando se dan tres coincidencias entre las respuestas dadas por el paciente en el cuestionario y la plantilla de corrección se requerirá de una confirmación del diagnóstico, mediante entrevista semiestructurada, siguiendo los criterios del DSM-IV o de la CIE-10. Es precisamente esta entrevista la que determinará con exactitud la existencia o no de un trastorno. ➤ La interpretación del cuestionario permite determinar la existencia de posibles trastornos de personalidad (Existencia del trastorno; Existencia de rasgos pero no establecido claramente el trastorno; Ausente), así como la intensidad de los trastornos identificados. ➤ En la entrevista cada criterio se codifica como 0 cuando una conducta o rasgo está ausente o es normal, con un 1 cuando es exagerado o acentuado, y un 2 cuando es patológico o cumple el criterio. También existe la posibilidad de codificarlo como NA (no aplicable) o desconocido cuando no se conoce.
Recomendación	Es un instrumento heteroaplicado que ha de ser utilizado por un entrevistador experto y previamente entrenado en su manejo.

Otros posibles instrumentos de evaluación del Eje II.

<p>EPQ-R <i>Eysenck Personality Questionnaire-Revised (Eysenck y Eysenck, 1985)</i> Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck (short scale EPQ-RS) (Ortet, Ibañez, Moro y Silva, 1997).</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se dispone de una versión amplia de 83 ítems y de una versión abreviada de 48 ítems. ➤ Amplia revisión del EPQ que añade importantes innovaciones para la interpretación y fiabilidad de la variable P (dureza), así como una dimensión complementaria L (disimulo/conformidad). ➤ Evalúa la personalidad en base a tres dimensiones básicas: Extraversión (integrada por 19 ítems que miden los rasgos: sociable, vivaz, activo, buscador de sensaciones, despreocupado, dominante, surgente y aventurero), Emotividad o Neuroticismo (incluye 23 ítems que dan cuenta de los rasgos: ansioso, deprimido, sentimiento de culpa, baja autoestima, tenso, irracional, tímido, triste, emotivo) y Dureza o psicoticismo (incluye 23 ítems que reflejan los rasgos: agresivo, frío, egocéntrico, impersonal, impulsivo, antisocial, no empático, creativo y rígido). Todas las dimensiones se entienden como factores disposicionales que determinan la conducta regular y persistente en situaciones diferentes. ➤ También incluye una escala L (disimulo- conformidad) de 18 ítems con la que se pretende medir la tendencia de algunas personas al falseamiento positivo. ➤ La versión abreviada incluye 12 ítems de cada escala y consigue las mismas puntuaciones que la escala completa. ➤ La corrección se realiza siguiendo las escalas incluidas en el manual (Ortet, Ibañez, Moro y Silva, 1997). 	

MMPI-2

Minnesota Multiphasic Personality Inventory (Hathaway y McKinley, 1970)
Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 (Ávila y Jiménez, 1999)

- > 567 de respuesta dicotómica (Verdadero o Falso) con los que se trata de evaluar patrones de personalidad y trastornos emocionales.
- > Evalúa varios factores de la personalidad a través de tres grupos de escalas:
 - *Escalas Básicas/Clinicas* (Hs-Hipocondría; D-Depresión; Hy-Histeria, Pd-Desviación psicopática; Mf-Masculinidad-Feminidad; Pa-Paranoia; Pt-Psicastenia; Sc-Esquizofrenia; Ma-Hipomania; Si-Introversión Social).
 - *Escalas de Contenido* (ANX-Ansiedad; FRS-Miedos; OBS-Obsesiones; DEP-Depresión; HEA-Preocupaciones por la salud; BIZ-Pensamiento extravagante; ANG-Hostilidad; CYN-Cinismo; ASP-Conductas Antisociales; TPA-Comportamiento tipo-A; LSE-Baja autoestima; SOD-Malestar Social; FAM-Problemas familiares; WRK-Interferencia Laboral; TRT-Indicadores negativos de tratamiento)
 - *Escalas de Validez* (?-Interrogante; L-Mentira; F-Incoherencia; TRIN-Inconsistencia de las respuestas verdadero; VRIN-Incoherencia de respuestas variables; K-Corrección).
- > Su duración alcanza los 60 minutos.
- > Se consideran patológicas las puntuaciones superiores a 70. La relación entre las puntuaciones más altas genera un perfil interpretable por parte del clínico.
- > La versión de corrección manual permite obtener los resultados de las escalas de validez, las básicas y las de contenido. El resultado de las escalas suplementarias (A-Ansiedad; R-Represión; Es-Fuerza del yo; Mac-R-Escala revisada de alcoholismo de MacAndrew; Do-Dominancia...) y las subescalas (Hy1-Negación de ansiedad social; Hy2- Necesidad de afecto; Hy3-Lasitud/Malestar; Hy4-Quejas somáticas; Hy5-Inhibición de la agresión; Pa1-Ideas Persecutorias; Pa2-Hipersensibilidad...) se obtiene a partir de la corrección en disco de corrección/perfil de un solo uso por sujeto evaluado.

16 PF-5

Sixteen Personality Factor Questionnaire, Fifth Edition (Cattell, Cattell y Cattell, 1993)
Cuestionario Factorial de Personalidad. 5ª Edición (Seisdedos, 1995)

- > Se ofrecen diferentes formas de cuestionario útiles para niveles culturales básicos y medios, incluso existen formas especiales para sujetos con problemas de lectura o educativos.
- > El 16PF-5 consta de 185 ítems con contestaciones variables de *si/no*, verdadero/falso, decisión entre dos opciones y solución de problemas.
- > Mide las mismas 16 escalas primarias (rasgos de primer orden) denominadas ahora con términos menos extraños que en versiones anteriores. Los rasgos evaluados son de tipo bipolar y se definen en su polo alto con los constructos psicológicos: A-Afabilidad; B-Razonamiento; C-Estabilidad; E-Dominancia; F-Animación; G-Atención a las normas; H-Atrevimiento; I-Sensibilidad; L-Vigilancia; M-Abstracción; N-Privacidad; O-Aprensión; Q1-Apertura al cambio; Q2-Autosuficiencia; Q3-Perfeccionismo; Q4-Tensión. También incluye cinco dimensiones globales de la personalidad (factores de segundo orden): *Ext-Extraversión; Ans-Ansiedad; Dur-Dureza; Ind-Independencia y AuC-Auto-Control*. Además, se incluyen tres medidas de Estilos de Respuesta para controlar los sesgos en las respuestas: Manipulación Imagen -*Deseabilidad Social-*, *Infrecuencia -Falta de atención a las instrucciones o respuestas dadas al azar-*, *Aquiescencia -Tendencia a estar de acuerdo con el contenido de las cuestiones-*
- > Genera un perfil individual que puede utilizarse tanto para conocer la estructura normal de la personalidad de un sujeto como para propósitos clínicos (Del Barrio, 2002).
- > Su duración oscila entre 40 y 45 minutos.
- > La corrección se realiza en un disco de corrección/perfil, de un solo uso por sujeto evaluado. También existe la posibilidad de evaluación mediante Internet, con aplicación, corrección en informes de 16 idiomas.

TCI-R-67

Temperament and Character Inventory-Revised (Cloninger, 1999; Adaptación española Gutiérrez, Bayón, Montserrat, Valero, Labad, Cloninger y Fernández, 2004)
Inventario de Temperamento y Carácter- revisado-67 (Pedrero, 2009)

- > El TCI de Cloninger ofrece un método de evaluación de la personalidad basado en un modelo biopsicosocial.
- > Versión abreviada del original TCI-R de Cloninger (1999), utilizado para predecir variables psicopatológicas. Con este instrumento se trata de evaluar siete dimensiones de la personalidad, compuestas por cuatro de temperamento y tres de carácter.
- > La personalidad queda definida por las configuraciones multidimensionales de temperamento y carácter.
 - Se entiende por “*temperamento*” las respuestas automáticas a estímulos emocionales que son moderadamente estables en el tiempo y son heredadas, es decir, independientes de la cultura o el aprendizaje social.
 - Se entiende por “*carácter*” aquellas diferencias individuales en cuanto a las relaciones de objeto, que se desarrollan a través del tiempo y como resultado de las interacciones entre el temperamento, el ambiente familiar y las experiencias personales.
- > El TCI-R-67 supera la dificultad del inventario original relacionada con su excesiva extensión (240 ítems), conservando y evaluando las cuatro dimensiones temperamentales de origen: NS-Búsqueda de Novedad (exploración, falta de reflexión, derroche, antinormatividad); HA-Evitación del Daño (preocupación, evitación del riesgo, timidez, fatigabilidad); RD-Dependencia de la Recompensa (sentimentalismo, apego/apertura, conformidad) y PE-Persistencia y las tres dimensiones de carácter: SD-Autodirección (locus control, propósitos/metás, recursos, autoaceptación, buenos hábitos), CO-Cooperación (tolerancia social, empatía, altruismo, capacidad de perdón, integridad) y ST-Autotranscendencia (ensimismamiento, identificación transpersonal y espiritualidad), cada una de ellas con un número variable de subescalas (entre 3 y 5). En la versión reducida se incluye una nueva dimensión: Excitabilidad Exploratoria, como variable independiente.
- > Los 67 ítems se responden mediante una escala Likert de 5 opciones: desde muy en desacuerdo hasta muy de acuerdo.
- > Ha sido utilizado y adaptada recientemente en población drogodependiente.

Algunos apuntes finales

Seguidamente se detallan algunas reflexiones a considerar por parte del profesional, independientemente del tipo de instrumentos que decida aplicar.

- **No sirve cualquier instrumento de evaluación.** Siempre debe recurrirse a aquellos que hayan mostrado experimentalmente ser útiles para medir lo que se proponen (estar validados) y estar ajustados a población española (estar adaptados a nuestro entorno) (Guardia et al., 2007),
- **Nunca es suficiente para realizar un diagnóstico adecuado utilizar un único cuestionario, ni siquiera un conjunto de ellos.** Ninguno de ellos por separado, ni en conjunto, permite dar cuenta de la complejidad del proceso adictivo en su totalidad. Los instrumentos de evaluación son herramientas complementarias y paralelas a otras pruebas y fuentes, no debiéndose utilizar nunca como único criterio de diagnóstico. Una buena evaluación ha de basarse en una buena recogida de información para lo que han de utilizarse distintas fuentes (la propia observación del clínico, las declaraciones o autoinformes del entrevistado, pruebas objetiva e informadores externos) así como recurrir a distintas modalidades de obtención de la información (entrevista clínica, pruebas de laboratorio, cuestionarios y pruebas de autoinforme, autorregistros...).

