

Diagnóstico indirecto del abuso/dependencia al alcohol en población adulta peruana: validación de una encuesta

Indirect diagnose of alcohol of abuse/dependency in an adult peruvian population: validation of a survey

Martín Nizama-Valladolid¹, M Nizama-García², C Puente de la Vega², S L Reyes-Langer², Javier Saavedra Castillo³

RESUMEN

Objetivo: Realizar la validación de la encuesta para diagnóstico indirecto de abuso/dependencia al alcohol en la sierra peruana.

Material y método: Se usó la base de datos del Estudio Epidemiológico de Salud Mental 2003 realizado en la sierra peruana que contenía módulos que evaluaban la situación de salud mental. Se utilizó el módulo de diagnóstico directo de abuso/dependencia al alcohol, aplicado al adulto y la encuesta diagnóstico indirecto de abuso/dependencia al alcohol, aplicado a la mujer unida. La muestra fue de 1 302 parejas mujer unida – adulto. Para hallar la confiabilidad se utilizó el coeficiente alfa de Cronbach. Se realizó la validez de criterio comparándola con el cuestionario directo y la de constructo utilizando el análisis factorial.

Resultados: Se obtuvo una coherencia interna de 93,1%. La probabilidad estimada de que el criterio externo y el cuestionario coincidan en el diagnóstico es 77%. Siendo el punto de mejor sensibilidad (70,4%) y especificidad (74,9%) en 2 ítems. El análisis factorial indica que la mayoría de ítems satura a un factor predominante.

Conclusiones: El cuestionario indirecto para diagnóstico de abuso/dependencia de alcohol es parcialmente válido para poblaciones con características similares a las de la sierra peruana.

Palabras clave: Alcoholismo, diagnóstico.

ABSTRACT

Objective: Validation of a survey for making an indirect diagnosis of abuse/dependence of alcohol survey in the Peruvian Andes.

Material and method: We used the database of The Mental Health Epidemiological Study conducted in the Peruvian Andes in 2003, which includes surveys assessing mental health. We used the direct diagnosis of alcohol abuse/dependence module in adult males, and indirect diagnosis of alcohol abuse/dependence survey in their spouses. The sample size was 1,302 adult couples. Cronbach's Alpha coefficient was used in order to verify reliability of the tests. Validity of criteria was obtained by comparing them with the direct questionnaire and the validity of the construct was determined by using a factorial analysis.

Results: The internal consistency of the questionnaire was 93.1%. The estimated probability of matching between the indirect survey and the external criteria is 77%. Best sensitivity (70.4%) and specificity (74.9%) values were located in 2 positive items. The factorial analysis indicated that most of the items saturate one predominant factor.

Conclusions: The questionnaire for indirect diagnosis of alcohol abuse/dependence is partially valid in populations with similar characteristics to those from the Peruvian Andes.

Key words: Alcoholism, diagnosis.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud estima que aproximadamente 2 mil millones de personas en el mundo consumen bebidas alcohólicas y existen 76,3 millones con trastorno de alcoholismo diagnosticable¹.

En el Perú, el abuso y dependencia de alcohol se ha convertido en un problema de salud pública muy importante². CEDRO, en el 2007, muestra que el número de adictos a las bebidas alcohólicas sobrepasaría el millón de personas³. En el Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental 2002 en la población de Lima Metropolitana y Callao, se encontró una prevalencia anual de abuso/dependencia de alcohol de 5,3%, siendo 8,5% en hombres y 2,2% en mujeres⁴. En la sierra peruana (Ayacucho, Cajamarca y Huaraz), se encontró una prevalencia de 10,0%, siendo en hombres 19,1% y en mujeres 1,5 %² y en la selva peruana (Iquitos, Tarapoto y Pucallpa), la prevalencia fue de 8,8%, 17,5% en hombres y 1,2% en mujeres⁵.

En la actualidad existen una amplia gama de cuestionarios utilizados para el diagnóstico de abuso/dependencia de alcohol, todos ellos con sus propias ventajas y desventajas en cuanto a su aplicación, confiabilidad, validez y objetividad⁶. Si bien es cierto, ninguno de estos cuestionarios puede reemplazar a la anamnesis ni al examen físico, ofrecen al clínico una herramienta complementaria útil tanto en la práctica como en la investigación.

Para realizar screening, se utilizan entrevistas de exploración psiquiátrica que incluyen temas de evaluación específicos para adicciones, por ejemplo, el cuestionario Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), el cual consiste en una entrevista para realizar diagnósticos de acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Transtornos IV(DSM-IV) o a la Clasificación estadística internacional de enfermedades y otros problemas de salud (CIE-10)⁷, el cual está validado en nuestro medio⁸. (Figura 1). Otros ejemplos, dentro de este rubro, son el Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)⁹, Cuestionario CAGE para el screening de alcoholismo y cuestionario de indicadores diagnóstico (CID)⁶.