- **Además, un instrumento de cribado nunca puede utilizarse para diagnosticar.** Deben utilizarse otros procedimientos (incluidos diferentes instrumentos), por lo que es importante que el profesional **conozca los diferentes instrumentos y se ciña a su utilidad probada experimentalmente.**
- Es **importante cuidar el nivel de formación del profesional no sólo en el conocimiento sino también en la aplicación** de determinadas pruebas, ya que puede condicionar el resultado obtenido en las mismas.
- En ocasiones, **es conveniente que el profesional esté presente en el pase de los instrumentos**, sobre todo en aquellos casos en los que el paciente muestre dificultad en la lectura o en la comprensión de las pruebas. Dejar que estos pacientes cumplieren los instrumentos sin orientación por parte del profesional suele asociarse a resultados distorsionados.

BIBLIOGRAFIA

Aertgeerts, B., Buntinx, F., Samsons, S. y Fevery, J. (2001). Screening properties of questionnaires and laboratory tests for the detection of alcohol abuse or dependence in a general practice population. *The British Journal of General Practice: the journal of the Royal College of General Practitioners*, 51, 206-217.

Annis, H.M. (1982). *Inventory of drinking situations (IDS-100)*. Addiction Research Foundation of Ontario, Toronto.

Arnaiz, A., Conde, A., Aguilar, J.A., Santana, J.M. Jorrín, A. y Betancor, P. (2001) Utilidad diagnóstica del cuestionario AUDIT para detectar el consumo de alcohol de riesgo en Atención Primaria. *Medicina Clínica*, 116, 121-124.

Ávila-Espada, A. y Jiménez-Gómez, F. (1999). Manual MMPI-2. Publicaciones de Psicología Aplicada. Madrid, TEA Ediciones S.A.

Babor, T.F., Higgins-Biddle, J.C., Saunders, J.B. y Monteiro, M.G. (2001). *The Alcohol Use Disorders Identification Test Guidelines for Use in Primary Care* (2nd. Edition). WHO/MSD/MSB/01.6^a. World Health Organization: Department of Mental Health and Substance Dependence.

Barrat, E.S. (1995). Impulsiveness and aggression. *Violence and Mental Disorder. Development in risk assessment*, 61-79. En J. Monahan y HJ. Steadman (ed.). *Violence and mental disorder*. Chicago: University of Chicago Press.

Bech P. (1996). The Bech, Hamilton and Zung scales for mood disorders: Screening and listening. A twenty years update with reference to DSM-IV and ICD-10, 2.^a ed. rev. Berlin: Springer.

Bech, P., Allerup, P., Gram, L.F., Resiby, N., Rosenberg, R., Jacobsen, O. y cols., (1981). The Hamilton Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*, 63, 290-299.

Beck, A., Steer, R.A., Ball, R. y Ranieri, W (diciembre 1996). Comparison of Beck Depression Inventories –IA and II- in psychiatric outpatients. *Journal of Personality Assessment*, 67, 588-597.

Beck, A., Steer, R.A. y Brown, G.K. (1996). *BDI-II Beck Depression Inventory: Manual* (2nd ed.). Boston. Harcourt Brace.

Becoña, E. y Cortés. M.T. (eds.) (2008). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones*. Valencia: Socidrogalcohol-PNSD.

Bobes, J., Bulbena, A., Luque, A., Dal-Re, R., Ballesteros, J. e Ibarra, N. (2003). Grupo de Validación en Español de Escalas Psicométricas. Evaluación psicométrica comparativa de las versiones en español de 6, 17 y 21 ítems de la Escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión. *Med Clin*, 120, 693-700.

Bobes, J., G-Portilla, M.P., Bascarán, M.T., Sáiz, PA. y Bousoño, M. (2004). *Banco de Instrumentos Básicos para la Práctica de la Psiquiatría Clínica*. Ars Médica. (3º ed).

Cardenal, V., Sánchez-López, M. P, y Ortiz-Tallo, M. (2007). *Guía práctica para la interpretación del MCMI-III (Inventario Clínico Multiaxial de Millon) -Evaluación de 14 Casos clínicos-*. Madrid: TEA Ediciones.

Carney, N.M. y Kivlahan, D.R. (1992). Motivational profiles of veterans seeking substance abuse treatment: profiles based on stages of change. Póster presentado a *la 26 Annual Convention of the Association for the Advancement of Behavior Therapy*, Boston, noviembre 1992.

Casas, M. y Guardia, J. (2002). Patología Psiquiátrica asociada al alcoholismo. *Adicciones*, 14, 195-219.

Cattell, R.B., Cattell, A.K. y Cattell, H.E.P. (1993): *Sixteen Personality Factor Questionnaire, Fifth Edition*. Champaign, IL: Institute for Personality and Ability Testing, Inc.

Conde V. y Useros E. (1975) Adaptación castellana de la escala de evaluación conductual para la depresión de Beck. *Rev Psiquiatr Psicol Med Eur Am.*, 12, 217-236.

Conde, V. y Esteban, T. (1973). Revisión crítica de dos adaptaciones castellanas de la «Self-Rating Depression Scale» (SDS) de Zung. *Arch Neurobiol*; 36, 375-392.

Conde, V. y Esteban, T. (1975). Validez de la «Self-Rating Depression Scale» (SDS) de Zung. *Archivos de Neurobiología*; 38, 225- .

Contel, M., Gual, A, y Colom, J. (1999). Test para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT): traducción y validación del AUDIT al catalán y castellano. *Adicciones*, 11, 337-347.

Derogatis, L.R. (1992). *The SCL-90-R*. Baltimore. Clinical Psychometric Research.

DiClemente, C.C. y Hughes, S.O. (1990). Stages of change profiles in outpatient alcoholism treatment. *Journal of Substance Abuse*, 2, 217-235.

DiClemente, C.C. y Prochaska, J-O. (1985). Processes and stages of self-change: coping and competence in smoking behavior change. En S. Shiffman y T.A. Wills (eds.). *Coping and substance use* (319-343). Londres. Academic Press.

Díez, J.F., Lequerica, J, Peña, C., Menéndez, J. y Vázquez, JL. (1986). Validación de un instrumento de despistaje de problemas relacionados con el consumo excesivo de alcohol: MALT (Münchner Alkoholismus Test). *Anales Psiquiatria*, 2, 134-140.

Driessen, M., Meier, S., Hill, A., Wetterling, T., Lange, W. y Junghanns, K. (2001), The course of anxiety, depression and drinking behaviours after completed detoxification in alcoholics with and without comorbid anxiety and depressive disorders. *Alcohol and Alcoholism*, 36, 249-255.

Echeburúa E., Bravo de Medina R. y Aizpiri J. (2005) Alcoholism and personality disorders: An exploratory study. *Alcohol and Alcoholism* 40, 323–326.

Echeburúa E., Bravo de Medina R. y Aizpiri J. (2007) Comorbidity of alcohol dependence and personality disorders: a comparative study. *Alcohol and Alcoholism*, 42, 618–622.

Ewing, J.A. (1984). Detecting alcoholism: the CAGE questionnaire. *JAMA*, 252, 1905-7.

Fernández-Montalvo, J., Landa, N., López-Goñi, J.J., Lorea, I. y Zarzuela, A. (2002). Trastornos de personalidad en alcohólicos: un estudio descriptivo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7, 217-225.

Fiellin, D.A., Reid, M.C. y O'Connor, P.G. (2000). Screening for Alcohol Problems in Primary Care. A Systematic Review. *Archives of Internal Medicine*, 160, 1977-1989.

García González, R. (1993). *La prevención de recaída en la dependencia de alcohol: desarrollo y valoración de un programa experimental de intervención*. Tesis Doctoral. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.

Gibbs ,L.E. (1983). Validity and reliability of the Michigan Alcoholism Screening Test: a review. *Drug Alcohol Dependence*, 12, 279-285.

Gordon, A. J., Maisto, S. A., McNeil, M., Kraemer, K. L., Conigliaro, R. L., Kelley, M. E. y Conigliaro, J. (2001) Three questions can detect hazardous drinkers. *Journal of Family Practice*, 50, 313–320.

Guardia, J. (coord.) (2007). Guía clínica para el tratamiento del alcoholismo. Valencia: Socidrogalcohol.

Haver, B. (1997). Screening for psychiatric comorbidity among female alcoholics: the use of a questionnaire (SCL-90) among women early in their treatment programme. *Alcohol and Alcoholism*, 32, 725-30.

Hays, J.T. y Spickard, W.A. (1987). Alcoholism: early diagnosis and intervention. *Journal of General Internal Medicine*, 2, 420-427.

- Holi, M. M., Sammallahti, P. R. y Aalberg, V. A. (1998). A Finnish validation study of the SCL-90. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97, 42-46.
- Holdcraft, L.C., Jacono, W.G. y McGue, M.K. (1998). Antisocial personality disorder and depression in relation to alcoholism: A community-based sample. *Journal of Studies on Alcohol*, 59, 222-226.
- Iraurgi Castillo, I. (2003). Instrumentos de evaluación diagnóstica en alcoholismo. (327-357). En E. García, S. Mendieta, G. Cervera y JR. Fernández (2003). *Manual SET de Alcoholismo*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Iraurgi, I. y González, F. (eds.) (2002). Instrumentos de Evaluación en Drogodependencias. Madrid: Aula Médica.
- Isenhardt, C.E. (1991). Factor structure of the Inventory of Drinking Situation. *Journal of Substance Abuse*, 3, 59-71.
- Jiménez, M., Monasor, R. y Rubio, G. (2003). Instrumentos de evaluación en el alcoholismo. *Trastornos Adictivos*, 5 (1), 13-21.
- Judge, R., Plewes, J., Kumar, V., Koke, S.C. y Kopp, J.B. (2000). Changes in energy during treatment of depression: an analysis of fluoxetine in double-blind, placebo-controlled trials. *J Clin Psychopharmacol*, 20, 666-672.
- Landa, N., Fernández-Montalvo, J., López-Goñi y Lorea, I. (2008). Comorbilidad psicopatológica en el alcoholismo: un estudio descriptivo. *Int J Clin Health Psychol*, 6, 253-269.
- Litman, G.K., Eiser, J.R., Rawson, N.S. y Oppenheim, A.N. (1977). Towards a typology of relapse: A preliminary report. *Drug and Alcohol Dependence*, 2, 157-162.
- Litman, G.K., Stapleton, J., Oppenheim, A.N., Peleg, M. y Jackson, P. (1983). Situations related to alcoholism relapse. *British Journal of Addiction*, 78, 381-389.
- Lobo, A., Chamorro, L., Luque, A., Dal-Ré, R., Badía, X. y Baró, E. (2002). Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Med Clin*, 118, 493-499.
- Marlatt, G.A. (1976), The drinking profile: a questionnaire for the behavioral assessment of alcoholism. En E.J. Mash y L.G. Terdal (eds.): *Behavior Therapy Assessment*. New York: Springer.

Martin, R.A., Rossi, J.S. Rosenbloom, D., Monti, P.M. y Rohsenow, D.J, (1992). Stages and processes of change for quitting cocaine. Poster presentado a la *26 Annual Convention of the Association for the Advancement of Behavior Therapy*, Boston, noviembre.

Merikangas K.R., Mehta, R.L., Molnar, B.E., Walters, E.E., Swendsen, J.D. Aguilar, S. et al., (1998). Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders: results of the International Consulting in Psychiatric Epidemiology. *Addictive Behaviors*, 23, 893-907.

Miller, W.R. y Marlatt, G.A. (1984). *Comprehensive Drinker Profile*. Odessa-Florida: Psychological Assessment Resources Inc.

Miller, W.R. y Marlatt, G.A. (1987). *Brief Drinker Profile*. Odessa-Florida: Psychological Assessment Resources Inc.

Millon, T. (ed.) (1997). *The Millon Inventories: Clinical and Personality Assessment*. New York: Guilford Press.

Montgomery, H.A., Miller, W-R., Tonigan, J.S., Meyers, R.J., Hester, R.K., Abbott, P.J. et al., (1990). SOCRATES as presage: Validation of a new instrument for assessing motivation for behavior change in problem drinkers (estudio presentado en el *Encuentro anual de la Asociación for Advancement of Behavior Therapy*). San Francisco.

Moore, R.A. (1972). The diagnosis of alcoholism in a psychiatric hospital: a trial of Michigan Alcoholism Screening Test (MAST). *American Journal of Psychiatry*, 128, 1565-1569.

Morey, L.C. y Martin, P.R. (1991). Evaluación del alcoholismo y del abuso de sustancias psicoactivas. En S. Wetzler (comp). *Medición de las enfermedades mentales. Evaluación psicométrica para los clínicos*. Barcelona. Áncora.

Muñoz, M. (2008). Evaluación conductual y formulación de casos. En FJ. Labrador (coord). *Técnicas de modificación de conducta* (cap 2, 69-102). Madrid: Pirámide.

Oquendo, M.A., Baca-García, E., Graver, R., Morales, M., Montalbán, V. y Mann, J.J. (2001). Spanish adaptation of the Barratt Impulsiveness Scale (BIS). *Eur J Psychiatry*, 15, 147-155.

Ortet i Fabregat, G; Ibañez Ribes M.I; Moro Ipola M. y Silva Moreno F.(1997). *Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck. Manual*. Tea Publicaciones de Psicología Aplicada.

Pedrero, E.J. (2009). TCI-R-67: versión abreviada del TCI-R de Cloniger. Proceso de creación y administración a una muestra de adictos a sustancias en tratamiento. *Trastornos Adictivos*, 11, 12-23.

Piccinelli, M., Tessari, E., Bortolomasi, M., Piasere, O., Semenzin, M., Garzoto, N. y Tansella, M. (1997) Efficacy of the Alcohol Use Disorders Identification Test as a screening tool for

hazardous alcohol intake and related disorders in primary care: a validity study. *British Medical Journal*, 314, 420–424.

Plutchik, R. y Van Praag, H.M. (1989). The measurement of suicidality, agresivity and impulsivity. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatr*, 13, 23-24.

Posada-Villa, J.A: y Trevisi Fuentes, C. (2004). Prevalencia, severidad y necesidades no satisfechas del tratamiento de los trastornos de ansiedad, relacionados con sustancias, del estado de ánimo y del control de los impulsos en adultos según el Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia, 2003. 7, 65-72.

Prochaska, J.O. y DiClemente, C.C. (1982). Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19, 276-288.

Prochaska, J.O. y DiClemente, C.C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.

Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. y Norcross, J.C. (1994). Cómo cambia la gente. Aplicaciones en los comportamientos adictivos. *Revista de Toxicomanías*, nº 1.

Ramos Brieva, J.A. Gutiérrez-Zotes, A. y Saiz Ruiz, J. (2002). Escala de control de los impulsos Ramón y Cajal (ECIRyC). Desarrollo, validación y baremación. *Actas Esp Psiquiatr*;30, 160-174.

Ramos-Brieva, J.A., y Cordero Villafáfila, A. (1986). Validación de la versión castellana de la Escala de Hamilton para la Depresión. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines*, 14, 324-334.

Regier, D., Farmer, M., Rae, D., Locke, B., Keith, S., Judd, L. y Goodwin, F. (1990). Comorbidity of Mental Disorders with Alcohol and Other Drug Abuse. *Journal of the American Medical Association*, 21, 2511-2518.

Robinson, K.S., Burger, M.C. y Spickard, W.A. (1987). Tools for office diagnosis of alcoholism in blacks. *Clinical Research*, 35, 92-95.

Rodríguez-Martos, A. (1986). El diagnóstico del alcoholismo a través de cuestionarios. Barcelona. APTA, *Fons Informatiu* nº 2.

Rodríguez-Martos, A. (2004). *El diagnóstico de los problemas de alcohol a través de cuestionarios*. Madrid. Adalia farma.

Rodríguez-Martos, A., Rubio, G., Aubá, J., Santo Domingo, J., Torralba, Ll. y Campillo, M. (2000). Readiness to change questionnaire: reliability study of its Spanish versión. *Alcohol and Alcoholism*, 35, 270-275.

Rodríguez-Martos, A., Suárez, R.M. y Vecino, C. (1984). MALT: versión definitiva de este test para el diagnóstico del alcoholismo. En Gobierno Vasco (comp). *Drogodependencias un reto multidisciplinar. Vol 1*. San Sebastián. Servicios Centrales de Publicaciones del Gobierno Vasco.

Rollnick, S.T., Heather, N., Gold, R. y Hail, W. (1992). Development of a short "readiness to change" questionnaire for use in brief opportunistic interventions among excessive drinkers. *British Journal of Addiction*, 87, 743-754.

Rounsaville, M.D., Dolinsky, Z.S., Babor, T.F. y Meyer, R. (1987). Psychopathology as a predictor of treatment outcome in alcoholics. *Archives of General Psychiatry*, 44, 505-513.

Rubio, G., Montero, I., Jáuregui, J., Martínez, M.L., Álvarez, S., Marín, J.J. et al., (1998). Validación de la escala de impulsividad de Plutchik en población española. *Arch Neurobiol*, 61, 223-232.

Rumpf, H.J., Hapke, U., Hill, A. y John, U. (1997). Development of a screening questionnaire for the general hospital and general practices. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 21, 894-898.

Russell, MT y Karol DL. (2003). *Manual 16 PF-5*. Publicaciones de Psicología Aplicada. Madrid, TEA Ediciones S.A.

Russell, M. (1994). New assessment tools for risk drinking during pregnancy. T-ACE, TWEAK and others. *Alcohol Health and Research World*, 18, 55-61.

Saiz, P.A., G-Portilla, M.P., Paredes, M.B., Bascarán, M.T. y Bobes, J. (2002). Instrumentos de evaluación en alcoholismo. *Adicciones*, 14, 387-403.

Sanchez-Hervás, E., Tomás Gradolí, V. y Morales Gallús, E. (2004). Un Modelo de Tratamiento Psicoterapéutico en Adicciones. *Trastornos Adictivos* 6 (3), 159-166.

Sanchez-Hervás, E., Tomás Gradolí, V., Molina Bou, N., Del Olmo Gurrea, R. y Morales Gallús, E. (2002). Procesos de cambio en conductas adictivas: Influencia de variables psicopatológicas y de consumo. *Adicciones*, 14(3), 337-344.

Santos Díez, P., González Martínez, G., Fons Brines, MR., Forcada Chapa, R. y Zamorano García, C. (2001). Estadios y Procesos de Cambio en Drogodependientes en Tratamiento Ambulatorio. *Adicciones*, 13(2), 147-152.

Sanz Fernández, J., Navarro, M.E. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y modificación de conducta*, 29, 239-288.

Segura García, L. y Contel Guillamón, M. (2003). Screening en alcoholismo. (311-326). En E. García, S. Mendieta, G. Cervera y JR. Fernández (2003). *Manual SET de Alcoholismo*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Selzer, M.L., Winokur, A. y Van Rooijen, L. (1975). A self-administrated Short Michigan Alcoholism Screening Test (SMAST). *Journal of Studies on Alcohol*, 36, 117-126.

Sevillano, M.L. y Rubio, G. (2001). Conceptos básicos sobre problemas relacionados con el alcohol. Diagnóstico e instrumentos de evaluación. En: Rubio G, Santo-Domingo J, (coords). *Curso de especialización en alcoholismo*. Madrid: FAD.

Schneider, U., Altman, A., Baumann, M., Bernzen, J., Bertz, B., Bimber, U. et al., (2001). Comorbid anxiety and affective disorder in alcohol dependent patients seeking treatment: the first multicentre study in Germany. *Alcohol and Alcoholism*, 36, 219-223.

Sokol, R.J., Martier, S.S. y Ager, J.W. (1989). The T-ACE questions: practical prenatal detection of risk-drinking. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 160, 863-868.

Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. (1970). *Manual for the State-Trait Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychological Press.

Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. (1986). *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo*. Manual (2.ª ed.). Madrid: TEA Ediciones.

Skinner, H.A. y Sheu, W.J. (1982). Reliability of alcohol use indices: The lifetime drinking history and the Mast. *Journal of Studies on Alcohol*, 43, 1157-1170.