En nuestro medio, también se utiliza la escala breve de beber anormal (EBBA), en una primera instancia como prueba de tamizaje y posteriormente se recurre al (Münchener Alkoholismus Test) MALT como prueba confirmatoria¹⁰.

1. Médico Psiquiatra, Médico Asistente de la Dirección de Adicciones del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". Profesor Principal de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú. Profesor Principal de la Facultad de Medicina "San Fernando", Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
2. Médicos egresados de la Facultad de Medicina "Alberto Hurtado", Universidad Peruana Cayetano Heredia Lima, Perú.
3. Médico Psiquiatra, Director Ejecutivo de la Oficina de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". Profesor Principal de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.

Figura 1. Cuestionario mini modificado aplicado en el estudio epidemiológico de salud mental en la sierra peruana 2003

Piense en el periodo de su vida en que ha tomado con mayor frecuencia. Durante el año de ese periodo ...	A1.		A ¿con qué frecuencia le ha ocurrido esto durante los últimos 12 meses?				B. Y durante los últimos 30 días?.				
	0. NO	1. SI	Tarjeta 6 Códigos				Tarjeta 7 Códigos				
			1	2	3	4	1	2	3	4	5
¿Ha llegado a tener tanta necesidad o deseo de tomar que no podía resistir (o controlar)?	0	1	1	2	3	4	1	2	3	4	5
	↓	→	↓	↓	→	→	↙	↙	↙	↙	↙
¿Ha llegado a intentar no tomar sin conseguirlo (o lograrlo)?	0	1	1	2	3	4	1	2	3	4	5
	↓	→	↓	↓	→	→	↙	↙	↙	↙	↙
¿Ha tenido dificultad para parar de beber antes de estar completamente ebrio o borracho(a)?	0	1	1	2	3	4	1	2	3	4	5
	↓	→	↓	↓	→	→	↙	↙	↙	↙	↙
¿Cuando no tomaba o tomaba poco sus manos temblaban, sudaba o se sentía nervioso(a)?	0	1	1	2	3	4	1	2	3	4	5
	↓	→	↓	↓	→	→	↙	↙	↙	↙	↙
¿Ha llegado a tomar un vaso/copa para evitar tener los problemas antes descritos o para cortar la mañana, curar el cuerpo o curar la cabeza?	0	1	1	2	3	4	1	2	3	4	5
	↓	→	↓	↓	→	→	↙	↙	↙	↙	↙
¿Ha tenido que tomar más de lo que acostumbraba para sentirse “bien, alegre, entonado(a)”, U obtener los mismos efectos que antes?	0	1	1	2	3	4	1	2	3	4	5
	↓	→	↓	↓	→	→	↙	↙	↙	↙	↙
¿Ha llegado a reducir o descuidar sus actividades de costumbre (de ocio o diversión, trabajo, cotidianas) por tomar?	0	1	1	2	3	4	1	2	3	4	5
	↓	→	↓	↓	→	→	↙	↙	↙	↙	↙
¿Ha llegado a seguir tomando aún cuando esto le causaba problemas en su cuerpo o conducta (PSICOLÓGICOS)?	0	1	1	2	3	4	1	2	3	4	5
	↓	→	↓	↓	→	→	↙	↙	↙	↙	↙
¿El hecho de tomar le ha causado problemas en su salud física o emocional (como no interesarse por nada, sentirse deprimido(a) o desconfiar de otros)?	0	1	1	2	3	4	1	2	3	4	5
	↓	→	↓	↓	→	→	↙	↙	↙	↙	↙
¿Ha tenido problemas en su trabajo, ACTIVIDADES HABITUALES o estudios por tomar?	0	1	1	2	3	4	1	2	3	4	5
	↓	→	↓	↓	→	→	↙	↙	↙	↙	↙
¿Le ha ocurrido que, sin darse cuenta, terminaba tomando más de lo que deseaba?	0	1	1	2	3	4	1	2	3	4	5
	↓	→	↓	↓	→	→	↙	↙	↙	↙	↙
¿Ha tenido problemas o conflictos con su pareja debido a que usted tomaba?	0	1	1	2	3	4	1	2	3	4	5
	↓	→	↓	↓	→	→	↙	↙	↙	↙	↙
¿Ha tenido problemas o conflictos con sus padres debido a que usted tomaba?	0	1	1	2	3	4	1	2	3	4	5
	↓	→	↓	↓	→	→	↙	↙	↙	↙	↙
¿Ha tenido problemas o conflictos con sus hijos debido a que usted tomaba?	0	1	1	2	3	4	1	2	3	4	5
	↓	→	↓	↓	→	→	↙	↙	↙	↙	↙
¿Ha llegado a perder amigos debido a que usted tomaba?	0	1	1	2	3	4	1	2	3	4	5
	↓	→	↓	↓	→	→	↙	↙	↙	↙	↙
¿Ha tenido problemas o conflictos con sus amigos, compadres, vecinos debido a que usted tomaba?	0	1	1	2	3	4	1	2	3	4	5
	↓	→	↓	↓	→	→	↙	↙	↙	↙	↙
¿Ha tenido ganas de disminuir lo que tomaba?	0	1	1	2	3	4	1	2	3	4	5
	↓	→	↓	↓	→	→	↙	↙	↙	↙	↙
¿Le ha ocurrido que, al día siguiente, después de haber bebido la noche anterior, no se acordaba de parte de lo que había pasado?	0	1	1	2	3	4	1	2	3	4	5
	↓	→	↓	↓	→	→	↙	↙	↙	↙	↙
¿Ha tenido algún accidente de tránsito estando tomado?	0	1	1	2	3	4	1	2	3	4	5
	↓	→	↓	↓	→	→	↙	↙	↙	↙	↙
¿Ha tenido algún otro tipo de accidentes habiendo tomado licor?	0	1	1	2	3	4	1	2	3	4	5
	↓	→	↓	↓	→	→	↙	↙	↙	↙	↙