Stockwell, T., Murphy, D. y Hodgson, R. (1983). The severity of alcohol dependence questionnaire: its use, reliability and validity. *Br. J. Addiction*, 78, 145-155.

Tejero, A. y Trujols, J. (1988). El Inventario de Procesos de Cambio para Adictos a la Heroína (IPC-AH). Poster presentado al I Congreso de la Sociedad Española de Toxicomanías, Barcelona, diciembre.

Tejero, A. y Trujols, J. (1994). El Modelo Trans-Teórico de Prochaska y DiClemente: Un modelo de cambio en el ámbito de las conductas adictivas (3-43) . En J. L. Graña (ed) *Conductas Adictivas*. Madrid. Ed. Debate.

Tirado, P. (coord.) (2008). *Guía clínica para el abordaje de trastornos relacionados con el consumo de alcohol*. Junta de Andalucía: Consejería de Igualdad y Bienestar Social.

Tollefson, G.D. y Holman, S.L. (1993). Analysis of the Hamilton Depression Rating Scale factors from a double-blind placebo-controlled trial of fluoxetine in geriatric major depression. *Int Clin Psychopharmacology*, 8, 253-259.

Tomasson, K. y Vaglum, P. (1995). A nationwide representative sample of treatment-seeking alcoholics: a study of psychiatric comorbidity. *Acta Psiquiatrica Scandinava*, 92, 378-385.

Verheul, R., Kranzler, H.R., Poling, J. Tennen, H., Ball, S. y Rounsaville, B.J. (2000). Co-occurrence of Axis I and Axis II disorders in substance abusers. *Acta Psiquiatrica Scandinava*, 101, 110-118.

Zung, B.J. (1978). Factor structure of the Michigan alcoholism screening test. *Journal of Studies on Alcohol*, 39, 56-57.

Zung, B.J. (1979). Psychometric properties of the MAST and two briefer versions. *Journal of Studies on Alcohol*, 40, 845-859.

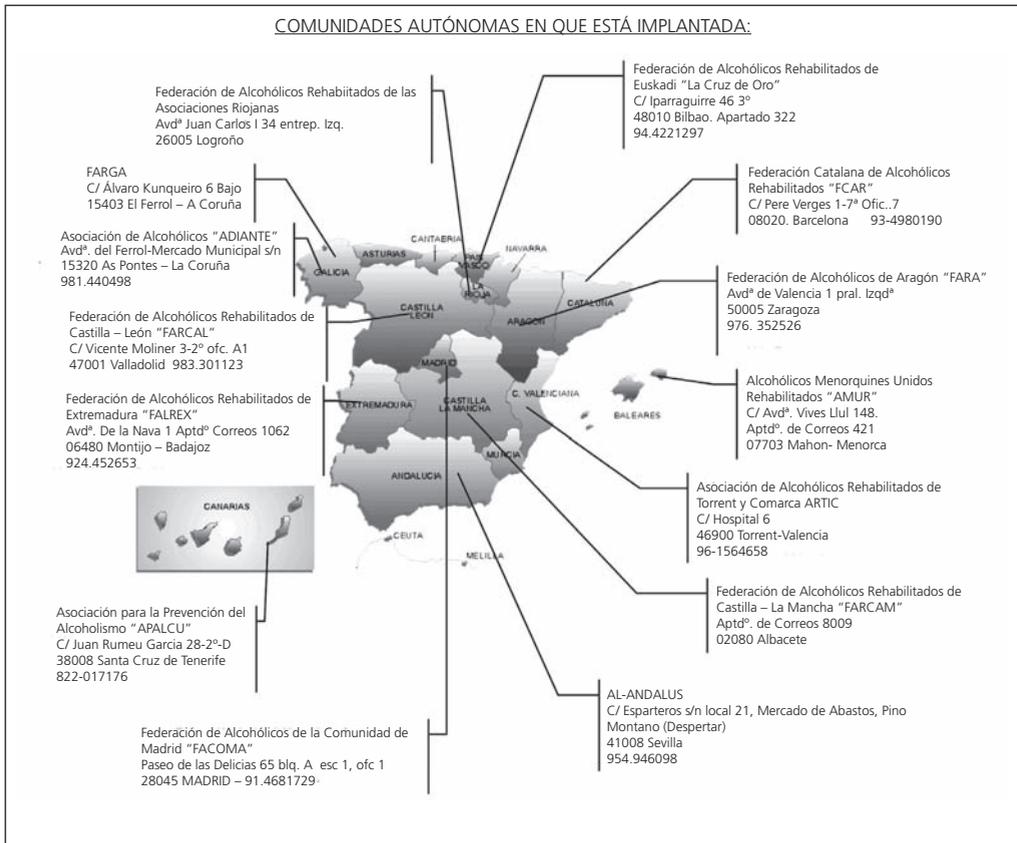
6. Misión y funciones del movimiento de alcohólicos rehabilitados

*Márquez Cayuela, L M.; Martín Delcán, M.; Sánchez Medinilla, R.;
Tendero Gómez, J.; Pascual, F.*

Introducción

La Federación de Alcohólicos Rehabilitados de España (FARE) es la entidad que aglutina a las Asociaciones dedicadas al tratamiento del alcoholismo por medio de la autoayuda, apoyo a familiares y prevención del consumo de alcohol más importante y con mayor historia de España.

Está presente en 13 de las 17 Comunidades Autónomas y tiene alrededor de 125 asociaciones repartidas por todo el país



Toda la labor, que beneficia a unas 125.000 personas, se realiza gracias a los alcohólicos rehabilitados, familiares, profesionales y voluntarios. Éstos tienen muy claro que el alcoholismo es una enfermedad y que tiene un tratamiento efectivo. Por ese motivo, un lato porcentaje de las personas que siguen las pautas de FARE, consiguen alcanzar y mantener la abstinencia de bebidas alcohólicas.

Dentro de nuestras actividades, está el normalizar desde el punto de vista social el trabajo que se realiza, darlo a conocer y difundirlo.

FARE se instaura como Federación Nacional en el año 1972.

Es un hecho real -y así lo demuestran los resultados obtenidos- que nuestra federación se ha convertido en el punto de referencia e información sobre alcoholismo en nuestro país, siendo conocida y tenida en cuenta a la hora de pedir información y colaboración. Nos sentimos plenamente satisfechos de haber prestado los servicios solicitados por personas, profesionales y entidades que en buen número acuden diariamente a nosotros, y esperamos seguir siendo útiles para paliar los problemas que genera la enfermedad alcohólica y prevenir, en lo posible, a la sociedad de los peligros que supone el consumo continuo y excesivo de bebidas alcohólicas.

Objetivos

La Federación tiene como objeto promover, coordinar, orientar e impulsar el movimiento asociativo de los enfermos alcohólicos rehabilitados y sus familias, así como lograr interesar en esta problemática a las Administraciones Públicas y otros Organismos, a los profesionales competentes y a la sociedad en general.

Para conseguir el efectivo cumplimiento del objetivo de su creación, la Federación deberá cumplir los siguientes fines:

- a. Promover la constitución de nuevas Asociaciones, Grupos o Instituciones con el mismo objetivo, así como orientarlas y ayudarlas en los inicios de su creación.
- b. Representar a las Asociaciones y Federaciones que se adhieran a la Federación Nacional ante los Organismos Públicos que específicamente determinen las leyes, y gestionar ante los demás cualquier asunto de interés relacionado con el objeto de la Federación o de las Asociaciones Federadas.
- c. Interesar a los aludidos Organismos Públicos en los problemas que afectan a los enfermos alcohólicos, informándoles sobre posibles soluciones de los mismos, así como ofrecerles las colaboraciones que puedan facilitar tanto FARE como las Asociaciones y Federaciones adheridas a ella.
- d. Reunir y difundir información general o especializada sobre los problemas relacionados con el consumo de alcohol y sus soluciones. Promover el conocimiento específico de la enfermedad alcohólica ante la opinión pública a fin de suscitar el interés por este problema y el necesario espíritu de solidaridad.
- e. Promover, o en su caso realizar actividades tales como congresos, conferencias, coloquios, círculos de estudio, jornadas técnicas de estudio, asambleas abiertas, publicaciones periódicas o monografías, sobre los problemas que ocasiona la enfermedad alcohólica. Conseguir espacios en emisoras de radio y TV, publicar artículos en la prensa, promover otras publicaciones y organizar sesiones de cine especializado. Realizar encuestas dirigidas a conocer el criterio de las asociaciones, de las federaciones federadas y de la sociedad en general, sobre aspectos interesantes del movimiento asociativo.
- f. Orientar, impulsar y realizar campañas de formación de la opinión pública sobre la existencia y fines de la Federación Nacional o de las asociaciones y federaciones que atiendan los problemas que afecten a los enfermos alcohólicos, informando y poniendo a disposición de los responsables los medios necesarios para su solución.

Definición de Autoayuda o Ayuda Mutua:

Forma que tienen de ayudarse las personas afectadas por el mismo problema o enfermedad, quienes se reúnen o se asocian para compartir sus experiencias.

Las Asociaciones de Alcohólicos Rehabilitados adoptan el modelo de Ayuda Mutua para compartir las experiencias en la rehabilitación e intentar solucionar los problemas de la adicción.

3. Objetivos del Movimiento de Alcohólicos Rehabilitados:

- a. Ser una fuente clara y objetiva de información de todas aquellas problemáticas que conlleven el consumo y utilización del alcohol, de sustancias psicotrópicas y otras adicciones.
- b. Participar activamente en las tareas socio-sanitarias de prevención, tratamiento y recuperación de los adictos al alcohol y otras sustancias, así como de sus familiares.

Funciones de las Asociaciones:

Ofrecer información detallada de la enfermedad adictiva, realizada por los propios enfermos y familiares.

- a. Ofrecer tratamiento médico, psicológico y social a aquellas personas que lo demanden, con profesionales propios o de la red sanitaria pública.
- b. Organizar y realizar grupos de autoayuda – ayuda mutua para adictos y familiares coordinados por los propios afectados, previa formación de los mismos.
- c. Ofrecer psicoterapia individual o de grupo, con profesionales propios o de la red sanitaria pública.
- d. Desarrollar actividades socio – culturales.
- e. Demandar más atención por parte de la administración, e intentar una mayor implicación, a través de recursos económicos, materiales, etc. en la solución de los problemas de conductas adictivas, que permitan el adecuado funcionamiento de estas Asociaciones.

Funciones de las Federaciones Autonómicas:

- a. Fomentar la unión y cohesión entre todas las asociaciones para compartir y potenciar las distintas actividades.
- b. Fomentar la creación de asociaciones.
- c. Representar a todas las asociaciones federadas.
- d. Asesorar a sus asociados.
- e. Solicitar a la administración el cumplimiento de los compromisos.

Formas de actuar:

Utilizar el sistema de autoayuda y ayuda mutua dada su demostrada validez para el tratamiento de las adicciones, sin descartar otros tratamientos, siempre que no incluyan la exigencia

de tomas de postura morales por parte del enfermo o su entorno, o no tengan una demostrada eficacia.

La célula básica de funcionamiento es la Asociación de Alcohólicos Rehabilitados, entendiéndose por ésta un grupo de enfermos y familiares -al que pueden unirse otras personas con carácter de colaboradores- cuya finalidad esencial es llevar a la práctica los principios fundamentales del movimiento de A.R. y conseguir sus objetivos.

Estos objetivos y funciones, antes descritas, van dirigidas siempre a la realización de:

- f. Campañas de prevención.
- g. Campañas de divulgación e información.
- h. Campañas de formación para los afectados.
- i. Constituir y ofrecer recursos asistenciales en materia de conductas adictivas.

**Día Mundial
del Trastorno
Alcohólico Fetal**

9 del 9 del 2009.

**No conviertas lo que
debe ser el lugar más
seguro del mundo en
un riesgo para tu
hijo.**

**Si estás embarazada:
*Ni gota de alcohol***

 **SOCIDROGALCOHOL**


fare
Federación de Alcohólicos
Rehabilitados de España

www.socidrogalcohol.org
www.fare.es

Actividades (algunos ejemplos)

NOMBRE	ACTIVIDAD	OBJETIVOS	A QUIEN VA DIRIGIDO	ÁMBITO DE ACTUACIÓN
Jornadas de la Enfermedad Alcohólica	Jornadas de Formación, Convivencia y Actos Lúdicos	* Formar * Informar * Compartir experiencias	* Población en general * Profesionales * Miembros de asociaciones	Nacional
Prevención en el Botellón	Información y entrega de materiales específicos para jóvenes	* Informar sobre riesgos del consumo abusivo de alcohol * Dar a conocer los riesgos del consumo de alcohol y otras drogas * Concienciar del consumo moderado	Población juvenil	Local
DIA SIN ALCOHOL 15 Noviembre	* Reparto de materiales de información sobre la enfermedad del alcoholismo y otras adicciones en la calle.	Dar a conocer actividades y servicios de las distintas asociaciones	* Población en general	Nacional – Autonómico y local
Aniversario asociaciones	Aniversario Fundación las distintas asociaciones	Compartir experiencia en Rehabilitación	* Población en general * Miembros Asociaciones	Nacional
Día Síndrome Alcohólico Fetal	Web y dípticos.	Sensibilización consumo de alcohol en el embarazo	Población general	Nacional
Carrera Popular		Prevención	Población en general	Comarcal
Presencia en Feria y fiestas locales	Caseta en Feria y Fiestas	Información y Prevención	Población en general	Local
Deportes	Maratón futbol sala	Prevención	Población de 14 a 40 años	Local
Programa regionales de prevención	Programas sociocomunitario	Prevención y alternativas de tiempo libre	A niños y adolescentes en edades de 12 a 18 años	Regional

* A lo largo de todo el año se participa en convivencias que organizan distintas asociaciones del ámbito nacional.

* Participación en el Congreso de FARE.

* Participación en el Congreso de las Federaciones Autonómicas.

Actividades específicas de F.A,R.E.

– Convenios y colaboraciones con entidades públicas y/o privadas nacionales o extranjeras en el último año:

a. Se ha firmado un contrato de colaboración entre la Asociación Estatal de Profesionales de Sexología A.E.P.S. y la Federación Nacional de Alcohólicos Rehabilitados F.A.R.E. y se ha creado el Comité Asesor Técnico de FARE.

b. Se participa activamente con el Grupo EMNA. (European Mutual Network for Alcohol Related Problems) Participando el Presidente de FARE en su Junta de Gobierno.



Federación de Alcohólicos
Rehabilitados de España

**Spanish
Rehabilitated
Alcoholics
Federation**

Website:
www.fare.es

Email:
fare@fare.es

Adress:
Plaza de los Mostenses
N.7 Madrid
(Spain)

- Coordinación y asesoramiento a las delegaciones o entidades asociadas: Publicaciones, servicios de gestión, de documentación; reuniones técnicas.
- Actividades estatutarias y de representación de la entidad: Temporalización y localización de las mismas, número de asistentes, materiales...
 - Asambleas extraordinarias y ordinarias
 - Reuniones de coordinación de la Junta de Gobierno
 - Reuniones de coordinación del Comité Asesor Técnico de FARE.
- Actividades de asesoramiento técnico y administrativo y de gestión a prestar a sus delegaciones o entidades asociadas:

- a. Desde FARE se tiene un servicio de consulta y atención a las Federaciones Autonómicas de forma permanente, así como un servicio de derivación telefónica de consultas y pacientes hacia las Federaciones miembros más idóneas por su emplazamiento ante las demandas privadas de asistencia.
 - b. Actividades de evaluación y seguimiento del conjunto de programas y servicios de la entidad así como del funcionamiento de la estructura central de coordinación.
 - c. El seguimiento de las actividades lleva implícita la evaluación de cada una de estas.
 - d. La conclusión de los diferentes programas, se procede a la evaluación general de los mismos, de las cuales se pasa cumplida cuenta al PNSD.
- Las Federaciones autonómicas o asociaciones provinciales son las que publican mensual o trimestralmente boletines de información, revistas...
 - Desde la Federación de Alcohólicos Rehabilitados de España (FA.R.E.) se recaba documentación sobre drogodependencias y en especial **sobre el alcohol**.
 - Página Web



Hemos creído en la utilidad de divulgar algunas de las actividades de nuestra Federación y no podemos contar con mejor medio que el utilizar los recursos tecnológicos de Internet.

Pretendemos sea reflejo de muchas de nuestras actividades y encontrarás, agenda de actividades, eventos, direcciones de nuestras afiliadas, enlaces con otras páginas de similar actuación, etc.

esta pagina se pone en funcionamiento en el año 2006, con la intención de que cualquier persona pueda encontrar información y datos suficientes para ayudar a todos y todas aquellas personas para quien el alcohol supone un problema, y hacer posible su reinserción social y rehabilitación.

– Otras Actividades:

- Concurso de Cuentos FARE. Sobre temática de Alcohol (publicación).
- Mantenimiento de la Web: www.fare.es.
- Actualización del Comité Asesor Técnico con inclusión de profesionales de distintas facetas.
- Mantenimiento sede: información y asesoramiento a las distintas Federaciones y Asociaciones.
- Información al Público en General.
- Reedición de la Cartilla del Alcohólico.
- Elaboración de Protocolos de actuación (publicación).
- Estudio sobre la efectividad del programa de autoayuda de FARE.
- Por las distintas Federaciones y Asociaciones se celebran:
 - o Jornadas de Alcoholismo.
 - o Congresos, Charlas de Prevención en Centros Escolares.
 - o Actividades Lúdicas, Actividades Formativas.
 - o Terapias de Grupo.
 - o Emisión de Informes de Tratamiento para distintas Autoridades Judiciales.

En todas las Actividades descritas anteriormente, FARE. Participa de una manera activa, bien sea de forma presencial, colaboración, o asesoramiento a todas aquellas afiliadas que lo demandan.

Pacientes y familiares:

Dentro de las asociaciones, tanto los alcohólicos rehabilitados, otros adictos como sus familiares, deben trabajar conjuntamente, ya que las tareas y responsabilidades han ser compartidas.

La mejor defensa de la familia contra el impacto emocional de la adicción de uno de sus miembros consiste en aceptar la enfermedad, adquirir conocimientos sobre ella y lograr la madurez y el valor necesarios para conseguir una efectiva rehabilitación. Cuanto más se disimulen las emociones, más difícil será lograr un proceso de rehabilitación eficaz.

Dado el papel fundamental de la familia en la recuperación del adicto, debemos promover la implicación del familiar en su tratamiento y rehabilitación.

En algunas ocasiones, la familia también está afectada por la problemática y deberá recibir ayuda para que la recuperación sea en paralelo.

Colaboración con la Sociedad.

Las asociaciones de alcohólicos rehabilitados están abiertas a la colaboración con todos los estamentos que lo soliciten, siendo un colectivo integrado en la dinámica de los distintos municipios, entidades y organizaciones de ámbito social.

La integración se traduce en la presencia y apoyo a iniciativas de solidaridad social y en todos los demás ámbitos socio-sanitarios.

Cada asociación de alcohólicos rehabilitados será parte integrante del tejido social ciudadano de las respectivas poblaciones y comunidades autónomas, participando además en órganos de consulta y decisión en materia de drogas y otros aspectos sociales.

Acerca del Delirium tremens:

Hemos querido añadir este pequeño apartado porque en algunas ocasiones, con la idea de ayudar al recién llegado, algunos voluntarios que realizan la acogida aconsejan que la persona deje de beber de forma inmadurata, sin una valoración profesional del posible cuadro de abstinencia, lo cual puede entrañar un riesgo para la salud, sin tener en cuenta que, entre los pacientes que acuden en demanda de ayuda a una Asociación de Alcohólicos Rehabilitados, hay algunos que presentan un consumo excesivo y en ocasiones diario de bebidas alcohólicas y otros cuya principal ingesta sucede los fines de semana o en ocasiones puntuales.

Los primeros, de forma especial, pueden desarrollar un síndrome de abstinencia al alcohol cuando suspenden el consumo. Éste se caracteriza por ansiedad, temblor, sudoración, inquietud, insomnio... y solamente cederá con una nueva ingesta de bebidas alcohólicas o con un tratamiento adecuado.

Este tipo de pacientes, con grandes consumos durante un tiempo elevado (en ocasiones superior a 10 años), corren el peligro de desarrollar un delirium tremens, con alucinaciones visuales en relación a ocupaciones cotidianas y contenido terrorífico. El término tremens significa temblor (tener temblores). Son cuadros de agitación muy graves, con incoordinación motora y sensorial y pérdida de conocimiento que, en ocasiones, puede llegar al coma o incluso a la muerte del sujeto.