Prochaska, DiClemente y Norcross en 1992 describieron los estadios del adicto, denominándose pre-contemplativa a la etapa en la cual el paciente negaba su patología¹¹, repercutiendo directamente en la fiabilidad de las respuestas y en la demanda espontánea de atención. Además, se ha descrito que la familia y el entorno social, al mantener la adicción y ser parte crucial del fenómeno adictivo, dificultan la identificación del paciente alcohólico¹². Estos serían los principales impedimentos para el diagnóstico directo ya que dificultan la identificación, abordaje y posterior tratamiento del paciente.

Nizama, en el año 1993, desarrolla un cuestionario de detección precoz cuyo objetivo principal es, sistematizar, en una cartilla de 100 preguntas, indicadores que, según la experiencia clínica del autor, ayudan a posibilitar la detección precoz del dependiente de drogas lícitas e ilícitas con el objeto que la familia viabilice una oportuna ayuda médica¹³. Dentro de ésta cartilla existen 38 preguntas; 14 de éstas acerca del comportamiento general y 24 preguntas acerca de consumo de alcohol. (Ver figura 2).

Figura 2. Cuestionario de la opinión de la mujer con respecto al consumo del adulto usado en el estudio epidemiológico de salud mental en la sierra peruana 2003

	SÍ	NO	NS
1.- Bebe licor en exceso.			
2.- Sus amigos lo evitan porque cuando bebe con ellos les exige seguir hasta las últimas consecuencias.			
3.- Celebra con licor todos los acontecimientos grandes o pequeños.			
4.- Ofende, agrede, insulta o considera tontas a las personas que se niegan a beber con él/ella.			
5.- Le preocupa de sobremanera que en las celebraciones no falte licor.			
6.- Siempre se encuentra al lado de la botella de licor con el vaso en la mano o con el grupo que está bebiendo.			
7.- Exige tomar en vaso más lleno.			
8.- Se jacta de no embriagarse fácilmente, bebe demasiado y no se embriaga.			
9.- Ha notado que antes no se embriagaba fácilmente y ahora se marea con poco licor (“cabeza de pollo”).			
10.- Su apetencia por el licor se desencadena con el ruido de los vasos, el sonido del sorbo, la presencia de la botella o el aroma del licor.			
11.- Abandona la reunión social cuando se acaba el último resto de licor.			
12.- Termina la fiesta buscando lugares donde seguir bebiendo.			
13.- Ingiere licor todos los fines de semana.			
14.- El días lunes concurre tarde a trabajar, mal humorado, desganado y anhela salir lo más temprano para ir a descansar o beber licor.			
15.- Cuando toma, no tiene control y bebe hasta embriagarse.			
16.- Frecuentemente, en estado de ebriedad presenta comportamiento perturbador, violento o celoso.			
17.- Algunas veces, luego de haber bebido sin control, ha presentado intenso temblor generalizado y en ocasiones ha presentado “diablos azules”.			
18.- Ha habido problemas entre la persona y su pareja a causa del trago.			
19.- Ha perdido amigos por el trago.			
20.- Ha tenido ganas de disminuir lo que toma.			
21.- A la persona le ocurre en ocasiones que sin darse cuenta toma más de lo que pensaba.			
22.- Ha tenido que tomar alcohol en las mañanas.			
23.- Le ha ocurrido que al despertar después de haber bebido la noche anterior no se acuerde parte de lo que pasó.			
24.- A la persona le molesta que lo critiquen por la forma en que toma.			