Por lo tanto, debemos tomar precauciones cuando alguien que acude a una asociación decide abandonar el hábito alcohólico, con la finalidad de evitar la aparición de estos cuadros. La primera precaución es que esta persona no deje de beber del todo y de repente sin que un médico le someta a un tratamiento de desintoxicación controlado.

No olvidemos, además, que hay personas que requieren un período de hospitalización para conseguirlo, y que sólo un facultativo está capacitado para valorar esta necesidad, aplicando su criterio profesional y otras herramientas de valoración, como el CIWA .

En todo caso, siempre aconsejamos que, si alguien ha decidido dejar de beber, siga una pauta decreciente -es decir, disminuir la cantidad de alcohol consumida paulatinamente- hasta que se le pauté el tratamiento.

Una vez comenzado el tratamiento, recomendamos que se abandone definitivamente el consumo, con la intención de no volver a beber ni reemplazar el alcohol por otras sustancias, fomentando así el cambio hacia un estilo de vida saludable. Podemos resumirlo así: “Dejar el consumo, del todo y hasta nunca” .



MEDALLA DE PLATA DE LA ORDEN AL MERITO DEL
PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS
RESOLUCIÓN DE 15 DE MARZO DE 2006



MIEMBRO DE EMNA GRUPO EUROPEO

REGISTRO DE ASOCIACIONES – NACIONAL Nº 142 – PROVINCIAL 47/2ª – IDENTIFICACIÓN FISCAL G-28701852

7. Anexo cuestionarios

I.- CBA

Kurzfragebogen für Alkoholgefährdete Cuestionario Breve para Alcohólicos

Por favor, responda a las siguientes preguntas:

1	¿Tiene usted últimamente con frecuencia temblor de manos?	Sí (1)	No (0)
2	¿Padece usted últimamente con frecuencia de náuseas, sobre todo por la mañana?	Sí (1)	No (0)
3	¿Mejoran el temblor matutino y las náuseas si bebe algo de alcohol?	Sí (4)	No (0)
4	¿Padece usted en los últimos tiempos de fuerte nerviosismo?	Sí (1)	No (0)
5	En las épocas de mayor consumo de alcohol, ¿ha comido menos?	Sí (1)	No (0)
6	¿Ha tenido frecuentes pesadillas o trastornos del sueño en los últimos tiempos?	Sí (1)	No (0)
7	¿Se encuentra tenso e inquieto cuando le falta alcohol?	Sí (4)	No (0)
8	¿Tiene usted, tras haber bebido los primeros vasos, un deseo irresistible de seguir bebiendo?	Sí (1)	No (0)
9	¿Padece de lagunas de memoria después de haber bebido mucho?	Sí (1)	No (0)
10	¿Tolera actualmente menos cantidad de alcohol que antes?	Sí (1)	No (0)
11	¿Ha tenido alguna vez remordimientos de conciencia (sentimientos de culpa) después de haber bebido?	Sí (1)	No (0)
12	¿Ha probado algún sistema para controlar la bebida (por ejemplo, no beber antes de determinadas horas)?	Sí (1)	No (0)
13	¿Le lleva a beber su trabajo?	Sí (1)	No (0)
14	¿Le han hecho ya alguna consideración acerca de sus ingestas de alcohol en su puesto de trabajo?	Sí (4)	No (0)
15	¿Es usted menos trabajador desde que bebe?	Sí (1)	No (0)
16	¿Le gusta a usted beber regularmente un vasito o copa cuando está solo?	Sí (1)	No (0)
17	¿Pertenece usted a un círculo de amistades en el que se bebe mucho?	Sí (1)	No (0)
18	¿Se siente usted más seguro y responsable cuando ha bebido?	Sí (4)	No (0)
19	¿Posee usted en casa o en el trabajo un pequeño depósito escondido con bebidas alcohólicas?	Sí (1)	No (0)
20	¿Bebe alcohol para poder soportar mejor las situaciones de tensión o para olvidar los disgustos y las preocupaciones?	Sí (1)	No (0)
21	¿Se han encontrado ya usted o su familia, en alguna ocasión, en dificultades económicas a causa de su consumo de alcohol?	Sí (1)	No (0)
22	¿Ha tenido usted conflictos por conducción de vehículos o manejo de máquinas bajo efectos del alcohol (sanciones, accidentes de tráfico o laborales, etc.)?	Sí (1)	No (0)

Puntuación Total

Puntuación.

Se obtiene sumando los valores atribuidos a cada una de las respuestas emitidas y que se especifican entre paréntesis. Las respuestas afirmativas se valoran con un punto, excepto las de los ítems 3, 7, 14 y 18, valoradas con cuatro puntos. (Máxima puntuación = 34 puntos).

Interpretación.

5 puntos o más permiten sospechar de una posible dependencia alcohólica.

II.- CAGE

Chronic Alcoholism General Evaluation Evaluación General del Alcoholismo Crónico

Por favor, responda a las siguientes preguntas:

		SI	NO
1	¿Ha tenido usted alguna vez la impresión de que debería beber menos?		
2	¿Le ha molestado alguna vez que la gente critique su forma de beber?		
3	¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?		
4	¿Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar los nervios o para librarse de una resaca?		
Puntuación Total			

Puntuación.

Cada respuesta afirmativa se valora con un punto. La puntuación total se obtiene al sumar los valores de las cuatro preguntas. (Máxima puntuación = 4 puntos).

Interpretación.

- 0 Ninguna sospecha de problemas derivados del consumo de alcohol.
- 1 Indicio de problemas relacionados con el consumo de alcohol.
- 2 – 4 Posible dependencia alcohólica.

III.- AUDIT

Alcohol Use Disorders Identification Test

Test de identificación de Trastornos con el Uso de Alcohol

1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	<ul style="list-style-type: none">0. Nunca1. Una o menos veces al mes2. De 2 a 4 veces al mes3. De 2 a 3 veces a la semana4. Cuatro o más veces a la semana
2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal? (*)	<ul style="list-style-type: none">0. 1 ó 21. 3 ó 42. 5 ó 63. De 7 a 94. 10 ó más
3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión de consumo?	<ul style="list-style-type: none">0. Nunca1. Menos de una vez al mes2. Mensualmente3. Semanalmente4. A diario o casi a diario
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?	<ul style="list-style-type: none">0. Nunca1. Menos de una vez al mes2. Mensualmente3. Semanalmente4. A diario o casi a diario
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?	<ul style="list-style-type: none">0. Nunca1. Menos de una vez al mes2. Mensualmente3. Semanalmente4. A diario o casi a diario
6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?	<ul style="list-style-type: none">0. Nunca1. Menos de una vez al mes2. Mensualmente3. Semanalmente4. A diario o casi a diario
7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	<ul style="list-style-type: none">0. Nunca1. Menos de una vez al mes2. Mensualmente3. Semanalmente4. A diario o casi a diario
8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	<ul style="list-style-type: none">0. Nunca1. Menos de una vez al mes2. Mensualmente3. Semanalmente4. A diario o casi a diario
9. ¿Usted o alguna otra persona han resultado heridos porque usted había bebido?	<ul style="list-style-type: none">0. No2. Sí, pero no en el curso del último año4. Sí, en el último año

10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?	0. No 2. Sí, pero no en el curso del último año 4. Sí, el último año
(*) <i>Consumición = Unidad de Bebida Estándar (UBE)= 10 gr de alcohol.</i>	
Puntuación Total	

Puntuación.

Se obtiene la puntuación total sumando los valores de cada respuesta. (Máxima puntuación = 40 puntos).

Interpretación.

	Hombres	Mujeres
Sin problemas relacionados con el alcohol	0-7	0-5
Bebedor/a de riesgo	8-12	6-12
Problemas físico-psíquicos con la bebida y probable dependencia alcohólica	13-40	13-40

IV.- MALT

Münchener Alkoholismus Test
Test de Alcoholismo de Munich

MALT-O (lo cumplimenta el profesional)		Sí	No
1	Enfermedad hepática (mínimo un síntoma clínico. p. ej., consistencia aumentada, hepatomegalia, dolor a la presión, etc., y al menos un valor de laboratorio patológico, p. ej., GOT, GPT o GGT). (Sólo procede cuando se trata de una hepatopatía alcohólica o de origen desconocido: descartar la hepatitis vírica, hepatomegalia de cardiopatía congestiva, etc.)		
2	Polineuropatía (sólo procede cuando no existen otras causas conocidas, como diabetes mellitus o intoxicaciones crónicas específicas)		
3	Delirium tremens (actual o en la anamnesis)		
4	Consumo de alcohol superior a los 150 ml.* (en la mujer 120 ml.) de alcohol puro al día, al menos durante unos meses.		
5	Consumo de alcohol superior a los 300 ml.** (en la mujer 240 ml.) de alcohol puro, una o más veces al mes		
6	Aliento alcohólico (en el momento de la exploración)		
7	Los familiares o allegados ya han buscado, en alguna ocasión, consejo acerca del problema alcohólico del paciente (al médico, asistente social o instituciones pertinentes)		
(*) Transformado a gramos sería un consumo superior a 120 gr. en varones o 96 gr. en mujeres (**) Transformado a gramos sería un consumo superior a 240 gr. en varones o 192 gr. en mujeres			
Puntuación Total MALT-O			

Seguidamente encontrará usted un listado de molestias y problemas que pueden aparecer derivados de un consumo de alcohol. Por favor, marque con una cruz la respuesta que mejor se adecue a su caso particular.

MALT-S (lo cumple el paciente)		Sí	No
1	En los últimos tiempos me tiemblan a menudo las manos		
2	A temporadas, sobre todo por la mañana, tengo una sensación de náuseas o ganas de vomitar		
3	Alguna vez he intentado calmar la resaca, el temblor o la náusea matutina con alcohol		
4	Actualmente, me siento amargado por mis problemas y dificultades		
5	No es raro que beba alcohol antes del desayuno o el almuerzo		
6	Tras los primeros vasos de una bebida alcohólica, a veces siento la necesidad irresistible de seguir bebiendo		
7	A menudo pienso en el alcohol		
8	A veces he bebido alcohol, incluso cuando el médico me lo había prohibido		
9	En las temporadas en que bebo más, como menos		
10	En el trabajo me han llamado ya la atención por mis ingestas de alcohol y/o alguna vez he faltado al trabajo por haber bebido demasiado la víspera		
11	Últimamente prefiero beber alcohol a solas (y sin que me vean)		
12	Bebo de un trago y más deprisa que los demás		
13	Desde que bebo más, soy menos activo		
14	A menudo me remuerde la conciencia (sentimiento de culpa) después de haber bebido		
15	He probado un sistema para controlar lo que bebo (p. ej., no beber antes de determinadas horas)		
16	Creo que debería limitar mis ingestas de alcohol		
17	Sin alcohol no tendría tantos problemas		
18	Cuando estoy excitado, bebo alcohol para calmarme		
19	Creo que el alcohol está destruyendo mi vida		
20	Tan pronto quiero dejar de beber como cambio de idea y vuelvo a pensar que no		
21	Otras personas no pueden comprender por qué bebo		
22	Si yo no bebiera me llevaría mejor con mi esposa/o o pareja		
23	Ya he intentado pasar temporadas sin alcohol		
24	Si no bebiera, estaría contento conmigo mismo		
25	Repetidamente me han mencionado mi «aliento alcohólico»		
26	Aguanto cantidades importantes de alcohol sin apenas notarlo		
27	A veces, al despertar después de un día de haber bebido mucho, aunque sin emborracharme, no recuerdo en absoluto las cosas que ocurrieron la víspera		
Puntuación Total MALT-S			

Puntuación.

- MALT-O: Cada respuesta afirmativa equivale a 4 puntos.
- MALT-S: Cada respuesta afirmativa se valora con 1 punto.
- La Puntuación Total obtenida en esta prueba es el resultado de sumar ambas partes del cuestionario. (Máxima puntuación = 55 puntos).

Interpretación.

- Puntuación de 0-5: No alcoholismo.
- Puntuación de 6-10: Sospecha de alcoholismo o de riesgo alcohólico (incluye casos de consumo perjudicial y formas incipientes de dependencia psicoconductual).
- Puntuación de 11 o más: Alcoholismo.

V.- MAST

Michigan Alcoholism Screening Test

Test de Discriminación de Alcoholismo de Michigan

Por favor, responda a las siguientes preguntas*:

	Sí	No
1.- ¿Cree que es un bebedor normal?		2
2.- ¿Se ha despertado alguna mañana tras haber bebido la noche anterior y ha descubierto que no podía recordar parte de lo sucedido?	2	
3.- ¿Se queja su familia o sus amigos de lo que bebe?	1	
4.- ¿Puede parar de beber sin problemas después de una o dos copas?		2
5.- ¿Tiene alguna vez sentimientos de culpabilidad por beber?	1	
6.- ¿Creen sus amigos o familiares que es un bebedor normal?		2
7.- ¿Intenta alguna vez limitar sus copas o beber a ciertas horas del día o en ciertos lugares?	1	
8.- ¿Siempre puede dejar de beber cuando quiere?		2
9.- ¿Ha asistido alguna vez a una reunión de Alcohólicos Anónimos?	5	
10.- ¿Se ha mezclado en peleas estando bebido?	1	
11.- ¿Su afición a la bebida le ha generado alguna vez problemas con sus amigos o su familia?	2	
12.- ¿Han acudido alguna vez sus amigos o familiares en busca de ayuda por su afición a la bebida?	2	
13.- ¿Ha perdido amigos o esposa/o a causa del alcohol?	2	
14.- ¿Se ha metido en problemas en el colegio o en el trabajo a causa de su afición a la bebida?	2	
15.- ¿Ha perdido alguna vez su trabajo por su afición al alcohol?	2	
16.- ¿Ha dejado de atender a sus obligaciones familiares o escolares durante dos o más días seguidos porque estaba bebiendo?	2	
17.- ¿Bebe alguna vez antes del mediodía?	1	
18.- ¿Le han dicho alguna vez que tiene problemas hepáticos (de hígado)?	2	
19.- Después de beber en exceso, ¿ha experimentado alguna vez un delirium tremens o convulsiones, ha oído voces o visto cosas que no estaban allí?	5	
20.- ¿Ha acudido alguna vez a alguien en busca de ayuda a causa de su afición a la bebida?	5	
21.- ¿Ha estado alguna vez en un hospital por culpa de la bebida?	5	

22.- ¿Ha sido alguna vez paciente de un hospital psiquiátrico o de un departamento psiquiátrico de un hospital general en el que la bebida fuera parte del problema?	2	
23.- ¿Le han visitado alguna vez en una clínica psiquiátrica o de salud mental, o ha acudido a un médico, asistente social o sacerdote para pedir ayuda por un problema emocional en el que la bebida tenía un papel importante?	2	
24.- ¿Ha sido arrestado alguna vez, aunque fuera por pocas horas, por embriaguez?	2	
25.- ¿Ha sido detenido alguna vez por conducir en estado de embriaguez o por conducir después de haber bebido?	2	

* Importante indicar al paciente que debe responder centrándose en los últimos 12 meses

Puntuación Total

Puntuación.

Suma de los puntos obtenidos en las diferentes preguntas. (Máxima puntuación =57 puntos).

Interpretación.

- Por encima de 5 puntos es indicativa de sospecha de alcoholismo.
- Por debajo de 3 puntos se puede descartar la sospecha de alcoholismo.
- La puntuación de 4 quedaría en el terreno de la duda.

VI.- ISCA

Interrogatorio Sistematizado de Consumos Alcohólicos

1. Si en alguna ocasión toma bebidas alcohólicas (vino, cerveza, etc.), ¿cuántas consumiciones toma el día que bebe? (expresado en UBE)(*):_____			
2. ¿Con qué frecuencia lo hace? (número de días a la semana):_____			
3. ¿Los fines de semana (o los días laborables) cambia sus hábitos de consumo? SI NO			
Hoja de registro (en UBEs):	Cantidad	Días	Subtotal
Consumo en días laborables			
Consumo en días festivos			
Puntuación Total:			

(*Unidad de Bebida Estándar (UBE)= 10 gr de alcohol

Puntuación.

Se multiplican los índices de cantidad y de días. A partir del sumatorio de los totales, se obtiene un cálculo del consumo semanal de alcohol en UBEs.

Interpretación.

- En varones: una puntuación superior a 28 puntos o UBEs semanales es indicativa de un posible consumo de riesgo.
- En mujeres: una puntuación superior a 17 puntos o UBEs semanales es indicativa de un posible consumo de riesgo.
- Además, se recomienda valorar los casos en los que se obtienen una puntuación entre 11 y 16.

VII. EIDA

Escala de Intensidad de la Dependencia del Alcohol

Intente recordar un período de tiempo en los últimos 6 meses en los que haya bebido mucho. A continuación marque la casilla que refleje la frecuencia con la que usted experimentó durante este período de tiempo cada una de las siguientes situaciones. Durante ese período de tiempo que bebía mucho:

	<i>Nunca o casi nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Frecuentemente</i>	<i>Casi siempre</i>
1. Me despertaba sudando	0	1	2	3
2. Me temblaban las manos a primera hora de la mañana	0	1	2	3
3. Tenía náuseas a primera hora de la mañana	0	1	2	3
4. Todo mi cuerpo temblaba violentamente si no bebía algo	0	1	2	3
5. Me despertaba completamente bañado en sudor	0	1	2	3
6. Temía que llegase la hora de levantarme	0	1	2	3
7. Temía encontrarme con alguien a primera hora de la mañana	0	1	2	3
8. Me sentía próximo a la desesperación al despertarme	0	1	2	3
9. Me sentía muy nervioso al despertarme	0	1	2	3
10. Me sentía asustado al despertarme	0	1	2	3
11. Me gustaba beber alcohol por la mañana	0	1	2	3
12. Tenía ganas de beber alcohol al despertarme	0	1	2	3
13. Me tomaba lo antes posible y de un trago las primeras copas de la mañana	0	1	2	3
14. Bebía por la mañana para calmar los temblores	0	1	2	3
15. Sentía una fuerte necesidad de beber alcohol al despertarme	0	1	2	3
16. Bebía más de 4 copas de licor al día (el equivalente es una botella de vino u 8 cañas de cerveza)	0	1	2	3
17. Bebía más de 8 copas de licor al día (el equivalente son 2 botellas de vino o 16 cañas de cerveza)	0	1	2	3
18. Bebía más de 16 copas de licor al día (el equivalente son 3,5 botellas de vino o 32 cañas de cerveza)	0	1	2	3
19. Bebía más de 32 copas de licor al día (el equivalente son 7 botellas de vino o 64 cañas de cerveza)	0	1	2	3

20. Llegaba a beber en menos de 1 hora 8 copas de licor (el equivalente son 2 botellas de vino o 16 cañas de cerveza)	0	1	2	3
21. Después de haber tomado algunas copas, me apetecía seguir bebiendo	0	1	2	3
22. Cuando comenzaba a beber me resultaba muy difícil parar hasta que no estaba bastante bebido	0	1	2	3
23. No bebía alcohol hasta después de haber finalizado mis tareas (trabajo, estudio, reuniones, etc.)	3	2	1	0
24. Si bebía alcohol, no sobrepasaba el límite que me había propuesto	3	2	1	0
25. Había días en los que conseguía no beber nada	3	2	1	0
<i>(Las preguntas 23 a 25 puntúan en sentido inverso)</i>				
<p>Imagínese la siguiente situación:</p> <p>(1) Ha conseguido dejar de beber durante algunas semanas,</p> <p>(2) y tiene una recaída en la que bebe bastante durante 2 días consecutivos.</p> <p>¿Cómo se sentiría por la mañana, después de haber pasado esos 2 días bebiendo bastante?</p>				
	<i>Nada</i>	<i>Un poco</i>	<i>Moderadamente</i>	<i>Bastante</i>
26. Por la mañana comenzaría a sudar	0	1	2	3
27. Tendría temblor en las manos	0	1	2	3
28. Tendría náuseas	0	1	2	3
29. Mi cuerpo temblaría	0	1	2	3
30. Mis deseos por beber serían	0	1	2	3
Puntuación Total				

Puntuación.

Se obtiene una puntuación total a partir de la puntuación obtenida en cada ítem (se recuerda que las preguntas 23 a 25 se puntúan en sentido inverso). (Máxima puntuación = 90 puntos).

Interpretación:

Se establecen tres niveles de gravedad con estos puntos de corte:

- < 21: dependencia leve.
- 21-37: dependencia moderada.
- 37: dependencia grave.