Por lo expuesto se hace necesaria la validación de este instrumento de diagnóstico indirecto de abuso/dependencia al alcohol que toma en cuenta las manifestaciones en el entorno familiar y social del alcohólico, brindándole al clínico una herramienta adicional para la identificación del problema.

MATERIAL Y MÉTODO

Se usó la base de datos del Estudio Epidemiológico de Salud Mental 2003 (estudio, descriptivo, epidemiológico de corte transversal) realizado en tres ciudades de la sierra peruana (Cajamarca, Huaraz y Ayacucho)².

El marco muestral se basó en la información del Instituto Nacional de Estadística e Informática elaborado sobre

la base del pre-censo de 1999 y el material cartográfico respectivo actualizado.

La unidad de muestreo primario fueron conglomerados de viviendas. La unidad secundaria fueron las viviendas de cada uno de los conglomerados y la unidad terciaria, los residentes de la vivienda.

El muestreo fue probabilístico y trietápico: En la primera etapa se seleccionaron conglomerados, en la segunda las viviendas dentro de cada uno de los conglomerados elegidos en la primera etapa, y en la última se escogieron personas de cada población objetivo dentro de cada vivienda seleccionada.

Las unidades de análisis del estudio epidemiológico fueron: Adolescentes de 12 a 17 años, mujer casada o

unida, jefa del hogar o pareja del jefe del hogar, adulto de 18 años o más, adulto mayor de 60 o más años.

La Encuesta Epidemiológica de la Sierra Peruana se realizó con una muestra total de 3 892 adultos, 3 268 mujeres unidas, 717 adultos mayores y 1 568 adolescentes.

Se aplicaron diversos módulos que abarcaban diversos aspectos de salud mental y patologías psiquiátricas, siendo relevantes para nuestro estudio los siguientes módulos:

A. Encuesta de la mujer unida

Encuesta EESMSP.B1.01.A. Módulo datos generales de la mujer unida (Datos demográficos).

Encuesta EESMSP.H.07. Módulo de relaciones intrafamiliares: Preguntas sobre comportamiento general y consumo del alcohol del familiar adulto (preguntas 66, 70 y 71).

B. Encuesta del adulto

Encuesta EESMSP.B2.01.B. Módulo datos demográficos del adulto.

Encuesta EESMSP.F.05. Módulo de síndromes clínicos B: M.I.N.I.: Consumo/dependencia del alcohol (preguntas 25 a la 50).

Para la validación del instrumento se utilizaron las siguientes encuestas:

La versión del M.I.N.I. validado en nuestro medio el cual fue aplicado al adulto y que dio como resultado un indicador al cual se denominó **“abuso/dependencia de alcohol en los últimos 12 meses”**. Este indicador clasifica a un sujeto con abuso/dependencia presente o ausente. Este diagnóstico será considerado como patrón de referencia.

La encuesta sobre consumo de alcohol de un adulto de la familia, de acuerdo a la percepción de la mujer unida (el cual es el instrumento a validar). Estas encuestas fueron elaboradas por un experto a partir de entrevistas a familiares de pacientes alcohólicos obteniendo rasgos de personalidad y comportamientos que lo orientarían a una aproximación diagnóstica indirecta de abuso/dependencia de alcohol.

Fue necesario emparejar ambos módulos. Este proceso dio como resultado una muestra de 1 346 parejas adulto-mujer unida que finalmente se redujo a 1 302 ya que había encuestas no llenadas. El adulto al que se hace referencia podía ser esposo, hijo(a), padre, madre, tía(o), abuela(o) u otro familiar de la mujer unida. Esta muestra de 1 302 pares mujer unida-adulto está distribuida proporcionalmente en las tres ciudades: Huaraz (33,6%), Cajamarca (34,1%) y Ayacucho (32,3%).

Para el proceso de validación en sí, se procedió al cálculo de la confiabilidad utilizando medidas de consistencia interna (alfa de Crombach), al cálculo de la validez de constructo utilizando el análisis factorial y el de la validez de criterio utilizando como criterio externo la versión del M.I.N.I adaptada a nuestro medio.

Para la reducción de la encuesta se aplicaron correlaciones entre los ítems y posteriormente se establecieron las asociaciones entre cada uno de los ítems con un diagnóstico positivo según el M.I.N.I. Posteriormente se procedió a calcular la confiabilidad y la validez de la misma manera que la encuesta original.

RESULTADOS

La muestra total fue de 1 302 pares mujer unida - adulto. Aproximadamente el 80% de las mujeres unidas tenían edades entre 20 y 50 años, predominando el castellano como lengua materna.

En el caso de los adultos, a quienes las mujeres unidas se refieren, se observó que el 80% de las edades fluctuaban entre 25 y 65 años, predominando el castellano como lengua materna.

Según el cuestionario M.I.N.I., la prevalencia de abuso/dependencia de alcohol en los últimos 12 meses fue de 15,6%.

Para la validación del cuestionario se evaluaron dos aspectos:

1.- Fiabilidad: Realizando el análisis de la coherencia interna de la encuesta mediante el coeficiente alfa de Cronbach indicando una coherencia interna global de 93,1% Al retirar un ítem a la vez se observan coeficientes de coherencia interna similares al coeficiente alfa de Cronbach global (individualmente cada ítem tienen una coherencia interna por encima de 92%).

2.- Validez: Se realizaron dos tipos de validez

Validez de criterio: Al realizar la comparación entre los clasificados como abuso/dependencia según esta prueba con la encuesta a validar, (Tabla 1) observamos que la proporción de los que presentan una respuesta positiva según la mujer unida es aproximadamente 4 veces mayor comparado con los que no tienen abuso/dependencia. Se utilizó la curva R.O.C obteniéndose que la probabilidad estimada de que el criterio externo (MINI) y la encuesta coincidan en el diagnóstico es 77%. (Figura 3 y Tabla 2) Siendo el punto de mejor sensibilidad (70,4 %) y especificidad (74,9 %) en 2 ítems positivos aproximadamente.

Validez constructo: Se aplicó el análisis factorial y se obtuvo por el gráfico de sedimentación que los ítems saturan a un único factor. Al analizar las cargas factoriales, éstas son mayores en el primer factor. (Figura 4).

Para la reducción de la encuesta se buscó la correlación de cada uno de los ítems, al presentar similar correlación se optó por eliminar aquellas preguntas que presentaban menores proporciones cuando se comparaba con el criterio externo.

Tabla 1. Opinión de mujer unida respecto al consumo de alcohol del adulto

Item	Percepción de mujer unida	Abuso/dependencia de alcohol (MIN)		Total			
		Sí	No	Sí	No		
	Total	203	15,6%	1 099	84,4%	1 302	100,00%
1.	¿Bebe licor en exceso?						
	Sí	64	31,5%	80	7,3%	144	11,1%
	No	139	68,5%	1 010	92,7%	1 149	88,9%
2.	¿Sus amigos lo evitan porque cuando bebe con ellos exige seguir hasta las últimas consecuencias?						
	Sí	36	17,7%	46	4,2%	82	6,3%
	No	167	82,3%	1 052	95,8%	1 219	93,7%
3.	¿Celebra con licor todos los acontecimientos grandes o pequeños?						
	Sí	71	35,0%	122	11,1%	193	14,8%
	No	132	65,0%	976	88,9%	1 108	85,2%
4.	¿Ofende, agrade, insulta o considera tontas a las personas que se niegan a beber con él/ella?						
	Sí	37	18,2%	47	4,3%	84	6,5%
	No	166	81,8%	1 051	95,7%	1 217	93,5%
5.	¿Le preocupa sobremanera que en las celebraciones no falte licor?						
	Sí	52	25,6%	79	7,2%	131	10,1%
	No	151	74,4%	1 017	92,8%	1 168	89,9%
6.	¿Siempre se encuentra al lado de la botella de licor con el vaso en la mano o en el grupo que está bebiendo con mayor intensidad?						
	Sí	36	17,7%	39	3,6%	75	5,8%
	No	167	82,3%	1 058	96,4%	1 225	94,2%
7.	¿Exige tomar en vaso más lleno?						
	Sí	40	19,7%	56	5,1%	96	7,4%
	No	163	80,3%	1 042	94,9%	1 205	92,6%
8.	¿Se jacta de no embriagarse fácilmente, bebe demasiado y no se embriaga?						
	Sí	47	23,2%	63	5,7%	110	8,5%
	No	156	76,8%	1 034	94,3%	1 190	91,5%
9.	¿Ha notado que antes no se embriagaba fácilmente y ahora se mareaba con poco licor (cabeza de pollo)?						
	Sí	72	35,5%	128	11,7%	200	15,4%
	No	131	64,5%	970	88,3%	1 101	84,6%
10.	¿Su apetencia por el licor se desencadena con el ruido de los vasos, el sonido del sorbo, la presencia de la botella o el aroma del licor ?						
	Sí	23	11,3%	28	2,6%	51	3,9%
	No	180	88,7%	1 070	97,4%	1 250	96,1%
11.	¿Abandona la reunión social cuando se acaba el último resto de licor?						
	Sí	56	27,6%	72	6,6%	128	9,8%
	No	147	72,4%	1 026	93,4%	1 173	90,2%

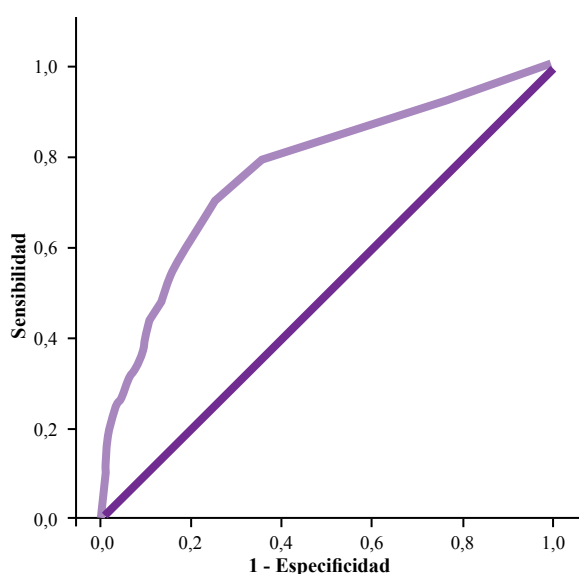


Figura 3. Curva Característica de Operación: Encuesta para diagnóstico indirecto de abuso/dependencia de alcohol utilizando como referencia externa el MINI. Área bajo la curva: 77%

Tabla 2. Sensibilidad y especificidad de la encuesta para diagnóstico indirecto de abuso/dependencia de alcohol utilizando como referencia externa el MINI

Punto de corte	Sensibilidad	1 - Especificidad
1	,794	,359
2	,704	,251
3	,623	,202
4	,543	,161
5	,477	,134
6	,437	,110
7	,382	,093
8	,332	,072
9	,307	,059
10	,271	,046
11	,251	,036
12	,236	,033
13	,221	,030
14	,191	,026
15	,131	,022
16	,101	,018
17	,101	,013
18	,085	,011
19	,065	,009
20	,040	,006
21	,020	,002
22	,015	,001
23	,005	,001
24	,005	,000

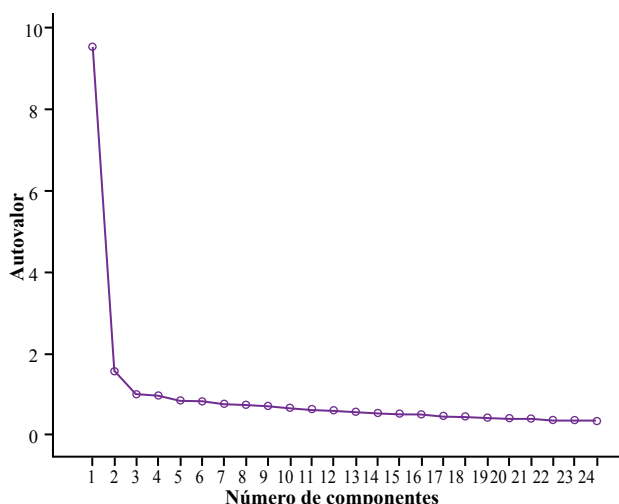


Figura 4. Gráfico de sedimentación

Para la validación de esta nueva encuesta se evaluaron nuevamente la fiabilidad y la validez. Se obtuvo una fiabilidad de 91,4% y al retirar un ítem a la vez se observan coeficientes de coherencia interna similares al coeficiente alfa de Cronbach global (individualmente cada ítem tiene una coherencia interna por encima de 90%).

En cuanto a la validez de criterio se utilizó la curva R.O.C obteniéndose que la probabilidad estimada de que el criterio externo (MINI) y el cuestionario coincidan en el diagnóstico es de 76%. Siendo el punto de mejor sensibilidad (70,3 %) y especificidad (76 %) en 2 ítems positivos.

Para la validez constructo se aplicó nuevamente el análisis factorial y se obtuvo por el gráfico de sedimentación que los ítems saturan a un único factor.

DISCUSIÓN

Las ciudades de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz son consideradas prototipo para el desarrollo de la investigación, tomándose en cuenta como tres grupos culturales diferenciados que han experimentado procesos sociales diferentes en los últimos 25 años². Se encontró al alcoholismo como la patología psiquiátrica de mayor prevalencia, siendo mayor en Ayacucho. Podríamos inferir que el consumo de alcohol es más alto que en otras regiones dado que éste es utilizado como evasión fácil de una realidad de atraso socioeconómico, cultural y de grandes conflictos sociales^{12,14}. La investigación se realizó en esta región debido a que por ser una validación, se prefiere una prevalencia alta, puesto que se busca encontrar la mayor cantidad de casos.

Con respecto a la elección de la mujer unida como informante sobre el adulto en consumo, se puede inferir que; dado el rol impuesto de cuidadoras de los integrantes de su hogar por un entorno social tradicional, como es el de la serranía peruana¹⁵, notarán más fácilmente de los cambios de conducta en sus familiares. Obteniéndose mejores referencias al momento de indagar por conductas que delaten la presencia de abuso/dependencia de alcohol en un familiar cercano.

Para evaluar la fiabilidad de la escala se optó por medir la coherencia interna de la encuesta mediante el coeficiente de coherencia alfa de Cronbach. Los resultados nos muestran que el instrumento maneja valores bastante altos (por encima del 90%), produciendo resultados consistentes y coherentes. Además, al retirar un ítem de la encuesta y evaluar nuevamente la confiabilidad se observa que los niveles de coherencia interna se mantienen.

En cuanto a la validación de criterio, podemos decir que, considerando un punto de corte igual a 2 se obtiene una sensibilidad de 70,4% y una especificidad de 74,9% con una probabilidad estimada de coincidencia entre el criterio externo (MINI) y la encuesta para diagnóstico indirecto de abuso/dependencia de alcohol de 77%. El punto de corte bajo se debe a la gran capacidad de los ítems para medir lo que realmente se ha propuesto medir y que hay redundancia en ellos, influyendo la alta prevalencia de la patología en la población estudiada. Además, los niveles de especificidad y sensibilidad pueden orientar más a una sospecha diagnóstica que a un diagnóstico *per se*.

En cuanto a la validación de constructo, se utilizó el análisis factorial. El gráfico de sedimentación indica un único factor principal y al analizar las cargas factoriales se evidencia que saturan para el primer factor. Por lo tanto, se puede afirmar que la encuesta mide un único constructo que es el abuso/dependencia del alcohol.

A partir de lo expuesto podemos concluir que esta encuesta es válida parcialmente y confiable, con un punto de corte de 2 ítems positivos con una sensibilidad y especificidad aceptable.

El valor del presente estudio radica en que es la primera encuesta indirecta para diagnóstico de abuso/dependencia de alcohol que se valida en nuestro medio; se puede utilizar como tamizaje en la consulta especializada aplicándose a los familiares en contacto habitual con el paciente, que no necesariamente han reconocido en él la presencia de la enfermedad y que acuden la mayoría de veces por algún otro motivo.

La limitación del presente estudio es que se utiliza la encuesta MINI como patrón de referencia en lugar del diagnóstico clínico. Sin embargo, al ser nuestro objetivo validar el uso de la encuesta de diagnóstico indirecto de abuso/dependencia de alcohol en nuestro medio se decidió utilizar el cuestionario MINI al ser el único validado en nuestro país⁸.

Durante el desarrollo del presente estudio se observó que el cuestionario era muy extenso y se decidió reducir el número de preguntas para así evitar redundancia, con la finalidad de obtener un cuestionario mucho más práctico. La forma de reducción de preguntas se realizó eliminando los ítems que presentaban menor proporción de coincidencia al comparar las respuestas positiva según

la mujer unida con los que presentan abuso/dependencia según el MINI. Se redujo a 17 preguntas, excluyendo 7, las cuales fueron consideradas como redundantes. A este nuevo cuestionario se le realizaron los procedimientos para validación, obteniéndose para la fiabilidad un coeficiente de consistencia interna de 91,4% y el análisis de la coherencia interna retirando cada uno de los ítems da como resultado coeficientes de coherencia interna mayores del 90% para todos los ítems. En cuanto a la validez, se ha considerado un único constructo que también se denominó *abuso/dependencia de alcohol*. Se obtuvo que, considerando un punto de corte igual a 2 se obtiene una sensibilidad de 70,3% y una especificidad de 76,0%, con una probabilidad estimada de coincidencia entre el criterio externo (MINI) y la encuesta para diagnóstico indirecto de abuso/dependencia de alcohol de 76,6% (Tabla 3). Por último se realizó el análisis factorial a la escala reducida a 17 ítems y se observó que las cargas factoriales se mantenían en niveles aceptables (Tabla 4). Creemos que el aporte del presente estudio radica en brindar una encuesta reducida más práctica que la original (Tabla 5), sobre todo en un campo en el que no se han producido avances en los últimos años y que pueda llevar a mejorar las políticas de salud con respecto al problema del alcoholismo. La validación de esta nueva encuesta sería motivo de un proceso posterior.

Tabla 3. Sensibilidad y especificidad de la encuesta reducida para diagnóstico indirecto de abuso/dependencia de alcohol utilizando como referencia externa el MINI

Punto de corte	Sensibilidad	1 - Especificidad
1	0,787	0,356
2	0,703	0,240
3	0,589	0,192
4	0,535	0,153
5	0,465	0,122
6	0,416	0,098
7	0,361	0,072
8	0,307	0,052
9	0,272	0,041
10	0,233	0,035
11	0,203	0,028
12	0,149	0,023
13	0,109	0,017
14	0,079	0,010
15	0,045	0,008
16	0,010	0,002
17	0,010	0,001

Tabla 4. Cargas Factoriales de la encuesta reducida para diagnóstico indirecto de abuso/dependencia de alcohol utilizando como referencia externa el MINI

Ítem	Descripción del ítem	Cargas factoriales
a	¿Bebe licor en exceso?	0,699
c	¿Celebra con licor todos los acontecimientos grandes o pequeños?	0,628
e	¿Le preocupa sobremanera que en las celebraciones no falte licor?	0,651
h	¿Se jacta de no embriagarse fácilmente, bebe demasiado y no se embriaga?	0,592
i	¿Ha notado que antes no se embriagaba fácilmente y ahora se mareo con poco licor (cabeza de pollo)?	0,549
k	¿Abandona la reunión social cuando se acaba el último resto de licor?	0,694

Tabla 5. Encuesta Reducida

1. ¿Bebe licor en exceso?
2. ¿Celebra con licor todos los acontecimientos grandes o pequeños?
3. ¿Le preocupa sobremanera que en las celebraciones no falte licor?
4. ¿Se jacta de no embriagarse fácilmente, bebe demasiado y no se embriaga?
5. ¿Ha notado que antes no se embriagaba fácilmente y ahora se mareo con poco licor ("cabeza de pollo")?
6. ¿Abandona la reunión social cuando se acaba el último resto de licor?
7. ¿Terminada la fiesta busca lugares para seguir bebiendo?
8. ¿Ingiere licor todos los fines de semana?
9. ¿Cuando toma, no tiene control y bebe hasta embriagarse?
10. ¿Frecuentemente, en estado de ebriedad presenta comportamiento perturbador, violento o celoso?
11. ¿Algunas veces, luego de haber bebido sin control, ha presentado intenso temblor generalizado y en ocasiones ha presentado diablos azules?
12. ¿Ha habido problemas entre usted y su pareja por causa del trago?
13. ¿Ha tenido ganas de disminuir lo que toma?
14. ¿Le ocurre en ocasiones que sin darse cuenta toma más de lo que pensaba?
15. ¿Ha tenido que tomar alcohol en las mañanas?
16. ¿Le ha ocurrido que al despertar después de haber bebido la noche anterior no se acuerde parte de lo que pasó?
17. ¿Le molesta que lo critiquen por la forma que toma?

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization, En: Global Status Report on Alcohol 2004. Department of Mental Health and Substance Abuse. Geneva; 2004.
2. Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi" Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Peruana 2003. Informe General. Anales de Salud Mental 2003, Vol XIX Números 1 y 2.
3. Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas (CEDRO) El problema de las drogas en el Perú, 2006. CEDRO; 2006
4. Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi" Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2002. Informe General. Anales de Salud Mental 2002, Vol XVIII Números 1 y 2.
5. Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi" Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Selva Peruana 2004. Informe General. Anales de Salud Mental 2005, Vol XXI Números 1 y 2.
6. Sáiz, PA, G-Portilla, M^a P, Paredes, M^a B, Bascarán, M^a T, Bobes, J. Instrumentos de evaluación en alcoholismo. Adicciones 2002, vol. 14, supl. 1: 387-403.
7. Ferrando L, Bobes J, Gibert J. M.I.N.I: Mini International NEuropsychiatric Interview Version en español 5.0.0. Copyright 1992-2004 Sheehan DV & Lecrubier Y.
8. Instituto Nacional de Salud Mental. "Confiabilidad y validez de los cuestionarios de los estudios Epidemiológicos de Lima y la Selva Peruana" Anales de Salud mental Volumen XXV; 2009, suplemento 1.
9. Babor T F, Higgins-Biddle J C, Saunders J B, Monteiro M G. The Alcohol Use Disorders Identification Test Guidelines for Use in Primary Care. Second Edition. World Health Organization, 2001 Department of Mental Health and Substance Dependence.
10. Saavedra A, Manual de Atención Primaria Para el manejo de los problemas relacionados al uso y abuso del alcohol. Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi" Tomo I, páginas. 26 y 27.
11. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross J. In search of how people change. *Am Psychologis*;1992. 47(9):1102-14.
12. Nizama M, El fenómeno adictivo. En: Revista de Neuro-Psiquiatría del Perú Marzo 99 Tomo 62 (1): 51-79
13. Nizama Valladolid, M; Detección precoz: el adicto encubierto / Precocious determination: the hide addicted. *Rev. Fronteras Médicas*; 1(2):78-92; 1993
14. Floreal, F. Alcoholismo en América latina. Editorial Palestra. Buenos Aires. Páginas 120-122; 1961
15. Etorre, E. Mujeres y alcohol: Placer privado o problema público. Editorial Narcea S.A. Ediciones; 1998.

CORRESPONDENCIA

Martín Nizama Valladolid

maniva@terra.com

Recibido: 03/01/10

Arbitrado: Sistema por pares

Aprobado: 03/02/10

Acta Médica Peruana

Órgano Oficial de difusión científica del Colegio Médico del Perú

38 AÑOS



al servicio de todos los Médicos del Perú

Ingrese gratuitamente al portal electrónico de Acta Médica Peruana desde www.cmp.org.pe