Los 30 ítems se agrupan en 6 subescalas, con un total de 5 ítems cada una de ellas:

- **Síntomas físicos de abstinencia** (ítems 1 a 5).
- **Síntomas psicológicos de abstinencia** (ítems 6 a 10).
- **Conductas para aliviar los síntomas de abstinencia** (ítems 11 a 15).
- **Consumo habitual de alcohol** (ítems 16 a 20).
- **Dificultad para controlar la ingestión** (ítems 21 a 25).
- **Reinstauración de la *sintomatología tras la recaída*** (ítems 26 a 30).

VIII. EMCA

Escala Multidimensional de Craving de Alcohol

<i>Durante la última semana...</i>	<i>Muy de acuerdo</i>	<i>Bastante de acuerdo</i>	<i>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</i>	<i>Bastante en desacuerdo</i>	<i>Muy en desacuerdo</i>
1. He tenido ansia de beber	5	4	3	2	1
2. Habría hecho casi cualquier cosa por beber	5	4	3	2	1
3. He deseado beber	5	4	3	2	1
4. He podido controlar completamente mi deseo de beber	1	2	3	4	5
5. Tomar una copa habría sido ideal	5	4	3	2	1
6. He estado pensando la manera de ir a por una bebida	5	4	3	2	1
7. Beber hubiera sido maravilloso	5	4	3	2	1
8. He tenido muy a menudo la mente ocupada con imágenes relacionadas con la bebida	5	4	3	2	1
9. Las ganas de beber han sido muy intensas	5	4	3	2	1
10. Me hubiera sentido mejor si hubiera podido beber	5	4	3	2	1
11. He experimentado una vez o más un intenso deseo de beber	5	4	3	2	1
12. Aunque hubiese tenido la oportunidad, no hubiera bebido	1	2	3	4	5

Puntuación.

Las preguntas se agrupan en dos factores:

- Desinhibición conductual: Suma de los resultados de las preguntas 4 y 12 cuyas puntuaciones están invertidas. (Máxima Puntuación en este factor = 10 puntos).
- Deseo de beber: Suma de las puntuaciones obtenidas en el resto de preguntas. (Máxima Puntuación en este factor = 50 puntos).

La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones de ambos factores.

Interpretación

	<i>Ausente</i>	<i>Leve</i>	<i>Moderado</i>	<i>Intenso</i>
Deseo de beber	10	11-17	18-34	>34
Desinhibición conductual	2	3	4-7	> 7
Puntuación global de craving	12	13-22	23-40	> 40

IX: SF – 36. Cuestionario de Salud. (Calidad de Vida)

Identificación..... Fecha.....

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

1.- En general, usted diría que su salud es:

Excelente Muy buena Buena Regular Mala

2.- ¿Cómo diría usted que es su salud actual, comparado con la de hace un año?

Mucho mejor ahora que hace un año Algo mejor ahora que hace un año
 Más o menos igual que hace un año Algo peor ahora que hace un año
 Mucho peor ahora que hace una año

3.- Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual. ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

	Sí, me limita mucho	Sí me limita un poco	No, no me limita nada
a) Esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Coger o llevar la bolsa de la compra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Subir varios pisos por la escalera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) Subir un solo piso por la escalera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) Agacharse o arrodillarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g) Caminar un kilómetro o más	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h) Caminar varias manzanas (varios centenares de metros)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i) Caminar una sola manzana (unos 100 metros)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j) Bañarse o vestirse por sí mismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4.- Durante las últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

	SI	NO
a) ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) ¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ej, le costo más de lo normal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5.- Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

	SI	NO
a) ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas por algún problema emocional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6.- Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

Nada O Un poco O Regular O Bastante O Mucho O

7.- ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

No ninguno O Sí, muy poco O Sí, un poco O Sí, moderado O Sí, mucho O Sí, muchísimo O

8.- Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

Nada O Un poco O Regular O Bastante O Mucho O

9.- Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo

	Siempre siempre	Casi veces	Muchas veces	Algunas alguna	Sólo vez	Nunca
a) se sintió lleno de vitalidad?.....	O	O	O	O	O	O
b) estuvo muy nervioso?	O	O	O	O	O	O
c) se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	O	O	O	O	O	O
d) se sintió calmado y tranquilo?	O	O	O	O	O	O
e) tuvo mucha energía?	O	O	O	O	O	O
f) se sintió desanimado y triste?	O	O	O	O	O	O
g) se sintió agotado?	O	O	O	O	O	O
h) se sintió feliz?	O	O	O	O	O	O
i) se sintió cansado?	O	O	O	O	O	O

10.- Durante las 4 últimas semanas ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

Siempre O Casi siempre O Algunas veces O Sólo alguna vez O Nunca O

11.- Por favor, diga si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases:

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
a) Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	O	O	O	O	O
b) Estoy tan sano como cualquiera	O	O	O	O	O
c) Creo que mi salud va a empeorar	O	O	O	O	O
d) Mi salud es excelente	O	O	O	O	O

FUNCIÓN FÍSICA **FUNCIÓN SOCIAL**

LIMITACIONES DEL ROL: PROBLEMAS FÍSICOS

LIMITACIONES DEL ROL: PROBLEMAS EMOCIONALES

SALUD MENTAL **VITALIDAD** **DOLOR**

PERCEPCIÓN DE LA SALUD GENERAL

CAMBIO DE LA SALUD EN EL TIEMPO

El TSF-36 Health Survey Test es una encuesta de salud diseñada por el Health Institute, New England Medical Center, de Boston Massachusetts, que a partir de 36 preguntas pretende medir ocho conceptos genéricos sobre la salud, esto es, conceptos que no son específicos de una patología, grupo de tratamiento o edad, detectando tanto estados positivos como negativos de la salud física y estado emocional.

Detecta tanto estados positivos de salud como negativos y explora salud física y salud mental. Se ha puesto en marcha un proyecto internacional de adaptación del cuestionario (International Quality of Life Assessment –IQOLA- Project). Existen versiones de 30 y 38 ítems y una forma breve (SF-20) que ha sido criticada por poseer un número tan excesivamente pequeño de cuestiones, que limitaría su capacidad para detectar cambios en el estado de salud.

Se trata de un cuestionario autoadministrado, aunque también se ha utilizado mediante un entrevistador, a través del teléfono o mediante soporte informático.

Consta de 36 ítems, que exploran 8 dimensiones del estado de salud: función física, función social, limitaciones del rol: problemas físicos, limitaciones del rol: problemas emocionales, salud mental, vitalidad, dolor y percepción de la salud general. Existe una cuestión, no incluida en estas ocho categorías, que explora los cambios experimentados en el estado de salud en el último año.

Interpretación: Los ítems y las dimensiones del cuestionario proporcionan unas puntuaciones que son directamente proporcionales al estado de salud; cuanto mayores sean, mejor estado de salud. El rango de las puntuaciones para cada dimensión oscila de 0 a 100. Resulta útil disponer de valores normalizados de referencia en población general. Las medias y desviación standard en población norteamericana son: función física 84 (SD 23), función social 83 (SD 22), limitación del rol: problemas físicos 81 (SD 34), limitaciones del rol: problemas emocionales 81 (SD 33), salud mental 75 (SD 18), vitalidad 61 (SD 21), dolor 75 (SD 23), percepción de la salud general 72 (SD 20).

En población general española estos valores son: función física 94,4 (SD 12,8), función social 96 (SD 14,1), limitación rol: problemas físicos 91,1 (SD 25,7), limitación rol: problemas emocionales 90,1 (SD 26), salud mental 77,7 (SD 17,3), vitalidad 69,9 (SD 18,4), dolor 82,3 (SD 24,8), percepción de la salud general 80 (SD 18,8)

El test detecta tanto estados positivos de salud, como negativos. El contenido de las cuestiones se centra en el estado funcional y el bienestar emocional. Su ámbito de aplicación abarca población general y pacientes y se emplea en estudios descriptivos y de evaluación.

Existen aspectos importantes de la salud del individuo, como son el funcionamiento cognitivo, sexual y familiar, que no son evaluados con este instrumento genérico.

Los ocho conceptos de salud (dimensiones) determinados en este cuestionario se resumen en la siguiente tabla:

Dimensión	Significado
Función física	Grado en el que la falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria, como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, coger o transportar cargas, y realizar esfuerzos moderados e intensos.
Rol físico	Grado en el que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo como consecuencia un rendimiento menor del deseado, o limitando el tipo de actividades que se puede realizar o la dificultad de las mismas.
Dolor corporal	Medida de la intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual y en las actividades del hogar.
Salud general	Valoración personal del estado de salud, que incluye la situación actual y las perspectivas futuras y la resistencia a enfermar.
Vitalidad	Sentimiento de energía y vitalidad, frente al de cansancio y desánimo.
Función social	Grado en el que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual.
Rol emocional	Grado en el que los problemas emocionales afectan al trabajo y otras actividades diarias, considerando la reducción del tiempo dedicado, disminución del rendimiento y del esmero en el trabajo.
Salud mental	Valoración de la salud mental general, considerando la depresión, ansiedad, autocontrol, y bienestar general.

El permiso para el uso del cuestionario SF-36 se otorga de forma rutinaria, sin cargo, por el TMedical Outcomes TrustT, habiendo sido evaluada e incluida ya la versión española del mismo.

¹ En esta Guía se clasifican las evidencias científicas -consensuadas por la Comunidad Científica en base a la investigación realizada hasta el momento sobre procedimientos de detección, diagnóstico e intervención terapéutica, tanto farmacológica como psicológica- en diferentes Niveles de Evidencia y Grados de Recomendación.

Un **Grado de recomendación B** (o recomendación alta) se basa en niveles de evidencia 2 (ensayos clínicos con pequeñas limitaciones metodológicas) y 3 (estudios descriptivos, comparativos y casos controles).

² El **Grado de recomendación A** (o recomendación máxima) se basa en un nivel de evidencia 1 (conclusiones extraídas a partir de ensayos clínicos controlados, randomizados y bien diseñados, o bien, metanálisis).

³ **Grado de recomendación C** (o recomendación media) se extrae a partir de un nivel de evidencia 4 que implica las conclusiones derivadas del consenso de comités de expertos, informes técnicos de las autoridades sanitarias y series de casos.

Patrocina:

