

VERDAD DE PRIMER ORDEN: LA INCONMENSURABILIDAD DEL ALCOHOLISMO

LOS ERRORES EN LA MEDICION DE LA PRUEBA DIAGNOSTICA DE ALCOHOLISMO LATINOAMERICANA (PDAL) A TRAVES DE LA SIMULACION BAUDRILLARDIANA CONTRAINDUCIDA¹

Por K-D. GORENC², S. PEREDO², J.A., RAMÍREZ², L.F. ABREU², C. INFANTE², L.A. OBLITAS³, S. PACURUCU⁴, R. LLANOS⁵, B. VICENTE⁶ y R. LÓPEZ⁷

RESUMEN

Durante 18 años se aplicaron los 31 reactivos del Test de Alcoholismo Munich (MALT) a una muestra de 2107 probandos hispanoamericanos (714 mexicanos, 481 ecuatorianos, 145 peruanos, 652 chilenos y 115 bolivianos). Al no lograrse confirmar la estructura teórica explícita, se redujo a 13 ítems conformando la Prueba Diagnóstica de Alcoholismo Latinoamericana (PDAL), que arrojó los siguientes valores: el coeficiente de Cramer .96585 corresponde a la validez por criterio exterior simulado en su modalidad de concurrente; los 13 reactivos del PDAL se alojaron en un solo factor, con un valor propio de 7.97954, que explicó el 61.4% de la variancia total; la clasificación correcta total, según las tres puntuaciones de corte fue de 93.83%, siendo el más bajo el concerniente al diagnóstico de alcoholismo (91.9%), mientras que el de no alcoholismo fue de 94.7% y el de sospecha de 97.2%. Asimismo, con respecto a la confiabilidad, el coeficiente α para establecer la consistencia interna fue de .9463; en relación a la división por mitades del PDAL, ésta exhibió una correlación entre las formas de .8976, el coeficiente de Spearman-Brown para colas desiguales correspondió a .9463, así como un coeficiente α para la primera cola de .9003 y .9902 para la segunda. Indicando que el PDAL, dentro del contexto hispanoamericano, mide lo que pretende medir y además lo hace con precisión.

1 Los resultados fueron presentados durante el IV Congreso Latinoamericano de Psiquiatría y Salud Mental de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios y IV Congreso Nacional de la Sociedad Boliviana de Psiquiatría. Cochabamba, Bolivia: 09.1996.

2 Facultad de Medicina; Universidad Nacional Autónoma de México; Secretaría de Planeación y Desarrollo Institucional; Edificio B, 1er piso; 04510 Coyoacán, D. F., México. Telfax(5)623-21-52; correo electrónico klaus@servidor.unam.mx

3 Extensión Universitaria, Universidad Intercontinental, México, D. F., México.

4 Facultad de Medicina, Universidad de Cuenca, Ecuador.

5 Facultad de Medicina, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.

6 Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Chile.

7 Facultad de Humanidades y Ciencias de la Comunicación, Carrera de Psicología; Universidad Mayor de San Andrés, Nuestra Señora de la Paz, Bolivia.

SUMMARY

During 18 years the 31 items of the Munich Alcoholism Test (**MALT**) were applied to a sample of 2107 Hispan-American clients (714 Mexican, 481 Ecuadorian, 145 Peruvian, 652 Chilean and 115 Bolivian). Considering that it was not possible to confirm the explicit theoretical structure, it was reduced to 13 items, which conformed the Latin-American Diagnostic Test of Alcoholism (**PDAL**) and showed the following values: Cramer coefficient .96585 is related to the simulated external criteria validity, concurrent modality. The 13 items of the **PDAL** converged in only one factor with an eigenvalue of 7.97954, which explained 61.4% of the whole variance. The total correct classification, in accordance to the three diagnostic cutoff points, was 93.83%, where the lowest concerned the diagnoses of alcoholism (91.9%), while that of non alcoholism was 94.7% and of suspected was 97.2%. Likewise, respecting reliability, the α coefficient to establish the internal consistency was .9463; in relationship to split-half model of **PDAL**, exhibited a correlation between forms of .8976, the Spearman-Brown coefficient for unequal length was .9463, as well as an α coefficient of .9003 for the first part, .9002 for the second one. These results indicate, that the **PDAL** measuree what it has to measure and is precise in the Hispan-American context.

PALABRAS-CLAVE : Test de Alcoholismo Munich (**MALT**), Prueba Diagnóstica de Alcoholismo Latinoamericana (**PDAL**), Validez, Confiabilidad, Epidemiología.

KEY WORDS : Munich Alcoholism Test (**MALT**), Latin-American Diagnostic Test of Alcoholism (**PDAL**), Validity, Reliability, Epidemiology.

INTRODUCCION

La primera y última parte del título concierne a lo recalado por FEYERABEND⁵⁷⁻⁶⁰ con respecto a que *el error, por ser expresión de la idiosincrasia de un pensador individual, de un observador individual e incluso de un instrumento individual de medida depende de las circunstancias, de los fenómenos o teorías particulares que uno quiere realizar, y se desarrolla según formas altamente inesperadas*; en consecuencia, frecuentemente el diagnóstico de etilismo es inseguro. Esto se da sobre todo en el prelude del desarrollo de esta grave enfermedad¹¹², por tal circunstancia, durante los últimos cincuenta años, se construyeron pruebas diagnósticas dirigidas a confrontar al sujeto con el uso/abuso de bebidas alcohólicas, así

como determinar la magnitud de las alteraciones mediante este tipo de procedimientos, debido a que la información proporcionada por los clientes durante la usual entrevista clínica es imprecisa.

Con base en lo discutido por FEUERLEIN^{54,55} y posteriormente ampliado por GORENC y asociados^{76,77,100,101} acerca de los problemas inherentes a la definición (de caso) del alcoholismo, hoy por hoy, no es factible ofrecer una clasificación de alcoholismo uniforme e internacionalmente aceptada, debido a que existen divergencias entre las plataformas teóricas, afectando la seguridad diagnóstica. Por ende, no se puede ofrecer un zócalo para el desarrollo de métodos o instrumentos conducentes a lograr en forma temprana el diagnóstico; los

cuales, independientemente de su origen, se ubican alrededor de un núcleo diagnóstico dicotómico: como un fenómeno de **todo-o-nada**, que implica contemplar al abuso de bebidas etílicas como una forma de **prealcoholismo**. Este es el techo teórico de los instrumentos diagnósticos, que en este ejercicio se intenta salvar, al activar, dentro de la prejuiciosa expresión del **todo-o-nada**, la **tierra-de-nadie** como una tercera posibilidad diagnóstica, bajo el amparo de la estrategia empleada por POINCARÉ¹⁶⁹, quien (1902: 1854-1912) al introducir un cuerpo más al esquema newtoniano (1687) de la física de dos cuerpos (causal¹⁷⁵), producto de la intervención del **Funge factor** (factor de falsificación o de corrección), que corresponde a manipulaciones (falsificaciones ¿ideologías?¹⁶⁶ de los datos numéricos. Esto es, NEWTON (1642-1727) empleaba este tipo de factor, ya que conociendo cuáles deberían ser los resultados a partir de especulaciones meramente teóricas o intuiciones¹⁰³, se dedicaba a modificar el valor de los parámetros hasta obtener el resultado deseado²⁰⁶, en este caso, sería el diagnóstico anhelado.

Del desarrollo de un procedimiento diagnóstico implica, junto con la determinación de la confiabilidad y un criterio exterior claro para establecer la validez, poseer también el concepto diagnóstico de base. La naturaleza y función del abuso y dependencia del etanol son altamente cambiantes; verbigracia, por el contagio cultural^{113,114}.

La incertidumbre diagnóstica fue sujeta a cierto control al extenderse la aplicación de la medición a la población extramuros, lográndose captar durante la *fase silenciosa* a un buen número de usuarios afectados, implantándose en forma temprana el tratamiento, donde se capitalizó la acción de los reactivos como agentes de la motivación. Esta, dirigida hacia el

paciente y personas cercanas, es esencial durante la primera parte terapéutica o período de contacto, considerando que el tratamiento es un proceso activo y eslabonado que principia con diminutos pasos y que requiere de un largo tiempo¹⁶⁴: de 4 a 8 semanas hasta >6 meses^{48,50,51}, mientras que a través de estudios catamnéticos, éste se alarga hasta por 48 meses, pero con resultados deplorables. Por ejemplo, KÜFNER y colaboradores¹²⁸ hallaron que de 41 alcohólicos, seguidos por espacio de cuatro años, el 34% se mantuvo abstinentes, 12% mejoró y el 54% permaneció sin efecto alguno; correspondiendo estos porcentajes a una mera distribución aleatoria; es decir, con o sin aplicación de algún tratamiento, se hubiera logrado el mismo resultado.

La endeble estructura teórica apuntada, intenta ser velada con la disposición de un rígido enlace lineal de cinco criterios taxonómicos¹²⁵: consumo patológico, trastornos somáticos, alteraciones psicosociales, incremento de la tolerancia y decremento de la capacidad para controlar la ingestión de etanol, con la respectiva **centración** del pensamiento hacia el alcohol. En el mercado, ciertos instrumentos diagnósticos se basan únicamente en alguno de los criterios enumerados, otros, más amplios, intentan, con mayor o menor amplitud, cubrir todo el espectro y se conocen como instrumentos comprensivos, enfocados hacia cuatro aspectos¹²⁷:

1. Para diferenciar grupos heterogéneos de alcohólicos (muestras inespecíficas).
2. Para evaluar el proceso terapéutico.
3. Para predecir el resultado terapéutico.
4. Para indicaciones terapéuticas.

El desarrollo de los instrumentos diagnósticos se inició en los Estados Unidos de América, al final de la década de los cuarenta, con el propósito de objetivar el

diagnóstico de alcoholismo, además de registrar los daños psicosociales probablemente relacionados con el uso y/o abuso de bebidas alcohólicas y un consumidor prototipo de bebidas alcohólicas. Formalmente, las pruebas diagnósticas pueden clasificarse según su orientación en auto y hetero-administrables; es decir, con preguntas dirigidas al probando y a personas cercanas a éste, respectivamente. La Prueba Diagnóstica de Alcoholismo Latinoamericana (PDAL), que aquí se exhibe, corresponde al primer tipo.

Bajo la tutela de la *Fata morgana* de la construcción diagnóstica, la verdad *pura* implícita en el diagnóstico del alcoholismo es evidentemente axiomática y no probabilística, debido a que la definición estructurada a través de una posición ideológica, llámese Organización Mundial de la Salud^{37,173219-223} o Asociación Psiquiátrica Americana^{3-5,217}, al afirmar explicar todo, hace que algo permanezca inexplicable, es decir, el mismo sistema explicativo²¹⁵, indicando que ninguna teoría (diagnóstica) puede ser demostrada en forma positiva¹⁷⁵, por lo que estas clasificaciones de las enfermedades mentales permanecen como una mera operacionalización²⁹ de sistemas descriptivos ateóricos¹⁵⁴.

La evidente turbiedad de la definición *paraguas* de alcoholismo ha dirigido a un sinnúmero de ensayos para intentar establecer un contorno preciso y *universal*, sin lograr un acercamiento, debido probablemente a que los expertos, semiexpertos y legos que se han abocado al problema alcoholismo-enfermedad no han logrado sacudirse de los prejuicios populares, de las influencias morales, ni de las experiencias personales, dejando fuera de la discusión el mundo existencial del ser-humano-alcohólico¹⁶⁶ como un estrechamiento existencial³⁹. Sin embargo, esto es una demostración de

las contradicciones existentes en el binomio conformado por *normalidad-anormalidad* dentro del extenso campo de la medicina, particularmente en la psiquiatría y en forma singular en el complejo ser-humano-que-bebe-etanol y por ello, el binomio apuntado no está legitimado, fundamentado en que lo contemplado como *normal* en un contexto cultural, puede ser valorado como *anormal* en otro. Por ejemplo, con base en este arreglo, BALES⁶ ofreció una clasificación de cuatro formas culturales entrelazadas con tres criterios:

CULTURAS	CRITERIOS DE CONSUMO
abstinentes	<i>ritual</i>
ambivalentes	<i>social</i>
permisivas	<i>permisivas con distorsión funcional</i>

En consecuencia, la diferencia entre *normalidad* y *anormalidad*, que en la psiquiatría se sustenta en el supuesto criterio objetivo de la *adaptación a la realidad* del individuo, ya no es sostenible, a pesar de que se percibe un convencimiento de ello ya que el *n* veces revisado y actualizado criterio diagnóstico de la Organización Mundial de la Salud^{37,173219-223} insiste en marcar que los pacientes presentan síntomas y que éstos se gradúan de tal forma, que permiten establecer una diferencia clara entre enfermedad y salud mental¹⁷⁵. Esta posición intenta penetrar vigorosamente en el también rigurosamente deformado esquema diagnóstico del *Diagnostic and Statistical Manual*³⁻⁵, por el sesgo ideológico existente en la *American Psychiatric Association*²¹⁷. HILLER¹⁰⁸, en 1989 llevó a cabo un estudio comparativo entre ambos sistemas diagnósticos en el terreno del alcoholismo, donde indirectamente fue posible retratar las actitudes ideológicas implícitas en estos esquemas de clasificación, resultados que hicieron enfatizar a

ROSENHAN¹⁷⁸ que los diagnósticos psiquiátricos únicamente existen en el cerebro del observador (sujeto) y no son recopilaciones reales de características que manifiesta el observado (objeto).

El elevado peso que tiene la **anormalidad** en la *Weltanschauung* del médico en general y del psiquiatra (alcohólogo) en particular, está inmerso en el **error** descrito por la teoría probabilística como de **tipo-2** o β ^{188,189}. Esto es, los médicos están más inclinados por nombrar **enferma** a una persona **sana** (resultado falso-positivo, tipo-2), que sana a una **enferma** (resultado falso-negativo, tipo-1 o α ^{188,189}). Los fundamentos para esta posición son fáciles de reconocer: es más peligroso no captar la enfermedad que la salud; es decir, es preferible permanecer en el terreno de la precaución y sospechar enfermedad hasta en los sanos. Por ello, en la psiquiatría, independientemente de los intentos de esquematizar en forma cada vez más rigurosa los diagnósticos clínicos, hoy por hoy, no son válidos ni confiables¹⁰¹; por ende, sin sentido, ya que el problema crónico radica en que se cuenta para definir a la salud mental con conceptos muy generales y vagos, mientras que para el diagnóstico de conducta anormal se ofrece un catálogo sumamente detallado²¹⁴. Otro problema radica en que el error **tipo-2** en el diagnóstico psiquiátrico tiene una connotación y secuelas totalmente diferentes que en el diagnóstico médico-internista, donde el diagnóstico se establece con base en las funciones que se desvían de su patrón conocido como normal del organismo. En el terreno psiquiátrico prevalece absurdamente lo opuesto, la patología se acepta como conocida, en contraste con la normalidad que es difícilmente definible²¹⁴.

Las imprecisiones señaladas han favorecido la construcción de instrumentos diagnósticos (variables endógenas), capaces

de distinguir con error conocido (α o β) en un colectivo inespecífico entre sujetos **afectados** y **no-afectados**; sin embargo, el constructor, al observar que no puede salirse del dilema, tiene que decidir la inclinación del sesgo que debe **sufrir** la medición, que será examinado durante la presentación del **PDAL**; esto, a pesar de la extensa **matematización** a que fue sometida, no fue posible asir la complejidad implícita en el concepto de alcoholismo, debido a que las fórmulas matemáticas lineales utilizadas reflejan poco la realidad (en sí misma hipotética¹⁷⁰), sino que exhiben lo que se desea mostrar, de acuerdo al conocimiento que aparentemente se tiene de ella¹⁶; por ello, la teoría más *hermosa*, sucumbe y muestra una impotencia ante la antiteoría²¹⁴, derrumbando cualquier predicción implícita en todo instrumento diagnóstico, ya que en el fondo se encuentra la piedra angular de la creencia, que puede ser tanto una superstición como una teoría rigurosa derivada de observaciones objetivas²¹⁴. Esto se fundamenta con lo expresado por Gross¹⁰⁴, al afirmar que la no linealidad se observa frecuentemente en los sistemas en expansión; por lo tanto, desde el punto de vista postmoderno^{135,208} se debe de considerar a la naturaleza **despiadadamente** no lineal. Las ecuaciones no lineales son frecuentemente irresolubles pero son habituales tanto en la naturaleza como en la medicina (psiquiatría), inclusive son la regla. Esto indica que las predicciones basadas en las diversas definiciones^{3-5,217,37,173219-223} expuestas, únicamente son posibles a muy corto plazo y acompañadas por la inseguridad. Obviamente esta nueva percepción permite reconocer que la matemática de los sistemas dinámicos (alcoholismo) exalta el abismo leibnitziano (1646-1716): **theoria cum praxis**¹⁹⁶.

Este resultado se reflejó al examinar los instrumentos diagnósticos auto^{2,17,45,56,102,116}.

127,130,133,134,136-140,162,168,179,183,185-187,197,200-202, heteroadministrables^{20-22,77,174,185,186} de laboratorio^{10,52,106,181,198,199,213} y combinados^{8,20-22,46,47,49,51,53,54,155,156,182} emanados de alguna de las hipótesis que no lograron probar tener una estructura de teoría científica¹⁷⁷. Asimismo, se exploraron las pruebas^{25,28,32-34,63}, heteroadministrables^{12,18,23,24,31,36,44,64,144-150,165,191,194} y combinados³⁵ utilizadas sobre todo en México, encontrándose un panorama desolador, independientemente de si habían sido transferidas o desarrolladas **in situ**, debido a que se había suplido el control de calidad (validez y confiabilidad) por medidas **baratas** (sensibilidad, especificidad y valor predictivo); esto, a pesar de que NADELSTICHER¹⁵³ desde 1983 advirtió que el no someter los cuestionarios al binomio anotado, se podría deber a que el investigador no lo consideró necesario, porque no sabe qué son, ni para qué sirven, pecando en ambos momentos de ignorancia, lo cual es sumamente peligroso si se trata de inferir o representar una cierta realidad, en sí hipotética¹⁷⁰; es decir, al no demostrar empíricamente que la variable endógena (prueba) mida lo que pretenda medir y que lo efectúe con precisión, aparecen en escena las restricciones para generalizar los resultados fuera (validación externa) y dentro (validación interna) respectivamente de un estudio dado^{76,100,195}, que de acuerdo a los diversos autores^{15,62,105,121,131,153,160} no pueden ser sustituidas por las medidas apuntadas, debido a que todo instrumento de medición al fungir como una operacionalización²⁹ de alguna estructura teórica, tiene **a fortiori** que demostrar su capacidad de generalización^{57,59,60}.

Ante este cúmulo de instrumentos sin error de medición conocido, a los cuales también se agrega la gran mayoría de los provenientes del perímetro angloamericano y europeo, se presentó el **MALT**, que aparentemente se había construido conside-

rando las limitaciones de las pruebas que se encontraban en el mercado en la década de los setenta; sin embargo, la clasificación de los reactivos según los tres indicadores teóricos (patrones de ingesta alcohólica, alteraciones psicosociales y somáticas^{46,47,49,51}, que posteriormente se transformaron en cinco (síntomas de privación alcohólica y de dependencia psíquica^{53,54}) y que supuestamente operacionalizaban²⁹ la teoría (definición) del alcoholismo arrojado por la Organización Mundial de la Salud en 1952²¹⁹ y modificada en 1960 por JELLINEK¹¹⁷ y la propuesta por el grupo de expertos [Wolfgang PAULI (1900-1958), premio Nobel en Física (1945) le dijo a WEISSKOPF²¹⁶: *No se vuelva experto por dos razones. En primera, uno se vuelve virtuoso del formalismo y se olvida de la naturaleza real y, en segunda, si se vuelve experto, se arriesga a nunca más trabajar en algo realmente interesante.*] de esta institución internacional⁴⁰⁻⁴² respectivamente, no fueron confirmadas mediante el análisis dimensional¹⁰⁹, siguiendo los planteamientos dirigidos a explorar el fundamento teórico (explícito o implícito) de los instrumentos de medición expuestos en la literatura^{78,109,110,115,123,124,171,207}.

La inconsistencia teórica del **MALT** señalada, muestra dos vertientes. La primera radica en que los constructores de esta prueba diagnóstica^{46,47,49,51,53,54} omitieron incluir los **siete reactivos de la parte heteroadministrable** dentro de esta clasificación, siendo necesario cubrir este aspecto, que prevaleció también en la reclasificación de los ítems bajo el amparo de cinco dimensiones teóricas. La segunda comprendió en que de los cuatro reactivos, originalmente situados en la dimensión que medía los patrones de ingestión etílica, uno conjugado con dos más de la estructura de las alteraciones somáticas se transformaron para integrar la nueva dimensión de la dependencia física. Los tres reactivos restantes con otros tres más de la dimensión que originalmente exploraba las alteraciones

CUADRO 1
COMPORTAMIENTO DE LOS 31 REACTIVOS DEL MALT SEGUN LAS DIMENSIONES
TEORICAS SUBYACENTES

Patrones ingesta alcohólica	Tricotomizado ^{1987,1993}		Quintuplicado ²⁰⁰⁴	
	Ateraciones psicosociales	Alteraciones somáticas	Dependencia física (deprivación alcohólica)	Dependencia psíquica
		F1 Enfermedad hepática		
		F2 Polineuropatía		
		F3 Delirium tremens		
F4 Más de 150 ml. etanol por día				
F5 Más de 300 ml. etanol por día				
	F6 Aliento alcohólico			
	F7 Familiares buscaron consejo			
		<i>S1 Temblor de manos</i>	<i>S1 Temblor de manos</i>	
		<i>S2 Náuseas matutinas</i>	<i>S2 Náuseas matutinas</i>	
<i>S3 Tomar etanol para evitar síndrome de abstinencia</i>			<i>S3 Tomar etanol para evitar síndrome de abstinencia</i>	
	<i>S4 Amargura por problemas</i>			<i>S4 Amargura por problemas</i>
<i>S5 Beber por las mañanas</i>				
<i>S6 Pérdida del control en el beber</i>				<i>S6 Pérdida del control en el beber</i>
	<i>S7 Pensar frecuentemente en etanol</i>			<i>S7 Pensar frecuentemente en etanol</i>
<i>S8 Beber a pesar de prohibición médica</i>				<i>S8 Beber a pesar de prohibición médica</i>
		<i>S9 Pérdida de apetito por beber</i>		
	<i>S10 Problemas de trabajo por consumo de etanol</i>			
	<i>S11 Beber preferentemente solo</i>			
<i>S12 Disminución en el rendimiento laboral</i>				
	<i>S13 Sentimientos de culpa por beber</i>			
<i>S14 Empleo de sistemas para disminuir ingesta etanol</i>				
<i>S15 Limitar ingestión de etanol</i>				
<i>S16 Menos problemas sin alcohol</i>				
<i>S17 Beber etanol para calmar</i>				
<i>S18 Etanol destruye la vida</i>				
<i>S19 Ambivalencia frente a las bebidas etílicas</i>				<i>S19 Ambivalencia frente a las bebidas etílicas</i>
	<i>S20 Incomprendido</i>			<i>S20 Incomprendido</i>
	<i>S21 Problemas conyugales</i>			
<i>S22 Intentar abstinencia</i>				
	<i>S23 Bienestar sin beber</i>			
	<i>S24 Aspecto de alcohólico</i>			

psicosociales del uso y abuso del etanol, conformaron la quinta dimensión teórica diagnóstica: dependencia psíquica. Es útil mencionar, que en ningún momento, controlando o no los países hispanoamericanos, y con apoyo del análisis factorial, como procedimiento confirmatorio^{78,109,110,115,123,124,171,207}, se halló una distribución de los 24 ítems de la parte autoadministrable semejante a la exhibida en el primer cuadro^{71-75,77,79,80,82,83,85-91,94,95,98,99,132,161,163,211,212}; por lo tanto, con base en la función reductiva de la herramienta estadística anotada^{78,109,110,115,123,124,171,207}, se redujeron los 31 del **MALT** a **13 reactivos** (cf. Cuadro 1), situados en un solo factor (cf. Cuadro 5). Al confrontar a los diseñadores del **MALT**^{46,47,49,51,53,54} con estos resultados, informaron que la selección de los 24 reactivos de la parte autoadministrable, no así contemplando los siete de la parte heteroadministrable, según las tres y/o cinco dimensiones teóricas, se llevó a cabo a nivel intuitivo¹⁰³ (*conversación personal entre F. FUERLEIN, H. KUFNER y K-D. GORENC y convertida en texto*). Sin embargo, en 1981, SKINNER y colaboradores¹⁹⁰ calificaron a este instrumento como prototipo de prueba corta, que combina alteraciones médicas y psicosociales relacionadas con el abuso del etanol, advirtiendo que el **MALT-F** únicamente es capaz de detectar alteraciones originadas por un avanzado estadio de alcoholismo y, el 2 de julio de 1993, el **MALT** fue incluido en el **National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism Treatment Assessment Instrument Handbook** (*notificación de M. COLNIBUS a W. FEUERLEIN: Notification of Copyright Holding*); esto, a pesar de que el **MALT** únicamente fue validado por un método débil (falta de control del sentido común): el de criterio exterior^{15,26,62,76,100,101,105,121,131,153,160}. Esta limitación y el elevado precio para responder el primer reactivo (determinación del valor de la gama-glutamil-transpeptidasa), favoreció efectuar una exploración **robusta**⁶⁵ de la prueba con cinco muestras hispanoamericanas: Ecuador, México, Perú, Chile y Bolivia.

El proyecto de **instrumentos diagnósticos de alcoholismo**⁹² se esbozó durante el *IX Congreso Nacional de Psiquiatría*, celebrado en la majestuosa ciudad de Lima del 16 al 23 de noviembre de 1986, organizado por la Asociación Psiquiátrica Peruana, con los auspicios de los Ministerios de Salud y Educación, las Facultades de Medicina y el Colegio Médico del Perú. Esta reunión propició, fuera del rico intercambio de conocimientos dentro del seno mismo del Congreso, un foro de discusiones altamente interesantes entre los amigos de la cultura científica hispanoamericana hasta altas horas de la noche en torno al **ser y deber ser** de la Asociación Psiquiátrica de América Latina (**APAL**) y de la entonces recién fundada Sociedad Andina de Psiquiatría (**SAP**). Con el propósito de participar en el desarrollo de **una ciencia psiquiátrica cada vez más hispanoamericana**⁸⁴ y romper con los vectores de influencia tanto europeo como angloamericano para terminar con el **colonialismo científico**, que en parte puede explicar el enorme endeudamiento de nuestros **periféricos** países, así como el compromiso que se adquirió en ese momento como miembro fundador de la **SAP**, que nunca llegó a cristalizarse, se ofrece al mercado hispanoamericano la **Prueba Diagnóstica de Alcoholismo Latinoamericana (PDAL)**, cubierto por el aproximadamente 68% de los 36 parámetros comprendidos en el hilo rojo mitológico del método transcultural^{11,72,74,75,85,88,89,94,97,98,101}, que asistió al procedimiento reductivo de los 31 ítems del **MALT**, para lograr la **PDAL**; la cual, en un primer momento, fue sometida a los procedimientos de validez y confiabilidad, a nivel de simulacro⁹, tanto a la muestra hispanoamericana como a cada una de las integrantes.

Ahora toca abordar los problemas fundamentales del desarrollo de instrumentos diagnósticos del alcoholismo, que lograron ser controlados al estructurar el **PDAL**. El primero se refiere a la elección de

la denominada pantalla del tiempo y concierne a un problema práctico, que es el establecimiento de la **pantalla del tiempo** de los reactivos del **PDAL** destinados a captar síntomas y aspectos conductuales en un **continuum** temporal. En algunos cuestionarios las preguntas son acumulativas; esto es, si un determinado síntoma se presentó en alguna ocasión en la vida del probando. Estos ítems no pueden utilizarse especialmente para determinar el desarrollo del padecimiento alcohólico, debido a que los síntomas o alteraciones, una vez establecidas, permanecen con ligeras variaciones. Para el diagnóstico global, aparecen algunos reactivos como por ejemplo, el gran peso mostrado por menos problemas sin alcohol (cf. .86802 en Cuadro 5), que irrumpe en la perspectiva temporal-vital; en contraste con los otros reactivos relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas, que están orientados a captar esta conducta a través de los últimos años.

La segunda cuestión se refiere al concepto teórico de instrumento. Bajo el auspicio de la psicometría, se encuentra el problema respecto a la decisión de desarrollar las pruebas mediante las reglas implícitas en la denominada teoría clásica de los test o con apoyo de la teoría probabilística de los test^{100,131}. No obstante, hasta la fecha no se ha demostrado que la utilización de la teoría probabilística mejore la validez, verbigracia, respecto a la magnitud de la clasificación correcta; GORENC y asociados⁹⁴ en 1994 realizaron un ejercicio con ayuda del análisis discriminante, que se utilizó para decidir por la **mejor** versión reducida del **MALT**. Considerando una decisión pragmática y la sencillez de los procedimientos, el **PDAL** partió de la teoría probabilística de los test: el menor número de reactivos incluidos en el menor número de factores, que expliquen a su vez, el mayor porcentaje de la variancia total de estos factores^{78,109,110,115,123,124,171,207}.

El último está vinculado con las medidas de seguridad. A nivel general,

extraer la confiabilidad de los instrumentos de medición no presenta mayores problemas y se acepta un rango de precisión en la medición entre 0.80 y 0.90 y no como NADELSTICHER¹⁵³ en 1983, con base en el análisis de la literatura, propuso un coeficiente mínimo de 0.75. Más sencillo, siguiendo las recomendaciones de JOHNSON y WICHNER¹¹⁸ así como de WOLF²¹⁸, si estos coeficientes se exponen al cuadrado, se establece que por 100 mediciones que se lleven a cabo con un cierto instrumento, se obtiene un error de 36 y 19 mediciones respectivamente, pero más restringido que 49 mediciones erróneas, representadas por el coeficiente de precisión de 0.75¹⁵³. Esto indica, que el límite inferior no se encuentra basado en los resultados empíricos, sino de acuerdo a las diferentes escuelas dedicadas a la construcción de variables endógenas. El rango apuntado considera a todas las técnicas: de dos mediciones (test-retest y pruebas paralelas) y de una medición (división por mitades y consistencia interna)^{26,76,100,195,205}. En contraste, las técnicas para establecer la validez; esto es, que efectivamente logren ofrecer un diagnóstico de alcoholismo cuando realmente lo es, presentan una mayor dificultad y la de criterio exterior para instrumentos diagnósticos resulta la más utilizada; sin embargo, no puede participar en forma efectiva para mejorar los aspectos de la definición, debido a que la primera anotada, está orientada a establecer los diagnósticos falsos-negativos y falsos-positivos en los diferentes grupos diagnósticos. Para construir el **PDAL**, se emplearon los procedimientos denominados **robustos**^{11,65,110}.

Existe otro más, localizado en la periferia diagnóstica, que cerca la influencia de las tendencias del falseamiento. Los instrumentos para entrevistas y auto-administrables descansan principalmente sobre los datos proporcionados por los probandos y esto trae como consecuencia que son susceptibles al falseamiento o a

desfigurar el evento mensurable. La experiencia ha señalado que los alcohólicos tienden a disimular la dinámica del problema o a **bagatelizarla**, debido a que posiblemente se encuentren impedidos de percatarse en forma realista de su problemática situación y ello, probablemente se encuentre reflejado al deformar los datos que plasman sobre la variable endógena. Respecto al problema implícito en el falseamiento, la literatura, a pesar de ser abundante, no ha ofrecido conclusiones a este problema^{126,213}. La intuición¹⁰³ se inclinó por el procedimiento diagnóstico autoadministrable a pesar, de que esta forma, es más susceptible a sufrir por este impacto.

MATERIAL Y METODOS

Probandos

Fue necesario esperar 18 años para reunir una muestra constituida por 2107 hispanoamericana(o)s; de la cual, únicamente la muestra mexicana partió de una hipótesis epidemiológica: medición del impacto del consumo de etanol en la población extramuros^{77-80,82,83,85,90,99}; mientras que los probandos integrantes de las complementarias, provienen tanto de poblaciones intra- (preponderante) como extramurales, debido a que estas cuatro muestras estaban dirigidas a establecer, a través de cuantificar los errores de la medición del **MALT**, la utilidad de este instrumento diagnóstico de alcoholismo en el escenario hispanoamericano, que se halla señalado en la columna concerniente a la *procedencia* en el Cuadro 2, donde, con fines meramente comparativos, se incluyeron las muestras alemana y española, de las cuales no se tienen las bases de datos, sino únicamente los resultados (datos crudos y transformados en medidas de resumen^{76,100,172}), obligando a diseñar, en contraste con este ejercicio, un modelo heurístico escalonado no acumulativo con cinco filtros, destinados a identificar

reactivos transculturales^{72,74,75,85,88,89,98}. Al parecer, los diferentes colaboradores se apegaron, en este levantamiento primario de datos, a los parámetros de la selección aleatoria simple^{76,100}. Este segundo cuadro exhibe también una diferencia, asegurada a nivel estadístico (cf. Cuadro 3, segunda columna): entre el tamaño de las muestras; esto se debe, de acuerdo a los comentarios de los colaboradores, primordialmente, a que ellos tuvieron que financiar la aplicación del **MALT**. Verbigracia, tomando en consideración que cada entrevista con instrumento tiene un costo aproximado en el mercado de 15.00 dólares: el costo de operación para medir a 620 probandos, se traduce en una inversión de 9300.00 dólares; a este costo es necesario agregar, de acuerdo a la literatura¹⁷⁶, entre un 10% y 15% calculado para suplir las pérdidas (**missing data**). En el escenario hispanoamericano, las pérdidas llegan hasta el 33%^{77,79,82,83,90,100}.

El tamaño mínimo de la muestra para validar y confiabilizar, en este caso el **MALT**, debería de estar integrado por 620 probandos. En 1988, GORENC y asociados⁸¹, buscaron afanosamente una fórmula dirigida a establecer el tamaño mínimo de una muestra para validar y confiabilizar un instrumento de medición antes de emplearlo en una condición experimental, cuasi o no experimental. La literatura no ofreció respuesta y fue entonces, que a la FAYE-RABEND⁵⁸, se inventó la siguiente hilación de símbolos basada en el primer enunciado teórico de muestreo:

Muestra mínima para calcular los errores de la medición $n = (V * m) k$

donde

n = muestra mínima

V = número o suma de los reactivos (ítems, preguntas, frases, etc.) incluidos en el instrumento

CUADRO 2

ALGUNOS DESCRIPTORES DE LAS MUESTRAS QUE FUERON MEDIDAS CON EL MALT Y EL PDAL

Muestras	Submuestras	Sexo		Edad		Procedencia
		♂	♀	$\Sigma fx/n$	σ	
Alemana (Munich) (n = 675)	Probandos controles	212	262	rango total		Hospital psiquiátricos, sección encamados Hospital general, sección encamados Consulta externa psiquiátrica del Instituto Max-Planck para Psiquiatría
	Probandos alcohólicos	152	49	18 a 65 años		
Española (Barcelona) (n = 150)	Probandos controles	20	30	53.0	-----	Hospital general, sección encamados
	Probandos alcohólicos	76	24	39.7	-----	Clinica para alcohólicos, sección encamados y consulta externa
Mexicana (Tabasco) (n = 714)	Probandos controles	157	348	38.1	14.2	Muestra aleatoria extraída de la población general
	Probandos alcohólicos	201	8	40.8	12.9	
Ecuatoriana (Cuenca) (n = 481)	Probandos controles	108	42	33.9	16.8	Hospital general, sección encamados; estudiantes de la facultad de medicina
	Probandos alcohólicos	315	16	41.4	12.9	Centro de Rehabilitación de Alcohólicos y hospital general, sección encamados
Peruana (Lima) (n = 145)	Probandos controles	39	12	37.9	10.1	Hospital-escuela de psiquiatría, escuela de psicología, oficina de personal paramédico y hospital general, sección encamados
	Probandos alcohólicos	86	8	40.8	11.9	Hospital general con servicio de psiquiatría, sección de encamados y consulta externa, y clínicas psiquiátricas, sección encamados
Chilena (Concepción) (n = 652)	Probandos controles	156	248	36.5	15.7	Escuelas de medicina y psicología, y oficina de personal paramédico; familiares de pacientes alcohólicos
	Probandos alcohólicos	219	29	45.7	12.6	Hospital psiquiátrico, consulta externa; hospitales generales con servicio de psiquiatría y clínicas para alcohólicos, sección encamados
Bolíviana (La Paz) (n = 115)	Probandos controles	36	4	33.7	12.4	Consulta privada de las ciudades de La Paz, Tarija y Sucre
	Probandos alcohólicos	69	6	38.1	10.8	Consulta privada y clínicas para alcohólicos de las ciudades de La Paz, Tarija y Sucre
Hispanoamericana (n = 2107)	Probandos controles	534	659	36.9	15.1	Preponderantemente población extramuros; en menor escala, hospitales generales
	Probandos alcohólicos	852	62	42.3	12.5	Excluyendo la muestra mexicana, el mayor peso está localizado en una población controlada a nivel intramuros

m = número promedio de opciones o valores o modalidades de las respuestas

k = una constante de **10** obtenida de las limitaciones implícitas en la prueba de significancia de chi-cuadrado para refutar o no la hipótesis⁹⁶:

Si grados de libertad (gl) = 1; es decir, k = 2, entonces ninguna frecuencia esperada (por celdilla o intervalo) debe ser menor a $5^{188,189}$, preferentemente 10^{158} .

Si grados de libertad (gl) > 1; es decir, k > 2, entonces no más del 20% de las frecuencias esperadas (por celdilla o intervalo) debe ser menor a $5^{188,189}$, preferentemente 10^{158} .

En contraste con el **10** de la fórmula ofrecida por FRIEDRICH⁶² para calcular el tamaño de la muestra, varía al gusto del usuario, en ésta, el mismo **10**, como **k** (constante), asegura examinar y sintetizar los datos a través de las pruebas univariadas (no paramétricas y paramétricas) y multivariadas, debido a que se controla la dispersión (variancia) dentro de las celdillas y alrededor de la línea media, esto de acuerdo a los niveles de medición empleados en las respuestas: nominal y ordinal así como intervalar y de razón, respectivamente.

El **MALT** está construido con 31 reactivos con respuestas que son mutuamente excluyentes (sí/no). Si se sustituyen los símbolos por los valores del **MALT**, se logró efectivamente extraer un cierto número, en este caso de sujetos, para validar

y confiabilizar el **MALT** en Hispanoamérica: $(V=31 * m=2)k=10=620$.

Aplicación del **MALT**

La utilización de esta prueba fue sencilla. La sección autoadministrable (**MALT-S**) con 24 reactivos se entregó al probando; mientras que los siete ítems de la parte heteroadministrable (**MALT-F**) permaneció en poder del médico entrevistador. Cuando el cliente estaba impedido para contestar la parte **MALT-S** por limitaciones sociales (analfabetismo y analfabetismo funcional) u orgánicas (alteraciones de la vista, se le sometió a una entrevista estructurada^{15,62,121}. Para contestar los ítems 4 y 5 del **MALT-F**, fue necesario calcular la cantidad de alcohol puro mediante una tabla de conversión, a la que se agregaron las bebidas locales con sus respectivas graduaciones de etanol puro.

Para someter al **MALT** a la técnica de validación de criterio exterior en su modalidad de concurrente^{76,100}, se contrastó el criteriodiagnóstico de la prueba^{117,219,221,222,223} con el del médico examinador, que al fungir como el criterio exterior y para mantener la independencia de ambos criterios (interno: prueba/externo: entrevistador), éste efectuó el diagnóstico antes de explorar a los probandos con el **MALT**, además de no utilizar los síntomas (reactivos) contenidos en el instrumento a prueba. Asimismo, los médicos participantes no fueron informados acerca de las puntuaciones de corte diagnósticas:

Instrumentos		Diagnósticos	Zonas
MALT	PDAL		
0-5	0-4	No sospecha (no-etilismo)	<i>Inofensiva o dentro de la norma:</i> por debajo de 80 gramos de alcohol puro por día; de acuerdo a los nuevos resultados, se ha fijado en 60 gramos de etanol puro por día para hombres y 20 gramos para mujeres; no obstante, esto no significa que el consumo por debajo de esas cantidades sea inocuo, ya que se logró determinar que el consumo diario (no acumulativo) de 7 gramos de etanol puro se correlaciona con un riesgo prácticamente nulo ¹⁷⁴ ; es decir, a nivel publicitario, el aviso de evite el exceso debería ser sustituido por el de 7 gramos de etanol puro por día (no acumulativo) , así como ejemplificarlo vaciando el contenido respectivo en un recipiente graduado, además de ofrecer al público usuario de bebidas etílicas una tabla que exhiba las alteraciones y padecimientos relacionados con el promedio de consumo en gramos de etanol puro por día y duración (en años).
6-10	5-7	Sospecha de alcoholismo	<i>Peligrosa:</i> de 60 a 160 gramos de alcohol puro por día.
11-52	8-13	Alcoholismo	<i>Extremadamente peligrosa:</i> más de 160 gramos de alcohol puro por día.

Tanto el **MALT** como luego el **PDAL**, están contruidos de tal forma, que la exactitud únicamente está asociada con los tres grupos diagnósticos previamente descritos y ninguna de las dos pruebas están estructuradas para distinguir entre los diversos cuadros clínicos del alcoholismo⁴⁹ descritos en los diferentes manuales de clasificación de las enfermedades mentales^{3-5,219-223}.

Base de datos

Para facilitar la captura de la información, se diseñó un programa (*software*) que permitió dar de alta, consultar y reportar los registros (casos) y una de las tres formas para reportar los registros está dispuesta a ofrecer una base de datos en código plano (ASCII), compatible con cualquier sistema

operativo¹⁰¹. Por lo tanto, al ser asequible a cualquier usuario, se transformó en una base de datos itinerante, que junto con el *software* diagnóstico trilingüe (español, alemán e inglés), pueden ser solicitados en forma gratuita a las direcciones dispuestas en el Anexo II, con la petición de que al incluir una nueva muestra en la base de datos, sea regresada para seguir ofreciendo al público una base de datos actualizada. En breve se incluirá el **PDAL(97)** en el *software*.

Procedimientos estadísticos

La información contenida en la base de datos itinerante se sintetizó a través de diversos procedimientos estadísticos, con los cuales no se refutó la hipótesis nula

implícita⁹⁶ en este ejercicio, al demostrar que efectivamente el **MALT** no mide lo que pretende medir ni tampoco realiza la medición con precisión en la cosmogonía¹ hispanoamericana. Considerando que resultados negativos, también son resultados, se extrajeron del **MALT** 13 ítems, que al parecer, a nivel de simulacro⁹, podrían ser usados en un instrumento autoadministrable corto, que descansa sobre la teoría probabilística de las pruebas. Por lo que se puntualizaron, a continuación, los procedimientos estadísticos según su participación en desmembrar el **MALT** en Hispanoamérica y, a partir de sus cenizas, construir el **PDAL**.

La base de datos se dispuso en el sistema operativo **UNIX**, que almacena el paquete estadístico conocido como **Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)**, versión 5.0 instalado en un computador **SUN SPARC** localizado en la *Dirección de Cómputo para la Administración Académica*, dependiente de la *Dirección General de Servicios de Cómputo Académico* de la *Universidad Nacional Autónoma de México*. Por el valioso y decidido apoyo recibido del personal de la mencionada *Dirección*, deseamos expresar nuestra gratitud.

Funciones	Subprogramas del SPSS
<p>Tablas de contingencia para examinar el comportamiento de las variables independientes medidas a nivel nominal y ordinal^{188,189}. Simulación⁹ de la validez por criterio exterior, modalidad concurrente: coeficiente de Cramer²⁶.</p>	CROSSTABS
<p>Comportamiento de la variancia de las variables independientes medidas a nivel de escalas intervalar y de razón^{188,189}. Pruebas de significancias paralelas no paramétricas, por muestras reducidas y para someter los resultados arrojados por cada una de las cinco muestras al para¹⁰⁰ (meta)análisis^{27,30,61,97,120,143,157,204,218}.</p>	ANOVA NPAR TESTS
<p>Disimilitudes en el ordenamiento por rango de las cargas factoriales, comunalidades y coeficientes a de los 13 ítems del PDAL entre el patrón de oro^{66-68,119,141,142,184}, elaborado con base en los resultados obtenidos con la muestra hispanoamericana, y aquéllos exhibidos por cada una de las cinco muestras; a las cuales, a nivel de simulacro⁹, se les aplicó el PDAL.</p>	NONPAR CORR (Spearman)
<p>Validez por construcción, empleando el análisis factorial primero como procedimiento confirmatorio^{26,76,78,97,100,105,109,113,160,164,174,224}; se esperaba obtener una distribución semejante de los reactivos del MALT a la exhibida en el Cuadro 1. Al no confirmarse la(s) mencionada(s) estructura(s), bajo la tutela del análisis factorial^{78,115,118,123,124,171,174,180,207}, se intentó hacer coincidir mediante una resurrección artificial lo real a través de los sistemas de equivalencia, operaciones binarias y álgebra combinatoria, con un simulacro baudrillardiano⁹ para desenmascarar unas imágenes (cinco muestras) que disimulan el vacío que hay detrás de ellas, bajo la siguiente operacionalización²⁹:</p> $H_0: [a(v, w, x, y, z)](\alpha, \beta) = [b(v, w, x, y, z)](\alpha, \beta) = [c(v, w, x, y, z)](\alpha, \beta) = [d(v, w, x, y, z)](\alpha, \beta)$ <p>donde</p> <p>a representa una combinación lineal de los reactivos contemplados en el MALT, que supuestamente poseen propiedades como ser ortogonales entre</p>	FACTOR

ellos. Es decir, es un método dirigido a transformar un cúmulo de ítems en otro grupo de preguntas para situarlos en dimensiones, donde el primer **componente principal** representa la mayor variancia de los reactivos, el segundo contiene el peso homólogo y así sucesivamente hasta llegar al agotamiento, que servirán de ejemplo en este ejercicio;

b es la descomposición jerárquica de la matriz de correlación ajustándola para extraer los ejes principales con comunalidades iterativas, que llevan a la solución de mínimos cuadrados de la factorización inicial y por ello, se denomina factorización axial principal;

c es la resolución de la máxima probabilidad, que está orientada a encontrar la solución del factor más adecuada con respecto a las correlaciones de los ítems. En este caso, se utilizará el criterio basado en establecer la configuración hipotética de los factores maximizando la correlación canónica entre **k** factores comunes y los 31 y 13 ítems del **MALT** y **PDAL** respectivamente, puestos a disposición de este modelo;

d la factorización alfa está basada en la correlación máxima entre los ítems que son considerados como una muestra del **universo** de los reactivos incluidos en el **MALT** y **PDAL**;

asimismo, serán transformados ...

v en forma ortogonal, que simplifica las columnas de la matriz factorial, permitiendo una doble maximización de la variancia de las cargas cuadradas: de cada reactivo del **MALT** y **PDAL** y, en cada factor;

w con base en el criterio para lograr una rotación ortogonal. Este criterio está orientado a establecer un compromiso entre los criterios explícitos en **v** y **x**;

x de manera ortogonal, pero dirigida a simplificar los renglones de la matriz factorial. Mediante este criterio los ejes son rotados en tal dirección para que las cargas factoriales maximicen **q** (quartimax), con el propósito de producir resoluciones finales en las que existe un factor general constituido por cargas bajas y moderadas en algunos reactivos del **MALT** y **PDAL**;

y de modo oblicuo para simplificar la estructura, maximizando el número de cargas bajas y altas a expensas de las cargas promediadas de los ítems del **MALT** y **PDAL** para encontrar la resolución que maximice la pendiente de la doble carga factorial;

z se omitirá la rotación de la matriz factorial. Esto es, no se llevará a cabo ninguna manipulación; por ende, fungirá como parámetro rotatorio de control⁴³;

a esta combinación se ofrecerán dos matrices de asociaciones lineales entre los reactivos del **MALT** y **PDAL** ...

α tetracórica, mediante este procedimiento se calcula los coeficientes de correlación tetracórica entre las 31 y 13 variables dicotómicas, bajo el supuesto de que las variables continuas (de razón, según FRIEDRICH⁵²) presenten una

<p>distribución normal, que fue recomendado por RICHTER y colaboradores¹⁷⁴;</p> <p>β covariancia, definida como la asociación entre cada uno de los 31 y 13 reactivos que comprenden al MALT y PDAL respectivamente.</p> <p>A partir de este modelo heurístico reductivo escalonado, se definió reactivo del PDAL como¹¹⁸:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. elemento integrante de factores cuyo valor propio (eigenvalue) ≥ 1; 2. con carga ≥ 0.50 en un cierto factor; además 3. con carga negativa o $\leq 50\%$ de la carga registrada en los restantes factores; 4. consistencia de los reactivos a través de ≥ 3 rotaciones; y 5. consistencia de los reactivos a través de ≥ 2 algoritmos factoriales. <p>Por lo tanto, la combinación de estos criterios está dirigida a obtener reactivos transhispanoamericanos con una elevada especificidad; es decir, mantener restringidos los reactivos falsos-positivos tanto en la muestra hispanoamericana total como en cada uno de las cinco muestras que conforman aquélla.</p>	
<p>Examen de la benignidad de las puntuaciones de corte tanto del MALT como del PDAL y ubicación de los grupos diagnósticos por países con apoyo de las funciones canónicas^{70,93,94,106,107,110,122,203}.</p>	<p>DISCRIMINANT</p>
<p>Determinación de la precisión de la medición a través de dos modelos^{15,26,76,100,109,110,121,131,160,205};</p> <p>consistencia interna:</p> <p>división por mitades</p>	<p>RELIABILITY MODEL=ALPHA MODEL=SPLIT</p>

Para el usuario interesado, los subprogramas empleados también pueden ser solicitados.

RESULTADOS

Paraanálisis^{29,100}

Advertencia ¿meta o paraanálisis?: el prefijo **meta** se refiere a un proceso desde el punto de vista sistémico: entre y con, por ende, se aleja de la connotación clásica del **meta** conjugado con el **análisis**, que debería contemplarse también como un análisis sistémico^{29,100} y no como lo propone WOLF²¹⁸; un método cuantitativo para efectuar una síntesis, como en este caso, de investigacio-

nes concernientes a validar y confiabilizar tanto el **MALT** como el **PDAL**, donde se está empleando este prefijo como un mero procedimiento para compendiar los resultados arrojados por la literatura sobre cierto tópico o por aquéllos arrojados por las cinco muestras hispanoamericanas; verbigracia, combinar **metaanalíticamente** los resultados de múltiples estudios longitudinales en el terreno del alcoholismo¹²⁹ para examinar su consistencia^{61,120,204} o de estudios de sección cruzada comparados^{15,76,10,195} en este ejercicio. Esto es, en el análisis del análisis o **metaanálisis**, el prefijo **meta** es trivial, debido a que se trata de examinar mediante ciertos procedimientos estadísticos univariados una colección de análisis resultante

de estudios individuales con el propósito de integrar los hallazgos: se toman los resultados (publicados) de un cierto estudio y se comparan (no **metaanalizan**) con otra(s) investigación(es) de similar naturaleza con el propósito, por ejemplo, de incrementar el tamaño de la muestra y de renormalizar las medidas de tendencia central y de dispersión, controlando estas últimas bajo la tutela de una serie de manipulaciones que permitan someterlas, sobre todo, a procedimientos probabilísticos no paramétricos para efectuar generalizaciones a través de los resultados que ofrecieron los análisis particulares, así como para descubrir y comprender las diferencias dentro y entre los diversos estudios¹⁵⁷. Por lo tanto, el prefijo **meta** del **análisis**, debería ser suplido por el prefijo **para**, que se refiere al después, al lado, fuera, semejante, próximo, ajeno o a una función derivada del análisis (individual)^{29,100}.

En el siguiente cuadro, se lograron conjugar los dos objetivos del paraanálisis^{29,100}, ya que se alcanzaron obtener generalidades a través de los resultados que ofrecieron los análisis particulares de las cinco muestras medidas con el **MALT** y el **PDAL**, así, en segundo lugar, se descubrieron y comprendieron las diferencias dentro y entre las diversas muestras:

Bajo la perspectiva paraanalítica^{29,100}, al hallar únicamente una semejanza en las edades de las cinco muestras, mientras que los cuatro indicadores complementarios indican lo contrario, no es factible realizar comparaciones, ya que influyen sobre el comportamiento de los reactivos del **MALT** y también sobre aquellos que definirán al **PDAL**. Formalmente, el ejercicio terminaría en este punto. Este formalismo se venció al proceder **contrainductivamente**^{57,59,60} infintrando, elaborando y propagando hipótesis inconsistentes hasta lograr exponer las

muestras al efecto de la simulación⁹. Más sencillo, ante un escenario real disparejo, un instrumento de medición a su imagen y semejanza. Es harto difícil conseguir y/o invertir 9300.00 dólares más un 33% concierne a las pérdidas (**missing data**) en un proyecto, que apareció en forma azarosa.

El Test de Alcoholismo Munich (MALT)

A través de la simulación⁹ paraanalítica^{29,100}, el siguiente cuadro muestra una disimilitud en el 36.6% de los 26 indicadores contrastados; por ejemplo, de los 17 valores más bajos registrados, ocho corresponden a una muestra, cuyo tamaño era superior a la muestra mínima requerida para validar y confiabilizar el **MALT**. Un valor más fue arrojado por una muestra mediana y los siete restantes por muestras pequeñas, mientras que los valores altos fueron consistentes dentro de la muestra chilena. Estos resultados permiten mantener entre paréntesis el impacto que pudiera tener el Efecto-Tamaño^{27,30,61,100,120,143,204,218} sobre esos indicadores:

No obstante, es necesario resaltar lo homogéneo del bajo porcentaje del total de la explicación de la variancia arrojado por el análisis factorial durante el proceso confirmatorio, siendo éste el resultado que dirigió el objetivo de convertir el **MALT** al **PDAL**, reduciéndolo bajo el auspicio de la teoría probabilística de los tests: pocos reactivos en pocos factores, con alto poder para explicar la variancia de éstos^{15,26,100,101,105,115,118,123,124,131,153,160,171,207,224}.

La Prueba Diagnóstica de Alcoholismo Latinoamericana

Bajo el auspicio de los parámetros establecidos en el sector donde se describió el material y métodos empleados, de los 31 reactivos del **MALT**, 13 conformaron el **PDAL**, que

CUADRO 3
COMPORTAMIENTO DE LOS INDICADORES DEMOGRAFICOS Y DIAGNOSTICOS

Países	N = 2107	Sexo		Razón \uparrow/\downarrow 1:1.922	Edad $\sum fx/n = 39.31$	Estado civil		Prueba de Alcoholismo Munich (MALT)			$\sum fx/n = 13.28$
		$\uparrow = 1386$	$\downarrow = 721$			sin pareja = 691	con pareja = 1416	Diagnóstico tricotomizado			
								No alcoholismo = 988	Sospecha de alcoholismo = 157	Alcoholismo = 962	
México	714 (33.9)	358 (469.7)	356 (244.3)	1.005:1 (1)	38.93 (-.38)	96 (234.2)	618 (479.8)	425 (334.8)	81 (53.2)	208 (326.0)	7.33 (-5.96)
Ecuador	481 (22.8)	423 (316.4)	58 (164.6)	7.293:1 (4)	39.20 (-.12)	193 (157.7)	288 (323.3)	123 (225.5)	27 (35.8)	331 (219.6)	20.41 (7.12)
Perú	145 (6.9)	125 (95.4)	20 (49.6)	6.250:1 (3)	40.70 (1.38)	58 (47.6)	87 (97.4)	44 (68.0)	7 (10.8)	94 (66.2)	17.63 (4.34)
Chile	652 (30.9)	375 (428.9)	277 (223.1)	1.353:1 (2)	39.99 (.68)	280 (213.8)	372 (438.2)	382 (305.7)	35 (48.6)	235 (297.7)	11.45 (-1.83)
Bolivia	115 (5.5)	105 (75.6)	10 (39.4)	10.500:1 (5)	36.57 (-2.75)	64 (37.7)	51 (77.3)	14 (53.9)	7 (8.6)	94 (52.5)	25.36 (12.07)
Pruebas sig-nificancia	$\chi^2 = 741.8633$	$\chi^2 = 262.48672$ frecuencia esperada < 5 = 0.0%			F = 1.913	$\chi^2 = 194.16752$ frecuencia esperada < 5 = 0.0%		$\chi^2 = 306.97114$ frecuencia esperada < 5 = 0.0%			F = 112.287
grados libertad	4	4			4	4		8			4
probabilidad	.0000	.0000			.106	.0000		.0000			.000

(%)

(frecuencias esperadas)

(ordenamiento por rangos: 1 = distribución normal ... 5 = distribución más sesgada)

$(\sum fx/n - \sum fx/n)$

exhibieron los siguientes valores, considerando también la estratificación por reactivos:

La única dimensión que abarca a los 13 ítems, representa a un factor aglutinador de las alteraciones psicosociales (5 ítems) asociadas con ocho (reactivos) patrones de ingesta alcohólica con respecto a la clasificación de los ítems del **MALT** en tres dimensiones teóricas (cf. Cuadro 1), que ceden dos cada una a la dimensión de la dependencia psíquica, cuando los reactivos del **MALT** fueron reclasificados en cinco dimensiones teóricas. Considerando que los reactivos del **MALT-F** (parte heteroadministrable) y los tres del **MALT-S** que detectan trastornos corporales corresponden a un proceso crónico, no sorprende que no hayan cargado los reactivos dirigidos a captar las alteraciones somáticas ocasionadas por el consumo de bebidas etílicas y tampoco se reordenaron bajo la dimensión teórica de la dependencia física (cf. Cuadro 1), de los cuales dos ítems tienen correspondencia con dos de los tres reactivos que detectan el daño corporal.

Con respecto al producto obtenido bajo el efecto de la reducción rigurosa⁶⁵, en contraste con aquél proveniente del área alemana, el Cuadro 5 comparado con el 4, señala que la forma reducida del **MALT**, logró eliminar las diferencias significativas marcadas en el Cuadro 4 como bajos porcentajes de clasificación correcta en los grupos diagnósticos de sospecha de alcoholismo peruano y boliviano, así como eliminar los bajos coeficientes de correlación entre las formas detectados en las muestras mexicana y boliviana y, el bajo coeficiente α de la primera cola concerniente a la muestra mexicana. Es decir, se estabilizaron, con el proceso reductivo del análisis factorial^{178,115,118,123,124,171,174,180,207}, los valores generales; sin embargo, partiendo del principio que el todo oculta el comporta-

miento de las partes, estos valores, fueron estratificados a nivel de los 13 reactivos que integran el **PDAL**. En un primer acercamiento, las diversas formas de expresión de los ítems fueron sometidas al proceso paraanalítico^{29,100}, primero por renglones, hallando, al parecer, al margen de la influencia del tamaño de las muestras exhibidas en la segunda columna del Cuadro 3, ya que al sustituir los elementos del **PDAL** de la fórmula de la muestra mínima⁸¹, el tamaño de 620 probandos que requieren ser explorados para establecer los errores de la medición en el **MALT**, disminuye a $(13*2)10=260$ clientes, tamaño que ya no se halla tan distante con los de las muestras peruana y boliviana, disminuyendo la variancia entre y dentro de las muestras, discrepancias en el 61.5% y 69.2% de las cargas factoriales y comunalidades de los 13 reactivos respectivamente, que podría corresponder a la influencia cultural local, indicadores más sensibles que la escasa variabilidad de los altos coeficientes α , dirigidos a establecer la precisión; donde, se marcaron tres de la peruana, dos coeficientes de la muestra mexicana, y uno de la ecuatoriana y chilena, que presentan valores por arriba de los coeficientes α de la consistencia interna respectivamente. Esto señala, por ejemplo, considerando a la muestra peruana, si se extrae el ítem identificado como S14 (empleo de sistemas para disminuir el consumo de etanol), el coeficiente α de la consistencia interna, de .9296 se incrementaría a .9378, pero al no mostrar una diferencia significativa entre ambos coeficientes ($x^2=0.013447741$; $gl=1$; $p=.20$), no justifica eliminar ese reactivo. Este resultado se puede generalizar a las muestras mexicana, ecuatoriana y chilena, debido a que la diferencia entre los coeficientes α de los reactivos y de la consistencia interna es aun menor a la empleada en la demostración. Para ubicar cuál de las cinco muestras examinadas a

CUADRO 4
COMPORTAMIENTO DE LOS ERRORES DE LA MEDICION DEL MALT

Levantamiento primario de datos/Indicadores	Mexicano	Ecuatoriano	Peruano	Chileno	Boliviano	χ^2	p (4 gl)	Hispanoamericano
TECNICAS DE VALIDEZ								
<i>Criterio exterior, modalidad concurrente:</i> coeficiente de Cramer	.87593	.81581	.87356	.91859	.81650	3.09801832	.20	.92937
<i>Por construcción</i>								
Número de factores	6	5	7	3	7	0.35	.20	2
Valor propio	11.76501	11.40541	12.55296	16.87818	10.54400	1.95201285	.20	14.11978
% total de explicación de la variancia	59.2	53.7	66.3	62.3	63.3	1.50249344	.20	51.3
<i>Split-half validation (Holtzman, 1980; Kieckhafer, 1981)</i>								
% de clasificación correcta del grupo no alcohólico	91.8	87.0	93.2	94.8	100.0	.95407027	.20	92.4
% de clasificación correcta del grupo sospechoso	96.3	81.5	57.1	82.9	57.1	15.9931715	.01	73.9
% de clasificación correcta del grupo alcohólico	92.8	87.0	97.9	93.2	98.9	.96096211	.20	90.3
% de clasificación correcta total	92.58	86.69	98.48	93.56	96.52	.86703632	.20	90.08
METODOS DE CONFIABILIDAD								
<i>Consistencia interna : coeficiente α</i>								
MALT: 31 reactivos	.9323	.9384	.9433	.9706	.9316	.41822842	.20	.9578
MALTF: 7 reactivos	.4850	.6948	.6206	.7904	.7502	20.5905957	.001	.7523
MALTS: 24 reactivos	.9404	.9311	.9462	.9705	.9208	.56569877	.20	.9562
<i>División por mitades</i>								
MALT: 31 ítems								
Correlación entre las formas	.7279	.7894	.8252	.8709	.6723	9.63040706	.05	.8141
Coefficiente Spearman-Brown para colas desiguales	.8427	.8824	.9042	.9311	.8042	3.97034624	.20	.8979
Coefficiente α primera cola	.6719	.7893	.7655	.8748	.8212	8.65070519	.05	.8358
Coefficiente α segunda cola	.9424	.9101	.9344	.9604	.8880	1.2746644	.20	.9465
MALTF: 7 ítems								
Correlación entre las formas	.2819	.4775	.3494	.7053	.5533	44.5947525	.001	.5727
Coefficiente Spearman-Brown para colas desiguales	.4431	.6452	.5214	.8297	.7157	36.5654566	.001	.7315
Coefficiente α primera cola	.3053	.5452	.6251	.6987	.6601	28.275857	.001	.6266
Coefficiente α segunda cola	.3473	.5835	.3439	.5782	.5867	23.154699	.001	.5963
MALTS: 24 ítems								
Correlación entre las formas	.7612	.8085	.8620	.8871	.7161	7.7987703	.10	.8454
Coefficiente Spearman-Brown para colas iguales	.8644	.8941	.9259	.9402	.8360	2.92351259	.20	.9162
Coefficiente α primera cola	.8164	.8609	.8580	.9361	.8542	3.14710344	.20	.8982
Coefficiente α segunda cola	.9423	.8983	.9376	.9575	.8813	1.63041711	.20	.9435
<i>Nivel de asociación entre MALTF y MALTS</i>								
Coefficiente producto-momento (Pearson)	.6425/.0000	.7869/.0000	.7258/.0000	.8522/.0000	.7339/.0000	9.60778429	.05	.7935/.0000
<i>Evaluación del MALT</i>								
Porcentaje de la sensibilidad	98	95	100	89	98	.77083333	.20	98
Porcentaje de la especificidad	99	99	86	99	94	1.35429769	.20	94

nivel de simulacro⁹ exhibe un comportamiento singular de los reactivos, el segundo paraanálisis^{29,100} se llevó a cabo por columnas. Verbigracia, al contemplar el rango promedio de las cargas factoriales, las diferencias significativas encontradas durante el paraanálisis^{29,100} por columnas, podrían estar relacionadas, en primer lugar, con el singular perfil de los reactivos de la muestra boliviana, en segundo término con el de la ecuatoriana y en tercer término con el de la peruana, que se logra compensar, alcanzando el rango promedio de la muestra total hispanoamericana, que en esta comparación funge como el **patrón de oro**^{66-68,119,141,142,184}, mientras que el incremento registrado en las restantes dos muestras (ecuatoriana y boliviana) fue mínimo, demostrando una consistencia en sus singulares perfiles de carga factorial, que únicamente persiste en la muestra ecuatoriana, sin y con **patrón de oro**^{66-68,119,141,142,184}, con respecto al perfil de las comunales. Hasta este momento, no existen discrepancias entre ambas formas de haber paraanalizado^{29,100} el comportamiento de los 13 reactivos del **PDAL**, logrando detectar, al aplicar esta modalidad de análisis a las columnas, las muestras hispanoamericanas posiblemente responsables de las diferencias halladas con el paraanálisis^{29,100} aplicado en los renglones. Sin embargo, esta observación no puede ser generalizada al comportamiento de los coeficientes α de los 13 reactivos, que a nivel de los renglones mostraron una homogeneidad, pero al examinarlos por columnas, el resultado anterior es consistente con respecto a que los perfiles de los reactivos de las muestras ecuatoriana y boliviana efectivamente difieren del hallado en las tres muestras complementarias y de la muestra total (**patrón de oro**^{66-68,119,141,142,184}) y son, en donde ciertos patrones culturales están influyendo en la conducta del consumo y en las consecuentes alteraciones psicosociales,

siendo más evidente en la muestra boliviana, donde los 13 ítems del **PDAL** se dispersan en tres factores.

Los diversos coeficientes expuestos en el Cuadro 5 fueron ordenados por rango, según el peso que mostraron con respecto al **patrón de oro**^{66-68,119,141,142,184} constituido por la muestra hispanoamericana. En este examen de los 13 ítems, sus diversos coeficientes, mediante la acción de la simulación⁹, fueron transformados en índices para medir su distancia (**Closeness = Cercanía**^{66-68,119,141,142,184}) con el **patrón de oro**^{66-68,119,141,142,184} y entre las muestras, exhibidas en el Cuadro 6.

El arreglo *cultural* de los reactivos logrados a través de los dos indicadores del análisis factorial^{78,115,118,123,124,171,174,180,207} (cargas factoriales y comunales), que permiten descubrir las estructuras de los instrumentos de medición, como en este ejercicio, los 13 ítems del **PDAL**, muestran efectivamente, que el patrón cultural del consumo de etanol de la muestra boliviana, es exquisitamente diferente de las demás muestras, inclusive, este perfil inversamente proporcional a la muestra chilena y esto, asegurado a nivel estadístico. En contraste, los coeficientes α únicamente logran captar una lejanía cultural de ingesta alcohólica entre la muestra chilena y las muestras boliviana y peruana.

El comportamiento de las distancias culturales descritas, podrían corresponder a la distribución poblacional de los cinco países examinados:

La diferencia significativa hallada, se debe, sobre todo, por la inversión del ordenamiento por rangos [() en el Cuadro 7] en los dos primeros grupos poblacionales, que favorecen con un mayor porcentaje al amerindio de Bolivia y

CUADRO 5

COMPORTAMIENTO DE LOS ERRORES DE LA MEDICION DE LA PRUEBA DIAGNOSTICA DE ALCOHOLISMO LATINOAMERICANA (PDAL)

Levantamiento primario de datos/Indicadores	Mexicano	Ecuatoriano	Peruano	Chileno	Boliviano	χ^2	p (4 gl)	Hispano-americano
TECNICAS DE VALIDEZ								
Validaz criterio exterior simulado (Baudrillard, 1987): coeficiente Cramer	.96798	.95007	.96183	.97180	.93053	.43878583	.20	.96585
<i>Validaz por construcción</i>								
Número de reactivos \geq 5.000	13	12	12	13	12	.096677419	.20	13
Número de factores	1	1	2	1	3	2.000	.20	1
Valor propio	8.20810	6.09311	7.37277	8.81288	5.68108	.99178715	.20	7.97954
% total explicación de variancia	63.1	46.9	64.5	67.8	60.4	4.31139742	.20	61.4
Cargas factoriales¹								
S16 Menos problemas sin alcohol	(2).87766	(1).81555	(2).85496	(4).87473	(3).71717	6.56525956	.20	(1).86802
S15 Limitar ingestión de etanol	(1).87936	(2).80949	(1).87158	(5).87318	(F2/4).55037	24.6441909	.001	(2).86686
S18 Etanol destruye la vida	(4).87422	(3).80660	(4).84973	(2).89132	(5).61396	17.0767442	.001	(3).86449
S23 Bienstar sin beber	(3).87538	(4).75552	(5).81125	(1).90705	(2).72017	9.80834664	.05	(4).86211
S22 Intentar abstinencia	(5).87212	(7).69880	(10).70573	(3).88560	(1).75971	12.9950163	.01	(5).83008
S13 Sentimientos de culpa por beber	(6).80688	(5).75446	(9).73234	(6).86508	(F3/1).77432	4.41879576	.20	(6).81710
S19 Ambivalencia frente a las bebidas etílicas	(11).74355	(6).71327	(3).85193	(9).80681	(F2/2).73583	5.42172307	.20	(7).78874
S6 Pérdida de control en el beber	(8).77027	(8).66549	(7).76078	(10).78598	(F2/3).72113	3.57258995	.20	(8).76992
S21 Problemas conyugales	(7).78398	(9).65793	(6).79913	(11).75503	(F3/3).51575	19.1156147	.001	(9).75814
S4 Amargura por problemas	(12).66979	(10).58699	(13).48055	(7).83138	(F3/2).72736	27.801298	.001	(10).71825
F5 Más de 300 ml. etanol por día	(9).76700	(11).57450	(11).64522	(12).74333	(F2/1).80104	13.1176032	.01	(11).71299
S20 Incomprendido	(13).59770	(12).56424	(8).74527	(13).63276	(4).62062	8.13615666	.10	(12).64180
S14 Empleo de sistemas para disminuir ingesta alcohólica	(10).75325	(13).34104	(F2).95079	(8).80782	(6).49614	80.9710203	.001	(13).63369
<i>Rango promedio</i>	48.46	21.92	36.77	46.23	19.62	19.8829	.0005	
<i>Rango promedio</i>	48.08	24.85	43.23	54.92	22.46	21.4200	.0007/(5 gl)	43.46
Comunalidades								
S16 Menos problemas sin alcohol	.77028	.66512	.78230	.76515	.60933	8.88124534	.10	.75346
S15 Limitar ingestión de etanol	.77327	.65527	.81641	.76244	.57536	14.4300908	.01	.75145
S18 Etanol destruye la vida	.76427	.65060	.72804	.79446	.73781	4.16076173	.20	.74734
S23 Bienstar sin beber	.76629	.57081	.70518	.82273	.64540	15.2171707	.01	.74323
S22 Intentar abstinencia	.76060	.48833	.56092	.78428	.66636	24.2329732	.001	.68903
S13 Sentimientos de culpa por beber	.65106	.56921	.54227	.74837	.64492	10.7482074	.10	.66765
S19 Ambivalencia frente a las bebidas etílicas	.55287	.50875	.74319	.65094	.76016	19.2178131	.01	.62211
S6 Pérdida de control en el beber	.59332	.44287	.64916	.61776	.63748	9.37246683	.10	.59278
S21 Problemas conyugales	.61462	.43288	.69562	.57006	.42245	21.7032109	.001	.57478
S4 Amargura por problemas	.44861	.34455	.23945	.69119	.59986	49.5585375	.001	.51588
F5 Más de 300 ml. etanol por día	.58828	.33005	.41797	.55254	.69538	30.5673249	.001	.50835
S20 Incomprendido	.35724	.31837	.58545	.40038	.46793	19.3490563	.01	.41191
S14 Empleo de sistemas para disminuir ingesta alcohólica	.56738	.11631	.91523	.65257	.38782	113.58292	.001	.40157
<i>Rango promedio</i>	35.85	17.92	37.62	42.38	31.23	12.6515	.0131	
<i>Rango promedio</i>	43.46	20.85	45.08	51.08	37.38	13.503	.0191/(5 gl)	39.15

<i>Split-half validation (Holtzman, 1980; Kleteka, 1982)</i>								
% de clasificación correcta del grupo no alcohólico	96.0	93.5	92.2	94.9	78.9	.23561937	.20	94.7
% de clasificación correcta del grupo de sospecha de alcoholismo	96.9	100.0	87.5	93.9	90.0	1.090002776	.20	97.2
% de clasificación correcta del grupo alcohólico	88.3	92.8	87.2	92.4	100.0	1.10084654	.20	91.9
% de clasificación correcta total	94.26	93.97	88.97	94.02	95.65	.27987363	.20	93.83
MÉTODOS DE CONFIABILIDAD								
<i>Consistencia interna: coeficiente α</i>	.9500	.9001	.9296	.9595	.8882	1.51654796	.20	.9463
S16 Menos problemas sin alcohol	.9445	.8872	.9207	.9555	.8743	1.97478885	.20	.9400
S15 Limitar ingestión de etanol	.9444	.8874	.9200	.9556	.8732	2.0059198	.20	.9401
S18 Etanol destruye la vida	.9446	.8873	.9221	.9550	.8657	2.26527223	.20	.9402
S23 Bienestar sin beber	.9446	.8902	.9226	.9545	.8764	1.81447466	.20	.9402
S22 Intentar abstinencia	.9447	.8930	.9263	.9552	.8719	1.94433666	.20	.9414
S13 Sentimientos de culpa por beber	.9469	.8901	.9267	.9558	.8830	1.71523997	.20	.9418
S19 Ambivalencia frente a las bebidas etílicas	.9488	.8925	.9216	.9575	.8678	2.25390123	.20	.9427
S6 Pérdida de control en el beber	.9480	.8942	.9238	.9580	.8780	1.85800247	.20	.9433
S21 Problemas conyugales	.9477	.8946	.9226	.9589	.8823	1.73441349	.20	.9437
S4 Amargura por problemas	.9507	.8979	.9350	.9568	.8818	1.72811359	.20	.9449
F5 Más de 300 ml. etanol por día	.9482	.8984	.9309	.9591	.8769	1.87090759	.20	.9451
S20 Incomprendido	.9523	.8986	.9286	.9615	.8782	1.9714113	.20	.9469
S14 Empleo de sistemas para disminuir ingesta alcohólica	.9486	.9066	.9378	.9575	.8853	1.44772892	.20	.9472
<i>Rango promedio</i>	46.00	28.00	33.00	59.00	7.00	61.6515	.0000	
<i>Rango promedio</i>	57.65	28.00	33.00	72.00	7.00	73.9280	.0000/(5gl)	47.65
<i>División por mitades: correlación entre las formas</i>	.9044	.8091	.8777	.9279	.8085	4.75185931	.20	.8976
<i>Spearman-Brown para colas desiguales</i>	.9501	.8950	.9352	.9628	.8946	1.57436138	.20	.9463
<i>α primer cola</i>	.9117	.8160	.8399	.9302	.7590	7.81330558	.20	.9003
<i>α segunda cola</i>	.9021	.8311	.9040	.9138	.8263	2.89702293	.20	.9002

(Ordenamiento por rango de los reactivos de acuerdo a las cargas factoriales)

Perú, lugares que son ocupados por el mestizo en los tres países restantes. Luego entonces, el ordenamiento de los reactivos logrado con apoyo del análisis factorial^{78,115,118,123, 124,171,174,180,207} tanto en la muestra boliviana y peruana, está dado preponderantemente por el contagio cultural sufrido por los grupos amerindios, como regalo de la modernización, que también ha causado estragos en la salud entre los grupos Atayal, Paiwan y Yami en Taiwan, asociado a la peculiar forma de consumo de bebidas etílicas^{113,114}.

Para reducir el **MALT**, se tomó como parámetro el de un bajo porcentaje de la explicación de la variancia total de los factores extraídos, hallándose, que éste sufrió un incremento, pero ligero después de ejecutar la mencionada manipulación, a pesar de las disimilitudes halladas dentro y entre las muestras, quedando, en este momento, la pregunta abierta acerca de los beneficios alcanzados. Uno de ellos se refiere a que la versión reducida del **MALT** a 13 ítems eliminó las diferencias significativas en los tres indicadores generales de la validez y la confiabilidad, que no pueden tomarse como elementos suficientes y necesarios para truncar con este ejercicio. Por lo tanto, el siguiente cuadro está orientado a cuantificar el beneficio obtenido por esta acción con base en 13 aspectos que pueden medirse los errores en la medición:

El **PDAL** tiende a ofrecer una mayor calidad en la medición que el **MALT**, con base en un menor número de factores y de reactivos; es decir, para extraer el **PDAL** de este ambiente simulado⁹, se requiere de una muestra mínima de 260 probandos, es decir, un 58% menos de sujetos que con el **MALT**, con lo que también se reducen de 9300.00 a 3900.00 dólares concerniente a los gastos de operación para validar y confiabilizar los 13 ítems del **PDAL**, cantidad que se incrementa

a 5187.00 dólares contemplando el 33% de pérdidas^{77,79,82,83,90,100}. Con este resultado se justifica proseguir con el examen del **PDAL**, para introducirlo al mercado hispanoamericano.

En el Cuadro 5 se exhibió la magnitud del coeficiente de Cramer, para simular⁹ la validez por la técnica de criterio exterior en su modalidad de concurrente. Pero este coeficiente de .96585 oculta el comportamiento de las partes, que se visualiza en el Gráfico 1.

Considerando que para situar los puntos de corte, se partió del supuesto, que antes de penetrar con seguridad en la zona de alcoholismo existe una de peligro (sospecha) de alcoholismo, donde ya se presenta un consumo, pero sin establecerse el abuso, que será examinado bajo el paradigma del límite (cf. esquema de diagnóstico con respecto a las zonas de peligro en *Aplicación del MALT* -tabla situada debajo de Gráfico 1-, en el sector donde se describen el material y método empleados en este ejercicio).

Al exponer las bondades y las limitaciones de los instrumentos diagnósticos impuestos en Hispanoamérica, se mencionó que la literatura^{126,213} había sugerido incluir en las exploraciones con instrumentos diagnósticos de alcoholismo otros más para medir la sinceridad en los probandos; por ejemplo, en el estudio mexicano se utilizó la escala L (mentiras, sinceridad) del **Inventario Multifacético de la Personalidad (MMPI-español)**¹⁵⁹, no hallándose diferencias significativas en esta escala en presencia de la división diagnóstica del **MALT**; es decir, todos los probandos eran igualmente mentirosos⁸³. Ahora bien, en caso de seguir las recomendaciones de la literatura^{126,213}, se incrementaría también el costo de operación; por lo tanto, el siguiente cuadro ofrece una solución más económica

CUADRO 6

SIMULACION⁹ DE LAS DISTANCIAS CULTURALES ENTRE LA MUESTRA HISPANO-AMERICANA (PATRON DE ORO^{66-68, 119, 141, 142, 184}) Y CADA UNO DE LAS INTEGRANTES MEDIDAS CON EL PDAL

Matriz de correlación entre las cargas factoriales de los 13 reactivos del PDAL

Levantamiento primario de datos	Mexicano	Ecuatoriano	Peruano	Chileno	Boliviano
Hispanoamericano	.8846/.000	.9835/.000	.3407/.255	.7802/.002	.0000/1.000
Mexicano		.8462/.000	.3956/.181	.7418/.004	-.1648/.590
Ecuatoriano			.3846/.194	.7308/.005	.0000/1.000
Peruano				.2582/.394	-.6978/.008
Chileno					-.0330/.915

Matriz de correlación entre las comunalidades de los 13 reactivos del PDAL

Levantamiento primario de datos	Mexicano	Ecuatoriano	Peruano	Chileno	Boliviano
Hispanoamericano	.8846/.000	.9835/.000	.3462/.247	.7802/.002	.3736/.209
Mexicano		.8462/.000	.4011/.174	.7418.004	1484/.629
Ecuatoriano			.3736/.364	.7308/.005	.3791/.201
Peruano				.2747/.364	-.2088/494
Chileno					.3242/.280

Matriz de correlación entre los coeficientes α de los 13 reactivos del PDAL

Levantamiento primario de datos	Mexicano	Ecuatoriano	Peruano	Chileno	Boliviano
Hispanoamericano	.9339/.000	.9601/.000	.8306/.000	.8017/.001	.6520/.016
Mexicano		.8666/.000	.7727/.002	.8140/.001	.5640/.045
Ecuatoriano			.8198/.001	.7400/.004	.6044/.029
Peruano				.4408/.132	.6850/.010
Chileno					.5034/.079

CUADRO 7
CALEIDOSCOPIO POBLACIONAL

Grupos	Mexicano	Ecuatoriano	Peruano	Chileno	Boliviano
Población (1995)	93 670 000	11 802 000	23 854 000	14 237 000	8 074 000
Amerindio	30% (2)	36.5% (2)	45% (1)	6% (2)	55% (1)
Mestizo	60% (1)	50% (1)	37% (2)	91% (1)	30% (2)
Criollo	7.5% (3)	12.5% (3)	15% (3)	2% (3)	12% (3)
Otros	2.5% (4)	1% (4)	3% (4)	1% (4)	3% (4)
Coeficiente de correlación de Cochran = .3995838			$\chi^2 = 95.0024$; gl = 12; p = .00143305		

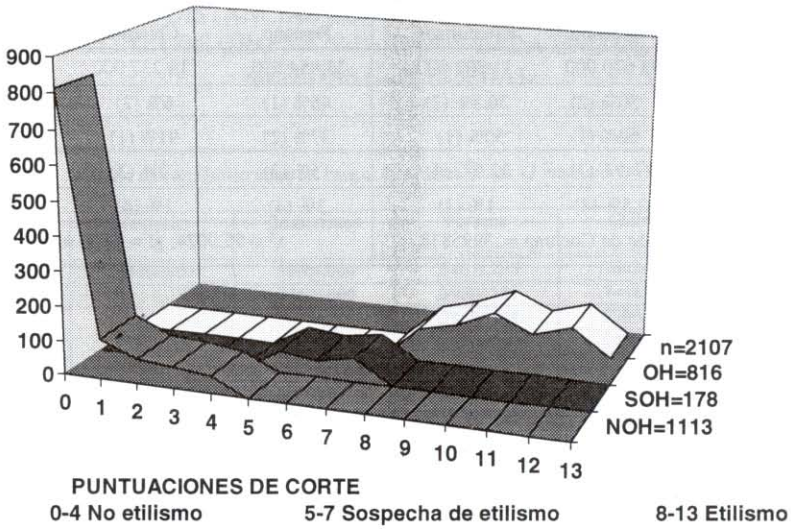
CUADRO 8
MALT vs PDAL

Indicadores	MALT	PDAL	χ^2	p (1gl)
<i>Validez criterio exterior simulado</i> (12): coeficiente Cramer	.92937	.96585	266059504	.20
Número de reactivos	31	13	7.36363634	.01
Número de factores	2	1	.333333333	.20
% total explicación de variancia	51.3	61.4	.905146406	.20
% de clasificación correcta del grupo no alcohólico	92.4	94.7	.02827363	.20
% de clasificación correcta del grupo de sospecha de alcoholismo	73.9	97.2	3.172939801	.05
% de clasificación correcta del grupo alcohólico	90.3	91.9	.014050494	.20
% de clasificación correcta total	90.08	93.83	.076464031	.20
Coeficiente α	.9578	.9463	.026449035	.20
Correlación entre las formas	.8141	.8976	1.39113945	.20
Spearman-Brown para colas desiguales	.8979	.9463	.468189525	.20
α primer cola	.8358	.9003	.830903114	.20
α segunda cola	.9465	.9002	.428468668	.20

GRAFICO 1

EL CRITERIO DIAGNOSTICO DEL PDAL Y EL EXTERIOR SIMULADO⁹

Coeficiente de Cramer = .96585



Diagnósticos	Puntuaciones	NOH		SOH		OH	
		n	%	n	%	n	%
No alcoholismo (NOH)	0	812	73.0	0	0.0	0	0.0
	1	116	10.4	0	0.0	0	0.0
	2	71	6.4	0	0.0	0	0.0
	3	64	5.8	0	0.0	0	0.0
	4	50	4.5	0	0.0	0	0.0
Sospecha de alcoholismo (SOH)	5	0	0.0	62	34.8	0	0.0
	6	0	0.0	48	27.0	0	0.0
	7	0	0.0	68	38.2	0	0.0
Alcoholismo (OH)	8	0	0.0	0	0.0	96	11.8
	9	0	0.0	0	0.0	123	15.1
	10	0	0.0	0	0.0	168	20.6
	11	0	0.0	0	0.0	199	24.4
	12	0	0.0	0	0.0	153	18.8
	13	0	0.0	0	0.0	77	9.4

Coeficiente de contingencia= 81650; significancia aproximada= .0000

para establecer el impacto del falseamiento en la medición por la tendencia a disimular el consumo de etanol, aunado a que ésta se incrementa aún más, cuando se emplean instrumentos autoadministrables, como el **PDAL** a través de abandonar el terreno del análisis univariado (coeficientes de Cramer y de contingencia) y examinar el falseamiento de los probandos con procedimientos multivariados; en este caso, el discriminante^{70,93,94,106,107,110,122,203} dirigido a examinar la homogeneidad de los perfiles diagnósticos.

El efecto del falseamiento fue mínimo, como puede observarse, el porcentaje de clasificación correcta fue muy elevado, ya que sólo un 5.3% intentó esconderse dentro de los 1113 probandos no afectados, pero el análisis discriminante hábilmente los descubrió al demostrar que su perfil, elaborado con los 13 reactivos del **PDAL**, es semejante al que exhibieron los 173 probandos diagnosticados correctamente como sospechosos. En este grupo diagnóstico se puede observar un doble efecto; el primero señala un problema en el **PDAL**, al clasificar en forma incorrecta a 3 probandos, que mostraron un perfil semejante a los no afectados, mientras que dos más, intentaron falsear el **PDAL**, pero su perfil semejante a los afectados los delató. Finalmente, se logró detectar otro problema más en la capacidad diagnóstica del **PDAL**, ya que no alcanzó distinguir al 8.1% de los 816 probandos alcohólicos, como meramente sospechosos. Este resultado demuestra, que el **PDAL** está sesgado a favor de un error tipo β o 2; es decir, diagnosticar como alcohólico a una persona sospechosa, que se traduce en un resultado falso-positivo.

El porcentaje de 93.83 como indicador de la benignidad de la puntuación de corte indica que por cada 100 diagnósticos

elaborados con el **PDAL** corresponde a 6 errores en el diagnóstico (6.17%), siendo menor en la entidad diagnóstica de sospecha de alcoholismo (2.8%), un efecto mediano corresponde al diagnóstico de no afectado (5.3%) y el 8.1% se halla situado en el terreno del alcoholismo. Los resultados expuestos en el cuadro anterior, muestran que esta herramienta multivariada^{70,93,94,106,107,110,122,203} es útil para calcular tanto a nivel general como específico (grupos diagnósticos) el posible porcentaje de falseamiento, sin requerir de utilizar otros instrumentos para detectar este fenómeno, ya que en caso contrario, como en este ejercicio, el **MALT** hubiera tenido que ser aplicado, por ejemplo, con la mencionada escala $L^{83,159}$, que implicaría validarla y confiabilizarla previo a la medición con el instrumento diagnóstico y posteriormente, establecer la validez sostenida^{15,62} en forma semejante a lo expuesto en los Cuadros 4 y 5, donde se examinó este tipo de requerimiento tanto para el **MALT** como el **PDAL** respectivamente, a través de las cinco muestras hispanoamericanas.

¿Cómo diagnostica el PDAL?

Metodológicamente, resta señalar que también se lograron resolver los tres paradigmas marcados por BLUM¹⁴ en 1987: **Paradigma del límite**, para superarlo, el **PDAL** establece el diagnóstico a través de tricotomizar un **continuum**, ubicando a nivel numérico (escalar) la **tierra-de-nadie**, semejante a los síndromes de paso descritos por BLEULER¹³ como término o desenlace de los trastornos psíquicos en el tipo de la reacción aguda, donde habitualmente se hallan tres resoluciones (forzadas para llevar a cabo la analogía):

muerte → transición → control
alcoholismo → sospecha → abstinencia

Empíricamente, se demostró la resolución de este paradigma, al exhibir la utilidad

CUADRO 9

ANÁLISIS DISCRIMINANTE LINEAL ESCALONADO DE LA MUESTRA HISPANOAMERICANA
 VARIABLES INCLUIDAS: 13 REACTIVOS DEL PDAL
 ÚNICAMENTE SE PRESENTAN LOS ÍTEMS QUE MOSTRARON LA MAYOR EFICACIA EN LA
 DIVISIÓN DE LOS PROBANDOS HISPANOAMERICANOS SEGÚN LOS GRUPOS DIAGNÓSTICOS
 ESTABLECIDOS A PRIORI

Reactivos del PDAL	Lambda de Wilks*
S16 Menos problemas sin alcohol	.26618
S18 Etanol destruye la vida	.16785
S19 Ambivalencia frente a las bebidas etílicas	.13125
S22 Intentar abstinencia	.10772
S13 Sentimientos de culpa por beber	.09276
S21 Problemas conyugales	.08358
F5 Más de 300 ml. etanol por día	.07628
S23 Bienestar sin beber	.07135
S6 Pérdida de control en el beber	.06698
S4 Amargura por problemas	.06349
S15 Limitar ingestión de etanol	.06084
S14 Empleo de sistemas para disminuir ingesta alcohólica	.05856
S20 Incomprendido	.05671

*p £ 0.05

Función	Valor propio	% variancia	% acumulativo	Correlación canónica
1*	15.1094	99.38	99.38	.9685
2*	.0947	.62	100.0	.2941

Después de la función	Lambda de Wilks	Chi cuadrado	Grados de libertad	Significancia
0	.056708	6020.935	26	.0000
1	.913529	189.744	12	.0000

Grupos diagnósticos	n	Grupos diagnósticos predichos		
		NOH	S OH	OH
No alcoholismo (NOH)	1113	1054 (94.7)	59 (5.3)	0 (0.0)
Sospecha de alcoholismo (SOH)	178	3 (1.7)	173 (97.2)	2 (1.1)
Alcoholismo (OH)	816	0 (0.0)	66 (8.1)	750 (91.9)

Casos correctamente clasificados

de la tricotomización diagnóstica del PDAL a través de la óptica del método del criterio exterior (cf. Gráfico 1) de la benignidad de la división de los grupos diagnósticos con el análisis discriminante^{70,93,94,106,107,110,122,203} (cf. Cuadro 9).

Paradigma de la comparación; se probó con el siguiente cuadro, que efectivamente no es posible comparar, diagnósticamente

hablando, a una población adulta con una adolescente. En este caso, integrada por estudiantes que ingresaron a las diversas facultades de medicina hispanoamericanas, controlando los países de donde se extrajeron ambas muestras, salvo de Chile, de donde, hasta la fecha, no se ha recibido ninguna muestra de estudiantes, a pesar de haber sido prometidas la de Santiago y la de Concepción⁹⁷:

CUADRO 10

COMPORTAMIENTO DEL DIAGNOSTICO DE ALCOHOLISMO TRICOTOMIZADO ENTRE ADULTOS Y ADOLESCENTES HISPANOAMERICANOS (MEXICO, COLOMBIA, BOLIVIA, ECUADOR, PERU Y CHILE)

a) Población adulta medida en la década de los ochenta y principio de la de los noventa (1980-1995)
(N = 2107)

Diagnósticos	Tasas		Razón	
	Mujeres (n=721)	Hombres (n=1386)	Mujeres	Hombres
No alcoholismo	61.4	38.6	1.593	1
Sospecha de alcoholismo	29.9	70.1	1	2.340
Alcoholismo	7.0	93.0	1	13.358
$\chi^2 = 30.3967$; gl = 2; p = .0000				

b) Población adolescente medida en la década de los noventa (1993-1997)
(N = 3252)

Diagnósticos	Tasas		Razón	
	Mujeres (n=1831)	Hombres (n=1421)	Mujeres	Hombres
No alcoholismo	60.0	40.0	1.498 :	1
Sospecha de alcoholismo	35.1	64.9	1	1.848
Alcoholismo	32.3	67.7	1	2.094
$\chi^2 = 111.20364$; gl = 2; p = .0000				

En ambos grupos etéreos se detecta una semejanza en la razón que corresponde a las poblaciones diagnosticadas como no afectadas por el consumo de etanol, mientras que en las dos entidades diagnósticas

complementarias, el riesgo disminuye para los hombres estudiantes, incrementándose en las estudiantes mujeres que ingresan a las facultades de medicina; por ejemplo, en la población adulta por cada mujer alcohólica,

existen 13 hombres con el mismo diagnóstico, mientras que en la población joven, por cada dos estudiantes hombres existe una estudiante de medicina con problemas de alcoholismo, ¿efecto del contagio psicológico? Sin embargo, independientemente de estos grupos, el mayor riesgo de alcoholismo corresponde a los hombres, mientras que en la entidad diagnóstica de la sospecha de alcoholismo, existe una tendencia al balance de las razones. Estas tasas hablan del elevado riesgo de alcoholismo en la población de estudiantes de medicina hispanoamericanos y la urgencia para implantar y evaluar programas preventivos dentro de estas facultades, sobre todo en las estudiantes mujeres que tienden a ingresar más frecuentemente que los hombres, ¿costo social de la liberación?¹⁶⁷

Paradigma de la definición; se fundamentará que el PDAL define alcoholismo a través del descoyuntamiento de la homeostasis entre las esferas volitiva y vital de los probandos hispanoamericanos.

Este testimonio se basó en las recomendaciones proporcionadas por CADDY y asociados¹⁹ con respecto a emplear la validez (definición) en su modalidad de diferencia de grupos; es decir, se probó el criterio de grupos, que debe diferir en una definición: si esos difieren en la dirección esperada, entonces este apoyo es tomado para determinar validez de la definición del instrumento a prueba. La forma más clara y simple para emplear el criterio de grupos para establecer la definición diagnóstica, es localizar grupos que difieran a lo largo del **continuum** de consumo de alcohol. Sin embargo, existe la dificultad de determinar en forma **a priori**, el consumo relativo de alcohol dentro de un rango normal de consumo de alcohol en la población hispanoamericana examinada.

Para ello se empleó la función del análisis de discriminante^{70,93,94,106,107,110,122,203}, que puede ser utilizada para determinar qué variables dependientes (13 reactivos del PDAL) despliegan el poder más elevado para discriminar entre los grupos (diagnósticos). La fuerza o poder discriminante, representada por el coeficiente de la función discriminante, es determinada para todas las variables dentro del contexto de todas las otras variables. Esto es, los coeficientes de la función discriminante pueden sugerir el **loci** de la diferencia entre grupos diagnósticos multivariados.

Para comprender la definición de la diferencia grupal, se empleó el análisis de la función discriminante para contrastar los tres grupos diagnósticos integrados en forma **a priori**, a través de simular⁹ la puntuación de corte (**cutoff score**⁶⁹) con la validez por criterio exterior, en su modalidad de concurrente (cf. Cuadro 5, primer renglón, con Gráfico 1 y la factorización correspondiente). Este análisis reveló dos funciones discriminantes significativas, resultado del número de grupos predichos **a priori** menos 1 ($n-1 = 3-1 = 2$). Los valores de chi-cuadrado de estas dos funciones discriminantes fueron: $\chi^2=6020.935$, $gl=26$, $p<0.0000$, y $\chi^2=189.744$, $gl=12$, $p<0.0000$. Debido a que cada función discriminante no se encuentra correlacionada con ninguna otra función discriminante, la definición de las diferencias entre los tres grupos diagnósticos puede ser representada en dos dimensiones ortogonales^{70,93,94,106,107,110,122,203}.

En el significado de las dimensiones, trazado por las funciones discriminantes, están implicadas las cargas de los reactivos del instrumento diagnóstico en esas dimensiones, que se encuentran representadas a continuación:

CUADRO 11

ITEMS DISCRIMINANTES DEL PDAL EN LA COMPOSICION DE LOS TRES GRUPOS DIAGNOSTICOS: AUSENCIA, SOSPECHA Y ETILISMO

Reactivos del PDAL	Coeficientes de las funciones discriminantes	
	I	II
S16 Menos problemas sin alcohol	.42675*	-.23386
S18 Etanol destruye la vida	.41507*	-.08731
S23 Bienestar sin beber	.39942*	-.27766
S13 Sentimientos de culpa por beber	.32900*	.24060
S19 Ambivalencia frente a las bebidas etílicas	.30868*	.21720
S6 Pérdida de control en el beber	.28132*	-.11538
S21 Problemas conyugales	.27389*	.24071
F5 Más de 300 ml. etanol por día	.24263*	.15129
S4 Amargura por problemas	.24065	.48643*
S22 Intentar abstinencia	.36060	-.45565*
S15 Limitar ingestión de etanol	.40194	-.41465*
S20 Incomprendido	.19578	.31816*
S14 Empleo de sistemas para disminuir ingesta alcohólica	.19352	.27062*

* Denota la correlación más extensa y absoluta entre cada variable (ítem del PDAL) y la función discriminante^{70,93,94,106,107,110,122,203}

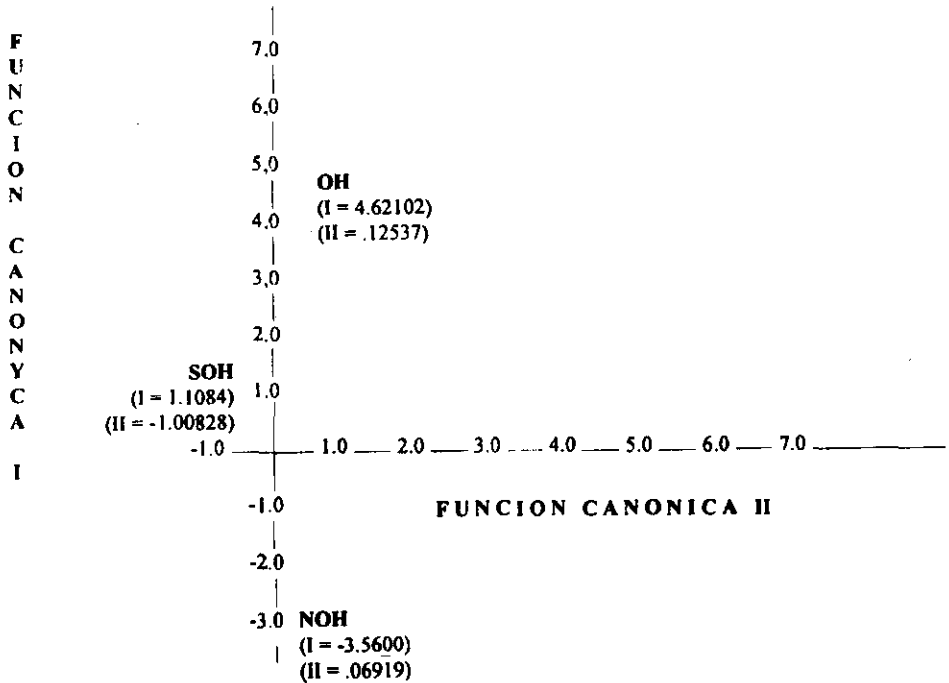
Los centroides de los tres grupos diagnósticos están esquematizados en el espacio de estas dos dimensiones discriminantes^{70,93,94,106,107,110,122,203}, que pueden visualizarse, a su vez, en el Gráfico 2.

Se puede observar en el gráfico anterior que la función discriminante I aparenta definir la dimensión de los patrones de consumo de etanol: cinco de los 8 reactivos tienen una correspondencia con esa variable teórica (cf. Cuadro 1). En resumen, estos probandos estarían ubicados en una dimensión definida como volitiva, ya que a pesar de reconocer que tendrían menos conflictos, además de percatarse del daño que ocasiona a la salud, se muestran ambivalentes, al parecer por haber perdido el control, ambos indicadores de la dependencia a su voluntad de persistir en consumir por arriba de los 300 mililitros de etanol puro en forma cotidiana, que explica, a nivel marginal, su deseo de

sentirse bien sin este consumo, debido a que han sido agobiados por la culpabilidad y por conflictos conyugales. Retrata una situación desesperada para estos sujetos; por ello, como se puede observar en la representación gráfica, el grupo definido como alcohólico (OH) calificó más alto en esta dimensión (4.62102), siguiéndole el de los sospechosos (SOH = 1.1084) y finalmente el de los no alcohólicos (NOH = -3.5600), que al portar el signo negativo, el cuadro descrito, tendría un significado de imagen en espejo. Mientras que la segunda función discriminante podría definir una situación vital, donde se hallan sujetos con un perfil que denota amargura, que los ha llevado a intentar establecer un control sobre el consumo, a través de someterse a ciertos sistemas y secundariamente se han esforzado para, por momentos, abstenerse, que al no ser reconocido por sus allegados, se sienten incomprendidos. Este complejo

GRAFICO 2

CENTROIDES PARA LOS PROBANDOS HISPANOAMERICANOS DIAGNOSTICADOS COMO NO ALCOHOLICOS (NOH), SOSPECHOSOS DE ALCOHOLISMO (SOH) Y ALCOHOLISMO (OH) MEDIANTE EL PDAL



() = Funciones canónicas discriminantes evaluadas con los promedios grupales o centroides grupales

entretimiento podría reflejar el comportamiento del grupo de los sospechosos de alcoholismo (SOH = -1.00828) y el de los alcohólicos (OH = .12537), mientras que el grupo de los no alcohólicos tiene poca participación (NOH = 0.06919).

La definición de estos tres grupos diagnósticos, desplegados en el Gráfico 2 muestran un hallazgo interesante y posiblemente paradójico, debido a que los grupos de sospechosos (SOH) y alcohólicos (OH) son semejantes con respecto al autocontrol

de los patrones de consumo y en las respectivas consecuencias psicosociales que incrementan el riesgo de la dependencia emocional, mientras que en la segunda dimensión ambos grupos muestran una posición diferente: por un lado, el grupo de los alcohólicos percibe la posible afectación de la economía orgánica por ingerir etanol y por el otro, los sospechosos, afirman incomprensión. Mientras que el grupo de los no alcohólicos muestra una actitud neutral en ambas dimensiones, debido a que al consumir poco etanol, no se

han desarrollado los mecanismos para restringir aún más el limitado consumo de bebidas alcohólicas, además no logran percibir que, a pesar de ingerir cantidades pequeñas de alcohol, esto podría afectar, a largo plazo, su vida y su bienestar en caso de no abandonar su patrón de ingesta alcohólica; es decir, mantenerse abstemios, lo que hoy por hoy sigue siendo la medida preventiva más eficiente ^{48,50,51,55,164}.

Variaciones epidemiológicas

Conocidos los errores de la medición del PDAL, así como el probable porcentaje de falseamiento por cada una de las tres entidades diagnósticas, entonces el siguiente

cuadro muestra con satisfacción un comportamiento esperado entre los grupos diagnósticos extremos; esto es, los dos países que mostraron una elevada participación porcentual de no alcohólicos, exhibieron, efectivamente, un esquema contrario en el conglomerado de alcoholismo, que en el de la sospecha, uno de ellos se ubicó por arriba del porcentaje grupal y el otro por abajo. Al estar asegurada esta distribución a nivel estadístico, indica claramente, que el mayor riesgo de etilismo corresponde a los tres países andinos, dos de los cuales, también presentan un elevado riesgo de sospecha.

El primer ordenamiento, se clarifica al situar a la muestra mexicana como preponde-

CUADRO 12

DISTRIBUCION DE LAS ENTIDADES HISPANOAMERICANAS SEGUN LA TRICOTOMIZACION DIAGNOSTICA, ORDENADAS POR RANGOS

No alcoholismo		Sospecha de alcoholismo		Alcoholismo	
		Ecuador	13.1%	Bolivia	74.8%
México	67.1%	México	9.0%	Perú	59.3%
Chile	60.7%	Bolivia	8.7%	Ecuador	52.0%
N = 2107	52.8%		8.4%		38.7%
Perú	35.2	Perú	5.5	Chile	34.2
Ecuador	34.9	Chile	5.1	México	23.9
Bolivia	16.5				

[$\chi^2 = 244.47011$; grados de libertad = 8; $p = .00000$]

[frecuencia esperada <5: 0 de 9 (0.0%)]

N = 2170

Sfx/n PDAL = 4.89

Países	México	Chile	<i>Ecuador</i>	<i>Perú</i>	<i>Bolivia</i>
ãfx/n	3.24	4.21	6.58	6.92	9.39
(Distancia)	(-1.65)	(-.65)	(+1.69)	(+2.03)	(+4.50)

[F = 79.257; grados de libertad = 4; $p = .000$]

rante no alcohólica, mientras que la muestra chilena, a pesar de mostrar un promedio aun por debajo del promedio muestral, pisa el terreno de la sospecha, que también cobija a las muestras ecuatoriana y peruana. La muestra boliviana, en cambio, presentó un promedio del **PDAL** que corresponde al alcoholismo.

Sin embargo, este resultado debe despertar sospecha después de establecer, en el Cuadro 5 complementado con los Cuadros 6 y 7, el efecto de la asimetría cultural, tanto dentro como fuera de las cinco muestras que integraron a la que funge como **patrón de oro**^{66,68,119,141,142,184}; la muestra hispanoamericana. Ante una situación de esta naturaleza, *al mirar con sospecha todo aquello que nuestra mente toma y experimenta con ello gran satisfacción*⁷, se está valiendo de la **pars construens** del método para develar las sombras que podrían confundir las cosas, que corresponde, de la teoría de los ídolos de BACON⁷ (1620; 1561-1626), al de la caverna. Para controlar la **pars destruens**, nuevamente se contemplaron las bondades descritas con respecto a graficar el comportamiento de las muestras de acuerdo a la tricotomización diagnóstica, donde únicamente se incluyeron en el análisis los probandos correctamente clasificados, mediante las dimensiones discriminantes, considerando a los centroides diagnósticos de la muestra hispanoamericana como **patrón de oro**^{66-68,119,141,142,184}:

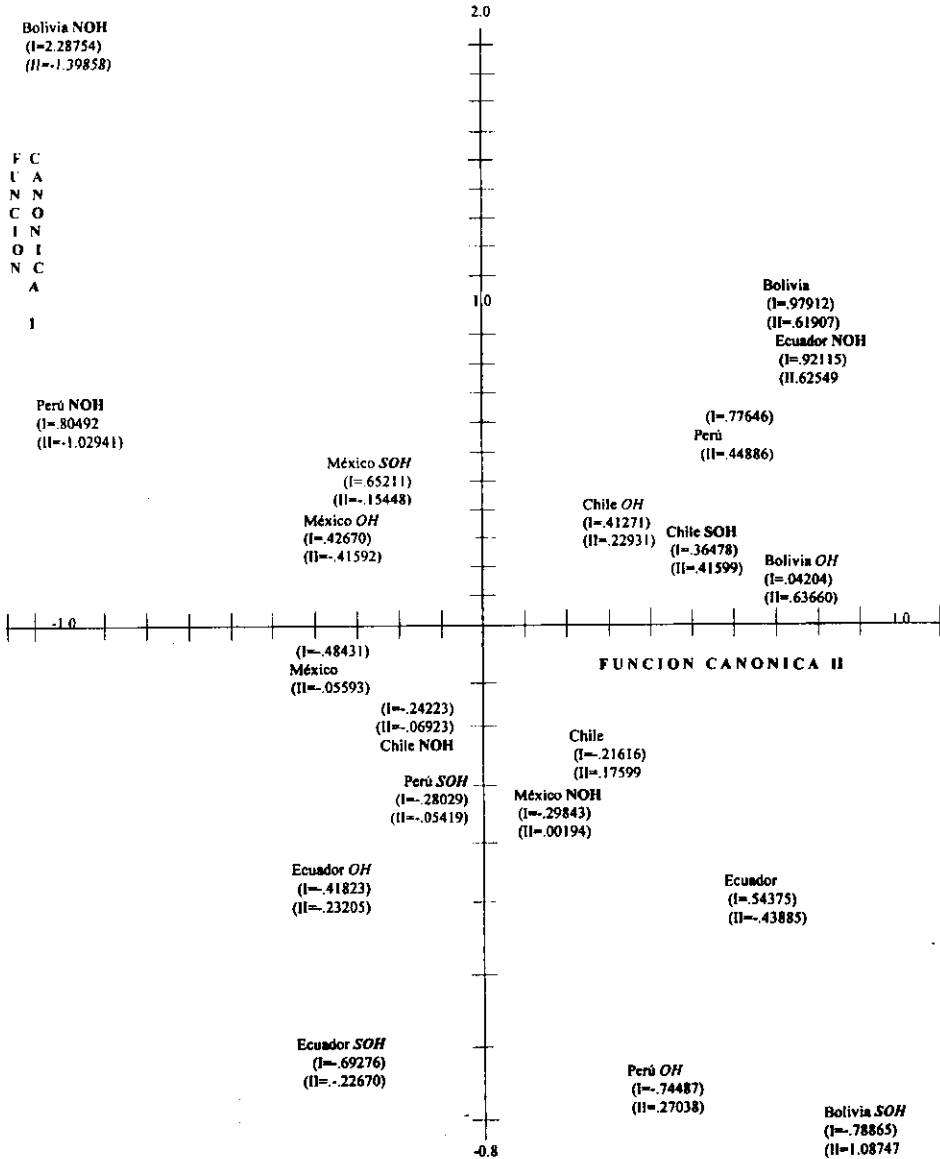
La heterogeneidad demostrada al comparar la distribución de los grupos diagnósticos por cada una de las muestras y éstas con respecto a la distancia que guardan con el **patrón de oro**^{66-68,119,141,142,184}, entre la arrojada por el tercer gráfico y el cuadro 12, demuestra las sombras de los modelos probabilísticos univariados que ocultaban la verdadera, en sí misma hipotética (186), dinámica epidemiológica, que se logró ventilar con los procedimientos multivariados^{70,93,94,106,107,110,122,203}, debido a que tienen la capacidad de pesar los elementos participativos de un cierto

fenómeno, en este caso, el consumo de etanol, mientras que los univariados, al descansar primordialmente sobre modelos heurísticos¹²², por basarse, los procedimientos paramétricos respectivos, en las diferencias entre las medidas de tendencia central y dispersión y los no paramétricos, en la dispersión de las frecuencias (crudas o transformadas) dentro de las celdillas. Este gráfico, además de salvar el efecto de los ídolos de la caverna⁷, permitió el siguiente arreglo de las cifras transformadas en una medida de resumen^{76,100,172}, controlando y sin esta acción sobre la tricotomización diagnóstica del **PDAL**:

El bajo porcentaje de clasificación correcta es indicativo de un rico intercambio transhispanoamericano entre las diversas formas de consumir bebidas etílicas, que de acuerdo a sus distancias (clasificación correcta) se podrían llevar a cabo estrategias tanto preventivas como terapéuticas de manera conjunta; por ejemplo, fuera de lo esperado, en compartir este tipo de programas, se halla el 25.6% de chilenos alcohólicos diagnosticados como alcohólicos bolivianos, quienes fueron tipificados correctamente como tales con el 36.0%, mientras que otro programa compartido sería entre el perfil delineado con siete de los 13 reactivos del **PDAL** al 35.4% de chilenos alcohólicos y el 22.1% de alcohólicos bolivianos perfilados como alcohólicos chilenos. Otro enlace concierne entre las muestras chilena y mexicana, donde la primera comparte un perfil semejante con la segunda en dos aspectos epidemiológicos: muestras totales y diagnosticados como no afectados, para programas de prevención primordialmente primaria. Se puede omitir toda un vertiginosa descripción, observando el acomodo de los conglomerados en los cuatro cuadrantes del tercer gráfico, que podría fungir como primer registro, cuyo comportamiento sería contrastado con las modificaciones surgidas, después de

GRAFICO 3

CENTROIDES PARA LOS PROBANDOS HISPANOAMERICANOS DIAGNOSTICADOS COMO NO ALCOHOLICOS (NOH), SOSPECHOSOS DE ALCOHOLISMO (SOH) Y ALCOHOLISMO (OH) MEDIANTE EL PDAL SEGUN PAISES



() = Funciones canónicas discriminantes evaluadas con los promedios grupales o centroides grupales

operacionalizar²⁹ las intervenciones preventivas pertinentes y de acuerdo a las distancias entre ambos registros se determina el alcance de los niveles de efectividad, favoreciendo la próxima toma de decisiones bajo la norma de los estudios empíricos de seguimiento.

CONCLUSION

Comercialización

Por el robusto⁶⁵ control de calidad a que fue sometido el PDAL (cf. Anexo I), se recomienda para 13 aplicaciones¹⁰¹:

Usuarios y servicios

Considerando la estructura del PDAL, éste puede ser empleado por una gama de profesionales que trabajan en el terreno del alcoholismo: psicólogos, sociólogos, antropólogos e inclusive legos. Esta prueba diagnóstica también podría ser utilizada por personas que deseen establecer si su comportamiento frente a la bebida alcohólica ha penetrado en el terreno considerado como patológico y, en caso que sea positivo, puedan buscar apoyo adecuado tanto a nivel profesional, como en las agrupaciones no profesionales de autoayuda.

CUADRO 13

CLASIFICACION CORRECTA DE LOS INTEGRANTES DE LAS CINCO MUESTRAS (en porcentajes)

Muestras/diagnósticos (PDAL)	Número de casos	Mexicana	Ecuatoriana	Peruana	Chilena	Boliviana	Clasificación correcta total
Mexicana	714	72.0	10.8	5.5	3.5	8.3	40.25
No alcoholismo	479	91.2	5.8	1.3	0.0	1.7	46.63
Sospecha	64	70.3	7.8	14.1	4.7	3.1	48.31
Alcoholismo	171	38.6	11.7	12.9	21.6	15.2	36.03
Ecuatoriana	481	25.4	35.6	20.8	5.0	13.3	
No alcoholismo	168	48.2	33.9	5.4	0.0	12.5	
Sospecha	63	15.9	46.0	19.0	7.9	11.1	
Alcoholismo	250	17.6	28.0	28.8	14.8	10.8	
Peruana	145	22.8	13.1	46.9	3.4	13.8	
No alcoholismo	51	54.9	2.0	27.5	0.0	15.7	
Sospecha	8	25.0	25.0	37.5	0.0	12.5	
Alcoholismo	86	12.8	12.8	55.3	9.3	9.3	
Chilena	652	58.7	9.2	6.4	6.7	18.9	
No alcoholismo	396	89.4	3.3	0.3	0.0	7.1	
Sospecha	33	48.5	12.1	21.2	12.1	6.1	
Alcoholismo	223	17.9	10.3	10.8	35.4	25.6	
Boliviana	115	9.6	12.2	28.7	5.2	44.3	
No alcoholismo	19	15.8	10.5	15.8	0.0	57.9	
Sospecha	10	10.0	0.0	30.0	10.0	50.0	
Alcoholismo	86	10.5	4.7	26.7	22.1	36.0	

El instrumento diagnóstico aquí expuesto se encuentra fuertemente vinculado con la externación de FEUERLEIN⁵⁵ y PACURUCU¹⁶⁴ con respecto a que es altamente deseable iniciar el tratamiento en un tiempo óptimo; sin embargo, muchos alcohólicos (sin dependencia física) al inicio de la enfermedad, no se encuentran motivados a participar en el tratamiento, debido a que las alteraciones aún son débiles (poco ostensibles) y además, el refuerzo positivo del consumo de alcohol oculta las consecuencias negativas, por lo que el tratamiento frecuentemente se inicia cuando el abuso (no la dependencia física) ha llegado a tal extremo, que ha alterado la economía del individuo.

Asimismo, es necesario recalcar el uso de instrumentos diagnósticos como el **PDAL**, ya que muchos alcohólicos sin la evidencia psicobiológica (dependencia física) anotada por VELASCO^{209,210}, ingresan a los hospitales generales públicos y privados, debido a los trastornos consecuentes de la ingestión de las bebidas etílicas, donde usualmente se omite el diagnóstico de alcoholismo; es decir, son diagnosticados de tal forma que ocultan el fondo alcohólico de los padecimientos evidentes.

El panorama **nefasto** (desalentador) apuntado también se refleja en los hospitales psiquiátricos, donde entre el 20 y 30% de los alcohólicos ingresan debido a las alteraciones psiquiátricas y/o neurológicas también producto del abuso de bebidas etílicas, pero son diagnosticados con otros padecimientos psiquiátricos.

Finalmente, se ha observado que un elevado número de alcohólicos no reciben el tratamiento idóneo, debido a que no fue reconocida en forma adecuada la enfermedad de alcoholismo; por ello, se recomienda utilizar el **PDAL** en forma rutinaria en:

1. Hospitales generales privados y públicos con propósitos orientadores.
2. Servicios de recepción de pacientes (urgencias) de los hospitales psiquiátricos privados y públicos.
3. Consulta externa e internamiento y con fines terapéuticos.
4. Cualquier servicio de urgencias, para la toma de decisión, se sugiere considerar las bondades que ofrecen los cuestionarios cortos como el **PDAL**. En caso de que los pacientes presenten trastornos de la conciencia y estén acompañados por familiares y/o allegados (cercanos), se podrán dirigir las preguntas a ellos y posteriormente, al mejorar las condiciones mentales del paciente, se deberán verificar.
5. Servicios de consulta externa (centros de salud) de medicina general, durante la espera del turno, los pacientes (y los familiares acompañantes) podrán responder los 13 ítems del **PDAL** y si existe la evidencia diagnóstica, podrán ser remitidos a la consulta especializada, donde con apoyo de los reactivos contestado en forma afirmativa, se favorece la orientación terapéutica.
6. Consultorios privados de medicina general, interna y de especializaciones, incluyendo la de psiquiatría, está indicado aplicar en la sala de espera el **PDAL**.
7. Consultorios privados de los profesionales de la psicología con fines orientadores, se recomiendan el uso del **PDAL**.
8. Procuradurías y delegaciones policiales se podrá utilizar el **PDAL** para fines presuncionales⁹⁵, debido al bajo efecto que produce el falseamiento (6.17%):

por cada 100 diagnósticos elaborados con el PDAL, 6 corresponde a errores en el diagnóstico, que representan las siguientes cargas porcentuales, según entidad diagnóstica:

Grupos diagnósticos	No alcoholismo	Sospecha alcoholismo	Alcoholismo
No alcoholismo		5.3	
Sospecha alcoholismo	1.7		1.1
Alcoholismo		8.1	

9. En el terreno laboral y a nivel de exploraciones de **rutina** en la medicina del trabajo con propósitos preventivos, se recomienda utilizar el PDAL. Si se presentan diagnósticos positivos, el personal de psicología podrá utilizar los reactivos para orientar y evaluar las estrategias terapéuticas.

10. En los procesos de selección de personal^{86,87,101}.

11. En situaciones de autodiagnóstico está indicado el PDAL. También en los grupos de antialcohólicos o cualquier agrupación de autoayuda se recomienda emplear este instrumento, debido a que las respuestas positivas podrán ser discutidas a nivel grupal.

12. Para realizar peritajes tanto por parte del representante del Estado (Ministerio Público) como por parte de la defensa, se debe utilizar el PDAL, debido a que controla en forma vigorosa las tendencias de falseamiento^{80,95,101}. En este renglón se debe enfatizar la recomendación de emplear la entrevista estandarizada^{15,62,121} en personas que presenten limitaciones sociomédicas: analfabetismo y analfabetismo funcional o alteraciones visuales.

13. Como apoyo para las investigaciones científicas, el PDAL es una herramienta útil en los estudios exploratorios y evaluativos con respecto a medir la efectividad de estrategias preventivas a nivel extramuros. También se recomienda para ejecutar estudios confirmatorios extramurales y en los procesos de evaluación terapéutica (estudios de seguimiento¹²⁸). Para realizar estudios transhispanoamericanos^{72-75,77,85,88-90,92,94,98,101} el PDAL es recomendable por su bajo costo de operación: 3900 dólares (aplicar el MALT cuesta 9300 dólares). Si el estudio incluye muestras europeas, el **Índice Transcultural de Alcoholismo (ITA)**^{98,101} con sus cuatro potentes reactivos es el instrumento diagnóstico ideal: costo de operación 1200 dólares; esto es, los instrumentos se deberán utilizar según la orientación de la hipótesis.

Advertencia

Siempre se debe emplear la entrevista estandarizada^{15,62,121} en personas que presenten limitaciones en la esfera social (analfabetismo y analfabetismo funcional) y/o médica (alteraciones visuales).

*Automatización diagnóstica*¹⁰¹

Para el usuario interesado, en el manejo codificado de la información, se ha dispuesto un sencillo programa diagnóstico (patente en trámite), que puede utilizarse en disco duro o blando; es decir, una vez obtenida la información a través de cualquiera de los cinco instrumentos dispuestos, los datos son capturados y al finalizar esta operación (con ítems validados y confiables) de inmediato se obtendrá el diagnóstico sin realizar las molestas sumas implícitas en el PDAL. Los casos podrán ser archivados en forma sencilla y en espacio reducido; con fines de análisis de la clientela, el profesional podrá imprimir

el(os) caso(s). Asimismo, si se desea emplear alguno de los instrumentos incluidos en el programa para realizar investigaciones, se ha contemplado la transformación al código ASCII para facilitar el manejo de los datos con la usual paquetería (enlatada) estadística¹⁰¹. Para este caso se incluyeron en el disquete los programas de rutina para el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS y SPSSx) para mini, macro y super computador. Esto es, mediante un programa de transferencia, por ejemplo, FTPUTILITY o COMMAND se pueden transferir la base de datos y el programa correspondiente, para ser enlazada con el paquete estadístico.

Para utilizar estos programas, que están dispuestos en tres idiomas: español, inglés y alemán, únicamente es necesario seguir lo indicado en tres diagramas de flujo, de acuerdo a las actividades que se desea realizar¹⁰¹:

Altas Consultas Reportes

La verdadera historia

Evidentemente, el PDAL, en contraste con los instrumentos examinados tanto fuera^{2,10,17,20-22,45,47,49,51-53,54,56,102,106,116,127,130,133,134,136-140,155,156,168,174,179,181-183,185-187,197-199,200-202,213} como dentro^{8,12,18,23,24,25,28,32-34,36,44,63,64,77,144-150,162,165,191,194} de la cosmogonía¹ hispanoamericana, es útil, además de presentar en forma prolija todas sus características para que el usuario, al comparar los errores de la medición del PDAL con el patrón de oro^{66-68,119,141,142,184} marcado por la teoría de los tests (teoría de la medición) en forma minuciosa y de acuerdo a la distancia que halle, pueda sesgar, con base empírica, su decisión.

Al margen de las bondades del PDAL, su origen se peculiariza por una sucesión de asociaciones azarosas, que se inició en 1978 en la consulta externa del Instituto Max-

Planck para Psiquiatría en la que a diferencia de otras instancias clínicas, el mayor peso del quehacer se encontraba en establecer el diagnóstico en aquellos casos que presentaban signos y síntomas difusos, favoreciendo un amplio desarrollo de pruebas dirigidas a entretejer los elementos objetivos y subjetivos de acuerdo a su jerarquía dentro de un contexto teórico con error conocido (cuantificado) y esto permitía orientar la terapéutica correspondiente. Dentro de este arsenal diagnóstico se encontraba el **Münchener Alkoholismus-Test (MALT)** (Test de Alcoholismo Munich), que en contraste con los instrumentos combinados que ofrecía el mercado^{8,20-22,46,47,49,51,53,54,155,156,182}, preponderantemente angloamericanos, éste mostraba una capacidad de discriminar en forma sencilla entre sujetos afectados y no afectados en un colectivo inespecífico de pacientes que acudían a este centro diagnóstico.

La instrumentación implica una inversión de recursos financieros nada despreciable para armar una infraestructura de recursos humanos altamente habilitados para la construcción de instrumentos diagnósticos, incrementándose el costo en forma notable en la fase final para establecer los errores en la medición, que en contraste con los países marcados por una elevada **deuda histórica**, al distraer medios económicos para remediar los perjuicios asociados a la brutal explotación sufrida, hoy por hoy no pueden secundar la propuesta de DÍAZ-GUERRERO³⁸ de que *Iberoamérica debe despojarse de psicologías (psiquiatras) provenientes de Europa o de Angloamérica y se desarrollen concepciones propias respecto a la estructura, funcionamiento y características específicas de las personalidades (psicopatologías) de nuestros pueblos* y esta observación explica la dicotomización cultural-científica discutida por SNOW¹⁹² en relación a la descapitalización intelectual que sufren los

países importadores crónicos de chatarra científica, que al adoptarlos y adaptarlos no están dispensados de efectuar inversiones importantes¹⁵². Esta situación desventajosa invita a modificar las estrategias para apoyar al quehacer científico hispanoamericano, primero a llevar a cabo una investigación para determinar las prioridades y en segundo término apoyar pocas investigaciones pero rigurosas⁶⁵ en la utilización del método científico, que no es infalible, pero minimiza el sesgo implícito en el sentido común, debido a que el control de calidad implica un gasto considerable de capital. Si no se logra implantar esta actitud, los científicos hispanoamericanos no abandonarán su adoración al **patrón-de-oro**^{66-68,119,141,142,184}, concerniente, sobre todo, al quehacer científico angloamericano.

El descrito sombrío enmarcamiento también se refleja en este ejercicio, donde se ofrece el **PDAL** como instrumento diagnóstico de alcoholismo transferido¹⁵² del área alemana y uno de ellos, el **MALT**, que requirió de una inversión de 13 años para aplicarlo en 4 países hispanoamericanos^{71,73,77,82,83,90,41,42,99,101,132,161,163,211,212} y cinco más para lograr la muestra boliviana, mientras que el desarrollo del instrumento importado únicamente requirió de tres años para situarlo en el mercado. Este subproducto **PDAL** se originó al demostrar empíricamente que no fue posible generalizar la teoría explícita del **MALT**^{117,219-223} en el ámbito hispanoamericano y este resultado además favoreció indagar sobre el estado actual teórico del alcoholismo, que está rodeado por un importante número de hipótesis inseguras, que a nivel de dos simulacros⁹, uno popperiano¹⁷⁰ y el otro con un modelo de análisis de relaciones estructurales lineales [**L**inear **S**tructural **REL**ationship (**LISREL**)¹⁹³] fueron dispuestos para establecer si efectivamente podían demostrar la existencia de un contenido

empírico en el cálculo lógico abstracto y así convertirse en teoría. La hipótesis nula⁹⁶, en ese ensayo, no fue refutada¹⁰¹.

Las situaciones apuntadas en este ejercicio llevaron a intentar operacionalizar²⁹ el deseo externado en 1822 por HUMBOLDT¹⁵¹ con respecto a que *ich habe ein grosses Projekt eines grossen Zentralinstituts der Wissenschaften in Mexiko-Stadt für das ganze freie Amerika* invitando a los lectores a través de la **Revista de Neuro-Psiquiatría**, que al haber cumplido por espacio de 60 años con la tarea de difundir la cultura científica psiquiátrica en toda Hispanoamérica⁸⁴, a actualizar el anhelo de HUMBOLDT¹¹¹ (1769-1859) conjugándolo con la propuesta de DÍAZ-GUERRERO³⁸: construir un verdadero instrumento diagnóstico de alcoholismo con la participación de cada uno de los lectores de la **Revista**, consistente en transmitir su conocimiento diagnóstico mediante, por ejemplo, cinco reactivos (preguntas, ítems, etc.), que permitan distinguir entre sujetos afectados, sospechosos y no afectados por el consumo de bebidas alcohólicas dentro de la cosmogonía hispanoamericana, tanto para adultos como para adolescentes⁹⁷; asimismo, en caso de emplear instrumentos, se le solicita enviar un ejemplar y si existe, la publicación correspondiente, para conocer sus medidas de seguridad diagnóstica (validez y confiabilidad), que se complementa con la petición de también algunos factores de riesgo, dicotomizándolos en ambas agrupaciones etáreas: adolescentes y adultos. Ahora bien, terminada esta labor, el lector únicamente tiene que separar el formato de colección de datos y enviarlo por correo (cf. Anexo II). Se tiene planeado esperar un año; al cabo del cual, se examinará la consistencia de los reactivos entre los participantes, empleando la técnica de validez de contenido y una vez construido, a cada participante se le enviará el instrumento para que lo utilice en su práctica diaria hasta completar la muestra mínima requerida para validarlo y confia-

bilizarlo⁸¹ y luego los envíe como tales o en una base de datos previamente diseñada, para examinar, a nivel empírico, su calidad diagnóstica. Evidentemente, en la publicación correspondiente, cada uno de

los participantes tendrán el crédito respectivo, iniciándose el orden de los autores de acuerdo a la primera letra del apellido. Este intercambio, está vinculado con lo referido a la base de datos itinerante.

ZUSAMMENFASSUNG

Während 18 Jahren wurden die 31 Fragen des Münchner Alkoholismus Test (MALT) an einer 2107 grossen hispano-amerikanischer Stichprobe angewandt (714 Mexikaner, 481 Ecuadorianer, 145 Peruaner, 652 Chilenen und 115 Bolivianer). Da die explizite theoretische Struktur des MALTs nicht aufrechterhalten wurde, wurde es auf 13 Fragen eingeschränkt, mit dessen der Lateinamerikanischer Diagnosetest für Alkoholismus (PDAL) entstand, der die folgende Werte erreichte: der Cramer Koeffizient .96585 entspricht eine simulierte gleichausgehendes Aussenkriteriumsgültigkeit. Die 13 PDAL Fragen wurden unter nur einem Faktor gestellt, der ein Eigenwert von 7.97954 zeigte und den 61.4% der ganzen Varianz erklärte. Die insgesamt richtige Falleinstufung, nach dem drei Diagnoseschlüssel, wurde mit dem 93.83% gekennzeichnet, während der Niedrigsten, die Diagnose von Alkoholismus bedingt (91.9%), 94.7% betrifft den Nichtalkoholismus und 97.2% den Verdacht auf Alkoholismus. Im Zusammenhang mit der Zuverlässigkeit, der a Koeffizient der inneren Konsistenz war hoch (.9463). Im Rahmen der gespaltene Reliabilität, zeigte der PDAL eine Korrelation von .8976 zwischen den Formen, der Spearman-Brown Koeffizient für ungleiche Teile erreichte .9463, sowie einen a Koeffizient von .9003 für den ersten Teil und einen von .9002 für den Zweiten. Festgestellt wurde, dass der PDAL, im hispano-amerikanischen Gebiet, misst was es messen soll und ist auch gleichzeitig, zuverlässig.

BIBLIOGRAFIA

1. ABBAGNANO, N. (1995): *Diccionario de filosofía*. Fondo de Cultura Económica, México, D.F.-
2. ALKOHOL - DROGEN - MEDIKAMENTE - TABAK DOKUMENTATION. (1976): *Bayerisches Staatsministerium des Innern y Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung. München.*-
3. (4) AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1981): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-III*. American Psychiatric Association, Washington.-
4. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1987): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (Tercera edición revisada). American Psychiatric Association, Washington.-
5. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV*. (Cuarta edición). American Psychiatric Association, Washington.-
6. BALES, R.F. (1946): "Cultural differences in rates of alcoholism". *Q. J. Stud. Alcohol*. 6: 480-499.-
7. BACON, F. (1982): *Escritos pedagógicos*. Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F.-
8. BABOR, T., DE LA FUENTE, J., SAUNDERS, J. & GRANT, M. (1989): *The Alcohol Use Disorders Identification Test. AUDIT*. WHO, Geneve.-
9. BAURILLARD, J. (1987): *Cultura y simulacro*. Editorial Kairos, Barcelona.-
10. BERNADT, M.W., MUMFORD, J. & MURRAY, R.M. (1984): "A discriminant-function analysis of screening test for excessive drinking and alcoholism". *J. Stud. Alcohol*. 45: 81-86.-
11. BERRY, J.W. (1980): "Introduction to methodology". H.C. Triandis y J.W. Berry (Eds). *Handbook of cross-cultural psychology*. Vol. 2

- Methodology. Allyn y Bacon, Boston.- 12. BIALIK, R. (1983): "El consumo de alcohol en Tepito". P.V. Molina, V.L.A. Berruecos y M.L. Sánchez (Eds). *El alcoholismo en México. II. Aspectos sociales, culturales y económicos*. Fundación de Investigaciones Sociales, México, D.F..- 13. BLEULER, M. (1968): "Desarrollo y estado actual de nuestros conocimientos". M. Bleuler, Willi, J. & Buhler, H.R. (Eds). *Síndromes psíquicos agudos en las enfermedades somáticas*. Ediciones Morata, Madrid.- 14. BLUM, R.W. (1987): "Dependencia química en los adolescentes: Problemas de diagnóstico y de tratamiento". *Clinic Pedia North Amer.* 2:565-580.- 15. BORTZ, J. (1984): *Lehrbuch der empirischen Forschung*. Springer Verlag, Berlin.- 16. BREUER, R. (1981): "Rückbezüglichkeit in der Literatur: Am Beispiel der Romantrilogie von Samuel Beckett". P. Watzlawick (Ed). *Die erfundene Wirklichkeit*. Piper Verlag, München.- 17. BUSH, B., SHAW, S., CLEARY, P., DELBANCO, T.L. & ARONSON, M.D. (1987): "Screening for alcohol abuse using the CAGE Questionnaire". *Am. J. Med.* 82: 231-235.- 18. CABILDO, A.H.M., SILVA, M.M. & JUAREZ, J.H. (1969): "Encuesta sobre hábitos de ingestión de bebidas alcohólicas". *Rev. Salud Púb. Méx.* 11: 159-169.- 19. CADDY, G.R., GOLDMAN, R.D. & HUEBNER, R. (1976): "Grup difference in attitudes towards alcoholism". *Addic. Behav.* 1:281-286.- 20. CAHALAN, D. & CISIN, I.H. (1968): "American drinking practices". *Q. J. Stud. Alcohol.* 29: 130-151, 642-656.- 21. CAHALAN, D., CISIN, I.H. & CROSSLEY, H. (1969): *American drinking practises: A national study of drinking behavior and attitudes*. New Brunswick Press, New York.- 22. CAHALAN, D. (1970): *Problems drinkers*. McAllen, San Francisco.- 23. CALDERON, N.G. (1982): "Respuesta de la comunidad a los problemas relacionados con el alcohol". P.V. Molina y M.L. Sánchez (Eds). *El alcoholismo en México. I. Patología*. Fundación de Investigaciones Sociales, México, D.F..- 24. CALDERON, N.G. (1983): "Contribución de la psiquiatría comunitaria para la atención integral del alcoholismo". P.V. Molina, V.L.A. Berruecos y M.L. Sánchez (Eds). *El alcoholismo en México. II. Aspectos sociales, culturales y económicos*. Fundación de Investigaciones Sociales, México, D.F..- 25. CAMPILLO, C., DÍAZ, N., ROMERO, M., VILLATORO, J., NAVA, A., RESÉNDIZ, A., PARRA, M., SÁNCHEZ, L. & CERRUD, J. (1990): "Comparación de hábitos de vida en pacientes abstemios y bebedores". *Rev. Salud Pub. Méx.* 6: 685-692.- 26. CARMINES, G.C. & ZELLER, R.A. (1982): *Reliability and validity assessment*. Sage University Paper series on Quantitative Applications in the Social Sciences, 07-017. Sage Publications, Beverly Hills.- 27. CASTAÑEDA, S. (1996): *Revisión analítica de los documentos incluidos en los proyectos apoyados por CONACYT y DGAPA*. Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F. (manuscrito no publicado).- 28. CASTELLANOS, M.E. & GUTIERREZ, J.D. (1986): *Estudio comparativo entre trabajadores alcohólicos y no alcohólicos dentro en una empresa*. Tesis que para obtener el título de licenciado en psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F..- 29. CASTRO, L. & GORENC, K-D. (1996): "Una nota sobre la expansión lógica del trinomio planeación, operación y evaluación". *Extensiones* 1-2: 94-99.- 30. CLARK, P. (1994): "Metaanálisis". A. Moreno, F. Cano & H. García (Eds). *Epidemiología clínica*. Interamericana-McGraw-Hill, México.- 31. CUESTIONARIO PARA LA INVESTIGACIÓN SOBRE HÁBITOS DE BEBIDA EN UNA ZONA RURAL DE MÉXICO (1970): Cuestionario no publicado, México, D.F..- 32. CUESTIONARIO DE LO QUE SE ESPERA DEL ALCOHOL (1970): Cuestionario no publicado, México, D.F..- 33. CUESTIONARIO DE OPINION EL CONSUMO DE ALCOHOL (1970): Cuestionario no publicado, México, D.F..- 34. CUESTIONARIO SOBRE EL CONSUMO DE ALCOHOL (1980): Cédula II indicadores indirectos. (Cuestionario no publicado). Instituto Mexicano de Psiquiatría, México, D.F..- 35. CUESTIONARIO SOBRE EL CONSUMO DAÑINO DE ALCOHOL (1990): México, D.F.: Estudio Organización Mundial de la Salud e Instituto Mexicano de Psiquiatría. (Cuestionario no publicado). Instituto Mexicano de Psiquiatría, México, D.F..- 36. DE WITTE-GREENE, A. (1986): *Programa contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas*. Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud, México, D.F..- 37. DEGKWITZ, R., HELMCHEN, H., KOCKOTT, G. & MOMBOUR, W. (1980). *Diagnoseschlüssel und Glosar psychiatrischer Krankheiten WHO-ICD-9. Revision*. Springer Verlag, Berlin.- 38. DÍAZ-GUERRERO, R. (1971): "La enseñanza de la investigación en psicología en Iberoamérica: Un paradigma". *Rev. Latin. Psicol.* 3: 5-36.- 39. DÖRR, O. (1995). *Psiquiatría antropológica: contribuciones a una psiquiatría de orientación fenomenológica-antropológica*. Editorial Universitaria, Santiago de Chile.- 40. EDWARDS, G. & GROSS, M. (1976): "Alcohol dependence: Provisional description of a clinical

- syndrome". *Brit. Med. J.* 1: 1058-1061.- 41. EDWARDS, G., GROSS, M.M., KELLER, M., MOSER, J., ROOM, R. (1977): *Alcohol-related disabilities*. Offset Publication No. 32. WHO., Geneve.- 42. EDWARDS, G. (1986): "The alcohol dependence syndrome: A concept as stimulus to enquiry". *Brit. J. Addic.* 81: 171-183.- 43. EINHORN, H. J. & HOGARTH, R. M. (1978): "Confidence in judgment: Persistence of the illusion of validity". *Psychol. Rev.* 5: 395-416.- 44. ENCUESTA NACIONAL DE ADICCIONES. (1990): Dirección General de Epidemiología e Instituto Mexicano de Psiquiatría, México, D.F.- 45. FEUERLEIN, W., KÜFNER, H., RINGER, C. & ANTONS, K. (1976): "Kurzfragebogen für Alkoholgefährdete (KFA): Eine empirische Analyse". *Arch. Psychiat. Nervenkrank.* 222: 139-152.- 46. FEUERLEIN, W., RINGER, C., KÜFNER, H. & ANTONS, K. (1977): "Diagnose des Alkoholismus: Der Münchner Alkoholismus-Test. Münchner". *Med. Woch.* 119: 1275-1282.- 47. FEUERLEIN, W., RINGER, CH., KÜFNER, H. & ANTONS, K. (1978): "Diagnosis of alcoholism: The Munich Alcoholism Test (MALT)". Ponencia presentada durante la *Medical-Scientific Conference, NCA Forum*, St. Louis, Missouri.- 48. FEUERLEIN, W. (1979): *Alkoholismus: Missbrauch und Abhängigkeit*. Thieme Verlag, Stuttgart.- 49. FEUERLEIN, W., KÜFNER, H., RINGER, CH. & ANTONS, K. (1979): *Münchner Alkoholismus-Test (MALT): Manual*. Beltz Verlag, Weinheim.- 50. FEUERLEIN, W. (1982): *Alkoholismus: abuso y dependencia*. Salvat Editores, Barcelona.- 51. FEUERLEIN, W. (1984): *Alkoholismus: Missbrauch und Abhängigkeit*. Thieme Verlag, Stuttgart.- 52. FEUERLEIN, W. & STAMM, D. (1985): "Erkennen des Alkoholikers unter spezieller Berücksichtigung der Laborbefunde". *Unfallund Sicherheitsforschung Strassenverkehr*. Kogressbericht 1985 der Deutschen Gesellschaft für Verkehr von der Bundensanstalt für Stassenwesen, München.- 53. FEUERLEIN, W. (1987): "Zur Diagnostik des chronischen Alkoholismus". *Öffent. Gesundheits.* 49: 522-527.- 54. FEUERLEIN, W. (1988): "Zur Definition und Diagnostik des Alkoholismus". *Internist.* 29: 301-306.- 55. FEUERLEIN, W. (1989): "Aktuelle Beiträge zur Definition und Therapie der Alkoholkrankheit". *Neuropsychiat.* 1: 7-12.- 56. FEUERLEIN, W., KÜFNER, H., HAF, C.-M., RINGER, CH. & ANTONS, K. (1989): *Kurzfragebogen für Alkoholgefährdete: Manual*. Beltz Verlag, Weinheim.- 57. FEYERABEND, P. K. (1974): *Contra el método*. Editorial Ariel, Barcelona.- 58. FEYERABEND, P. K. (1980): *Erkenntnis für freier Menschen*. Suhrkamp Verlag, Frankfurt/Main.- 59. FEYERABEND, P. K. (1986): *Wider den Methodenzwang*. Suhrkamp Verlag, Frankfurt/Main.- 60. FEYERABEND, P. K. (1989): *Límites de la ciencia*. Ediciones Paidós, Barcelona.- 61. FILLMORE, K.M., HARTKA, E., JONSTONE, B.M., LEINO, E.V., MOTOYOSHI, M.M. & TEMPLE, M.T. (1991): "A meta-analysis of live course variation in drinking". *Brit. J. Addic.* 86: 1221-1268. 62. FRIEDRICH, J. (1981): *Methoden empirischer Sozialforschung*. Westdeutscher Verlag, Opladen.- 63. FUENTE DE LA, J.R., GUTIÉRREZ, R.L.M., RIVERO, M.F., GARCÍA, T.G., ROJKIND, M. & KERSHENOBICH, D. (1982): "Detección precoz de alcoholismo en una población hospitalaria". *Rev. Invest. Clín.* 34: 1-6.- 64. GARCÍA, Z., RASCÓN, G. & MEDINA-MORA, M.A. (1986): "Consumo de alcohol de 96° en una comunidad rural". *Salud Mental.* 3: 77-80.- 65. GASSER, Th. (1978): "Konzepte und Methoden der robusten Statistik". H. Häfner (Ed). *Psychiatrische Epidemiologie*. Springer Verlag, Berlin.- 66. GOLDSMITH, T.E. & DAVENPORT, D.M. (1990): "Assesing structural similarity of graphs". R.W. Schvaneveldt (Ed). *Pathfinder associative networks: Studies in knowledge organization*. Ablex Publishing. Norwood.- 67. GOLDSMITH, T. E., JOHNSON, P. J. & ACTON, W. H. (1991): "Assesing structural knowledge". *J. Educ. Psychol.* 83: 88-96.- 68. GONZALVO, P., CAÑAS, J. J. & BAJO, M. T. (1994): "Structural representation in knowledge aquisition". *J. Educ. Psychol.* 86: 601-616.- 69. GORDIS, E. (1990): "Sreening for alcoholism". *Alcohol Alert* 8:1-5.- 70. GORENC, K-D., HÄFNER, H., KLEFF, F., & WELZ, R. (1982): "Clasificación del riesgo en el intento suicida". *SaludMental.* 2: 65-72.- 71. GORENC, K-D., NADELSTICHER, A., PACURUCU, S. & FEUERLEIN, W. (1983): "Estudio epidemiológico del alcoholismo en Ecuador con el Test de Alcoholismo Munich (MALT)". *Bol. Est. Méd. Biol.* 7-8: 391-416.- 72. GORENC, K-D., BRUNER, C.A., NADELSTICHER, A., PACURUCU, S. & FEUERLEIN, W. (1984): "A cross-cultural study: A comparison of German, Spanish and Ecuadorian alcoholics using the Munich Alcoholism Test". *Am. J. Drug Alcohol Abuse* 10: 429-446.- 73. GORENC, K-D., FEUERLEIN, W., NADELSTICHER, A., PACURUCU, S. & KÜFNER, H. (1985): "The alcoholism diagnosis with the Munich Alcoholism Test (MALT) in Ecuador: Comparison with the results of the German study". *Suchtgefahren* 2: 468-478.- 74. GORENC, K-D. & NADELSTICHER, A. (1985): "Comparison of drinking patterns among German, Spanish and Ecuadorian

- alcoholics". R.H. Andrews (Ed), *Psychiatry*. Plenum Publications, New York.- 75. GORENC, K-D., PACURUCU, S., BRUNER, C.A. & NADELSTICHER, A. (1985): "Estudio comparativo de los patrones de ingestión etílica entre alcohólicos alemanes, españoles y ecuatorianos utilizando el Test de Alcoholismo Munich (comunicación corta)". S. Pacurucu (Ed). *Memorias del III Congreso Iberoamericano sobre Alcohol y Alcoholismo*. Publicaciones CRA, Cuenca.- 76. GORENC, K-D., HERRERA, M.E. & REYNAGA, J. (1986): *Manual de diseños de investigación: Texto autoevaluativo*. Manual No. 3. Instituto Nacional de Ciencias Penales, México, D.F.- 77. GORENC, K-D., BELTRAN, J.E. & DE LA ROSA, M.G. (1986): *El Test de Alcoholismo Munich (MALT) para América Latina*. Manual No. 4. Instituto Nacional de Ciencias Penales, México, D.F.- 78. GORENC, K-D., BELTRÁN, J.E., NADELSTICHER, A. & BARBA, J. (1986): "Análisis factorial en el estudio del alcoholismo". *Acta Medica*. 88: 49-65.- 79. GORENC, K-D., BELTRAN, J.E., BRUNER, C.A., TURNBULL, B. (1987): "La prevalencia del alcoholismo y sospecha de alcoholismo en el estado de Tabasco". *Acta Med*. 90-91: 25-47.- 80. GORENC, K-D. & BELTRAN, J.E. (1987): "La Prueba de Alcoholismo Munich (MALT) para realizar dictámenes legales en el estado de Tabasco, México: Medidas de seguridad". M.A. Zurita (Ed). *Memorias del I Congreso Nacional de Medicina Legal, Criminología y Criminalística*. Procuraduría General de Justicia del Gobierno del estado de Tabasco, Villahermosa.- 81. GORENC, K-D., REYNAGA, J., BELTRAN, J.E. & MARTINEZ, V. (1988): "Cálculo de la muestra mínima para evaluar la validez y confiabilidad de pruebas diagnósticas: un estudio preliminar". *Rev. Intercont. Psicol. Educ.* 1: 49-68.- 82. GORENC, K-D., BRUNER, C.A., BELTRAN, J.E. & TURNBULL, B. (1988): "El Test de Alcoholismo Munich (MALT) en el estado de Tabasco, México: Medidas de seguridad". *Rev. Mex. Psicol.* 2: 135-148.- 83. GORENC, K-D. & BELTRAN, J.E. (1988): *El problema del alcoholismo en Tabasco*. Gobierno del estado de Tabasco, Villahermosa.- 84. GORENC, K-D. & PACURUCU, S. (1988): Hacia una psiquiatría Latinoamericana: catálogo de programas de fortalecimiento para la APAL y SAP. *Rev. Neuro-Psiquiatr.* 51: 149-159.- 85. GORENC, K-D. (1989): "Estudio transétnico del alcoholismo: descendientes de los mayas-chontales e inmigrantes nahuas". *Uni. Cien.* 12: 49-67.- 86. GORENC, K-D., ROMERO, G. & PACHECO, A. (1989): "Detección de la sospecha de alcoholismo y etilismo en los aspirantes para policía judicial mediante el Test de Alcoholismo Munich (MALT)". *Criminalia* 1-12: 276-299.- 87. GORENC, K-D. (1989): "Simulacro de selección de aspirantes para policía judicial mediante el análisis discriminante: reporte técnico". *Rev. Mex. Jus.* 4: 272-279.- 88. GORENC, K-D., VILLA, G., BRUNER, C.A., BELTRAN, J.E., PACURUCU, S. & LLANOS, R. (1990): "Estudio transhispano-americano del alcoholismo". *Rev. Latin. Psicol.* 1: 83-108.- 89. GORENC, K-D. & OBLITAS, L.A. (1990): "Estudio transcultural del alcoholismo: Alemania, España, Ecuador y México". L.A. Oblitas & K-D. Gorenc (Eds). *Psicología mexicana contemporánea*. Publicaciones de la Universidad Intercontinental, México, D.F.- 90. GORENC, K-D. & WELZ, R. (1991): "The alcoholism diagnosis with the Munich Alcoholism Test (MALT) in Mexico: Comparison with the results of the German study". *Sucht* 6: 369-376.- 91. GORENC, K-D. & LLANOS, R. (1992): "Reanálisis del diagnóstico de alcoholismo en Perú: El Test de Alcoholismo Munich (MALT)". *Rev. Psicol. Pont. Uni. Cat. Perú* 1-2: 3-39.- 92. GORENC, K-D. (1993): "Bases para construir la Prueba Diagnóstica de Alcoholismo Latinoamericana (PDAL)". *Rev. Neuro-Psiquiat.* 56: 203-219.- 93. GORENC, K-D., ABREU, L.F., ALARCÓN, G. & KALA, J.C. (1993): "La clasificación de los estudiantes de medicina según los bachilleratos de procedencia y la predicción de los grupos de calidad educativa a través del análisis discriminante: una nota técnica". *Rev. Mex. Educ. Méd.* 2:52-92.- 94. GORENC, K-D., LLANOS, R., GORENC, K. & PEREDO, S. (1994): "Utilización del análisis discriminante en una comparación transcultural en el terreno del alcoholismo: Una nota técnica". *Rev. Psicoact. Inst. Peru. CEDRO* 12: 113-134.- 95. GORENC, K-D., NAKAHODO, A. CH., PEREDO, M. & OBLITAS, L.A. (1994): "Consumo de bebidas alcohólicas y violación". *Rev. Latin. Psicol.* 26:205-234.- 96. GORENC, K-D., PEREDO, S. & OBLITAS, L.A. (1995): "Nulidad de la hipótesis nula". *Extensiones* 1: 59-64.- 97. GORENC, K-D., OBLITAS, L.A., PEREDO, S., ALARCÓN, G., ABREU, L.A., ORTIS, A., ARDILA, R., LLANOS, R., MAZOTTI, G., KRUGER, H., QUIROZ, R., PACURUCU, S. & VEGA, G. (1996): "El diagnóstico de alcoholismo en estudiantes de medicina desde un enfoque transhispanoamericano: México, Colombia y Perú (Lima y Cusco)". L.A. Oblitas (Ed). *Psicología de la salud y medicina conductual*. El Manual Moderno, México, D.F. (aceptado para publicación).- 98. GORENC, K-D., DÖRR, O., PACURUCU,

- S., LLANOS, R., VICENTE, B., PEREDO, S., ABREU, L.F. & OBLITAS, L.A. (1996): "Measurement errors of a short self-assessed test on alcoholism". *Rev. Chil. Neuro-Psiquiat.* 34: 355-367.- 99. GORENC, K.-D., PEREDO, S., INFANTE, C., ABREU, L.F. & PRADO, R. (1997): "El efecto de la adhesión religiosa y los patrones de consumo de alcohol". *Rev. Neuro-Psiquiat.* 56: 81-105.- 100. GORENC, K.-D. REUSCHE, R.M. & PEREDO, S. (1997): *Cultura científica básica*. Universidad Femenina del Sagrado Corazón, Lima.- 101. GORENC, K.-D., PEREDO, S., GARCIA, P.O. & KALA, J.C. (1997): *Alcoholismo, S.A. de C.V.* Universidad de Colima, México.- 102. GRAW, P., LADEWIG, D. & HOBI, V. (1984): "Verschiedene Schritte einer Konstruktvalidierung des Basler Drogen- und Alkoholfragebogens". *Pharmakopsychiat.* 17: 84-93.- 103. GROSS, R. (1988): "Intuition". *Dt. Ärztebl.* 85: C22-C23.- 104. GROSS, R. (1991): "Chaos und Ordnung". *Dt. Ärztebl.* 25-26: 1264-1268.- 105. GULLIKSEN, H. (1950): *Theory of mental test*. Wiley, New York.- 106. HANSERT, E., FEDERKIEL, H. & STAMM, D. (1984): "A new procedure for discriminating between two patient populations using multivariate decision limits - Application in the detection and exclusion of alcoholism based on clinical laboratory findings". *J. Clinic. Chemes. Clinic. Biochemes.* 22: 791-810.- 107. HASELOFF, O.W. & HOFFMANN, H.J. (1965): *Kleines Lehrbuch der Statistik*. Walter de Gruyter Verlag, Berlin.- 108. HILLER, W. (1989): "Alcohol dependence in ICD-9 and DSM-III-R: A comparative polydiagnostic study". *Europ. Arch. Psychiat. Neurol. Scienc.* 239: 101-108.- 109. HOFSTATTER, R.R. & WEND, D. (1978): *Quantitative Methoden der Psychologie*. J. A. Barth Verlag, Frankfurt/Main.- 110. HOLTZMAN, W.H. (1980): "Projective techniques". H.C. Triandis y J.W. Berry (Eds). *Handbook of cross-cultural psychology*. Vol. 2 Methodology. Allyn y Bacon, Boston.- 111. HUMBOLDT, A. (1882): *Ensayo político sobre el Reino de la Nueva España*. (edición facsimilar). Instituto Cultural Helénico y Porrúa, México.- 112. HUSS, M. (1852): *Chronische Alkoholkrankheit oder Alkoholismus chronicus*. Fritze, Stockholm.- 113. HWU, H.-G., YEH, E.-K. & YEH, Y.-L. (1990): "Risk factors of alcoholism in Taiwan Chinese: an epidemiological approach". *Acta Psychiat. Scand.* 82: 295-298.- 114. HWU, H.-G., YEH, Y.-L., WANG, J.-D. & YEH, E.-K. (1990): "Alcoholism among Taiwan aborigines defined by the Chinese Diagnostica Interview Schedule: a comparison with alcoholism among Chinese". *Acta Psychiat. Scand.* 82: 374-380.- 115. JACKSON, D.J. & BORGATTA, E.F. (1981): "Introduction: Measurement in sociological research". D.J. Jackson y E.F. Borgatta (Eds). *Factor analysis and measurement in sociological research*. Sage Publications, Beverly Hills.- 116. JACOBI, C., BRAND-JACOBI, J. & MARQUARDT, F. (1987): "Die Göttinger Abhängigkeitsskala (GABS): Ein Verfahren zur differenziellen Erfassung der Schwere der Alkoholabhängigkeit". *Suchtgefahren* 33: 23-36.- 117. JELLINEK, E.W. (1960): *The disease concept of alcoholism*. Yale University Press, New Haven.- 118. JOHNSON, R.A. & WICHERN, D.W. (1992) *Applied multivariate statistical analysis*. Prentice Hall, New Jersey.- 119. JOHNSON, P.J., GOLDSMITH, T.E. & TEAGUE, K.W. (1995): "Similarity, structure and knowledge: A representational approach to assesment". P.D. Nichols, S.F. Chapman & R.L. Brennan (Eds). *Cognitive diagnostic assesment*. Erlbaum Associates, Hillsdale.- 120. JONSTONE, B.M., LEINO, E.V., MOTOYOSHI, M.M., TEMPLE, M.T., FILLMORE, K.M. & HARTKA, E. (1991): "An integral approach to meta-analysis in alcohol studies". *Brit. J. Addic.* 86: 1211-1220.- 121. KERLINGER, F. N. (1975): *Investigación del comportamiento: técnicas y metodología*. Editorial Interamericana, México, D.F.- 122. KLECKA, W.R. (1981). *Discriminant analysis*. Sage University Paper series on Quantitative Applications in the Social Sciences, 07-019. Sage Publications, Beverly Hills.- 123. KIM, J.-O. & MUELLER, Ch. W. (1981): *Factor analysis*. Sage University Paper series on Quantitative Applications in the Social Sciences, series no. 07-014. Sage Publications, Beverly Hills.- 124. KIM, J.-O. & MUELLER, Ch. W. (1982): *Introduction of factor analysis*. Sage University Paper series on Quantitative Applications in the Social Sciences, series no. 07-013. Sage Publications, Beverly Hills.- 125. KRAUS, A. (1991): "Phänomenologisch-kriteriologische Diagnostik". *Fundamen. Psychiat.* 5: 102-109.- 126. KÜFNER, H. (1982): "Zur Frage von Verleugnungstendenzen bei Alkoholabhängigen". *Drogalkohol.* 6: 21-36.- 127. KÜFNER, H. (1983): "Comprehensive Questionnaire Tests on Alcoholism". Ponencia presentada en el VII Congreso Mundial de Psiquiatría, Viena.- 128. KÜFNER, H., FEUERLEIN, W. & HUBER, M. (1988): "Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen: Merkmale von Patienten und Behandlungseinrichtungen: Katamnestiche Ergebnisse". *Suchtgefahren.* 3: 157-312.- 129. KÜFNER, H. &

- YASSOURIDIS, A. (1990): "Computer-Simulation des Alkoholkonsums". *Drogalkohol*. 14: 19-40.- 130.
- LADEWIG, D., GRAW, P., MIEST, P.C., HOBI, B. & SCHWARZ, E. (1976): "Basler Drogen- und Alkoholfragebogen (BDA). Erste Erfahrungen bei der Konstruktion eines Testinstrument zur Abschätzung des Abhängigkeitsgrades von Drogen und/oder Alkoholkonsumenten". *Pharmakopsychiat*. 9: 305-312.- 131.
- LIENERT, G.A. (1969): *Testaufbau und Testanalyse*. Beltz Verlag, Weinheim.- 132.
- LLANOS, R., LÓPEZ, R., GÁLVEZ, J., & GRIEBENOW, W. (1986): *Validación del inventario MALT en una población de Lima metropolitana: Diagnóstico de alcoholismo*. Manuscrito no publicado, Lima.- 133.
- MANSON, M.P. (1948): "Psychometric differentiation of alcoholics from nonalcoholics". *Q. J. Stud. Alcohol*. 9: 649-674.- 134.
- MANSON, M.P. (1949). "Psychometric determination of alcoholic addiction". *Amer. J. Psychiat*. 106: 199-204.- 135.
- MARDONES, J. M. (1990): "El neo-conservadurismo de los posmodernos". G. Vattimo (Ed). *En torno a la postmodernidad*. Anthropos, Barcelona.- 136.
- MAYER, J.E. & FILSTED, W.J. (1979): "The Adolescent Alcohol Involvement Scale". *J. Stud. Alcohol*. 40: 291-300.- 137.
- MAYFIELD, D., MCLEOND, G. & HALL, P. (1974): "The CAGE-Questionnaire: validation of a new alcoholism instrument". *Amer. J. Psychiat*. 131: 1121-1123.- 138.
- MCANDREW, C. (1965): "The differentiation of male alcoholic outpatients from nonalcoholic male psychiatric outpatients by means of the MMPI". *Q. J. Stud. Alcohol*. 26: 238-246.- 139.
- MCANDREW, C. (1979): "Evidence for the presence of two fundamentally different, age-independent characterological types within unselected runs of male alcohol and drug abusers". *Am. J. Drug Alcohol Abuse* 6: 207-221.- 140.
- MCANDREW, C. (1981): "What the MAC scale tells us about men alcoholics: An interpretive review". *Q. J. Stud. Alcohol*. 42, 604-625.- 141.
- MCGAGHIE, W. C., BOERGER, R. L., MCCRIMMON, D. R. & RAVITCH, M.M. (1994): "Agreement among medical experts about the structure of concepts in pulmonary physiology". *Acad. Med*. 69: 578-580.- 142.
- MCGAGHIE, W. C., BOERGER, R. L., MCCRIMMON, D. R. & RAVITCH, M.M. (1996): "Learning pulmonary physiology: Comparison of students and faculty knowledge structures". *Acad. Med*. 71: 513-515.- 143.
- MCGRAW, B. (1990): "Meta-analysis". J.P. Keeves (Ed). *Educational research, methodology, and measurement: An international handbook*. Pergamon Press, Oxford.- 144.
- MCLELLAN, A.T., LUBORSKY, L., WOODY, G.E. & O'BRIEN, C.P. (1980): "An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients". *J. Ner. Ment. Diseases*. 168: 26-33.- 145.
- MEDINA-MORA, M.E. (1976): *Estudio piloto sobre la epidemiología de la farmacodependencia en el Distrito Federal*. Tesis para obtener el grado de licenciatura en psicología. Universidad Iberoamericana, México, D.F.- 146.
- MEDINA-MORA, M.E. (1979): *Epidemiología del consumo de medicamentos psicotrópicos y derivados del opio en el Distrito Federal*. Tesis para optar el grado de mestero en psicología. Universidad Iberoamericana, México, D.F.- 147.
- MEDINA-MORA, M.E., DE LA PARRA, A. & TERROBA, G. (1980). *Extensión del consumo de alcohol en la población de La Paz, B. C. (Encuesta de hogares)*. Cuaderno Científico No. 12. Instituto Mexicano de Psiquiatría, México, D.F.- 148.
- MEDINA-MORA, M.E., RASCÓN, M., GARCÍA, Z. & EZBÁN, M. (1986): "Patrones de consumo de alcohol y normas relacionadas con dicho consumo, en una población de Michoacán, México". *Salud Mental* 4: 87-91.- 149.
- MEDINA-MORA, M.E., GARCÍA, Z., RASCÓN, G. & OTERO, M. (1986): "Variables culturales relacionadas con las prácticas de consumo de bebidas alcohólicas". *Memorias de la Tercera Reunión de Investigación y Enseñanza*. Instituto Mexicano de Psiquiatría, México, D.F.- 150.
- MEDINA-MORA, M.E. (1987): "El consumo de alcohol en México y sus problemas asociados". *Salud Mental* 4: 81-91.- 151.
- MEYER-ABICH, A. (1977): *Alexander von Humboldt*. Rowohlt, Hamburg.- 152.
- MYRDAL, G. (1982): "La transferencia de tecnología a los países en desarrollo". E. Flores (Ed). *Ensayos científicos*. Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, México, D.F.- 153.
- NADELSTICHER, A. (1983): *Técnicas para la construcción de cuestionarios de actitudes y opción múltiple*. Instituto Nacional de Ciencias Penales, México.- 154.
- NARDI, A. E., SABOYA, E., PINTO, S., FIGUEIRA, Y., MARQUES, C., MENDLOWICS, M., ANDRADE, Y. & VERSIANI, M. (1993): "Distimia: aspectos clínico-terapéuticos". *J. Brasil. Psiquiat*. 7: 357-372.- 155.
- NATIONAL COUNCIL ON ALCOHOLISM, CRITERIA COMMITTEE (1972): "Criteria for the diagnosis of alcoholism". *Amer. J. Psychiat*. 129: 127-135.- 156.
- NATIONAL COUNCIL ON ALCOHOLISM, CRITERIA COMMITTEE (1973): "Criteria for the diagnosis of alcoholism". *Q. J. Stud. Alcohol*. 34b: 281-282.- 157.
- NEISS, A. (1990): "Erkenntnisgewinn durch Meta-Analyse?" *Dt. Ärztbl*. 20: 999-1000.- 158.
- NESBITT, J.E.

- (1966): *Chi-square*. Manchester University Press, Manchester.- 159. NUÑEZ, R. (1967): *Inventario Multifásico de la Personalidad MMPI-Español*. Manual Moderno, México, D.F.- 160. NUNNALLY, J.C. (1978): *Psychometric theory*. McGraw-Hill, New York.- 161. PACURUCU, S., GORENC, K-D., FEUERLEIN, W. & KUFNER, H. (1980): "Verificación del diagnóstico del alcoholismo con el test MALT (Münchener-Alcoholismus-Test): estudio preliminar". *Rev. Fac. Cien. Méd.* 14: 45-66.- 162. PACURUCU, S. (1985): "Test para diagnóstico temprano del alcoholismo". *Rev. Neuro-Psiquiat.* 3-4: 161-168.- 163. PACURUCU, S., GORENC, K-D., NADELSTICHER, A. & FEUERLEIN, W. (1994): "El diagnóstico de alcoholismo con el MALT (Münchener Alcoholismus Test): Estudio de evaluación empírica". *Rev. Neuro-Psiquiat.* 57: 71-87.- 164. PACURUCU, S. (1997): *Alcohol y alcoholismo*. Universidad de Cuenca, Cuenca.- 165. PARRA DE LA, C.A., TERROBA, G. & MEDINA-MORA, M.E. (1980): "Prevalencia del consumo de alcohol en la ciudad de San Luis Potosí". *Rev. Enseñan. Invest.* 12: 236-245.- 166. PATIÑO, J.L. (1975): *26 lecciones de psiquiatría clínica*. Impresiones Populares, México, D.F.- 167. PEREDO, S & GARCIA, L. (1997): "Teoría y praxis de la liberación femenina". *Rev. Panorám. Jurid.* (aceptado para publicación).- 168. POKORNY, D.D., MILLER, B.A. & KAPLAN, H.B. (1972): "The brief MAST: A shortened version of the Michigan Alcoholism Screening Test". *Amer. J. Psychiat.* 129: 342-345.- 169. POINCARÉ, H. (1984): *Filosofía de la ciencia*. Universidad Nacional Autónoma de México, México.- 170. POPPER, K-R. (1982): *Logik der Forschung*. JCB (Paul Siebek), Tübingen.- 171. REVENSTORF, D. (1976): *Lehrbuch der Faktorenanalyse*. Kohlhammer Verlag, Stuttgart.- 172. REYNAGA, J. (1985): *Evaluación epidemiológica de riesgos causados por agentes químicos ambientales*. Número 5. Organización Panamericana de la Salud, México, D.F.- 173. RICHTER, G. (1989): "Charakterisierung von Alkoholgebrauch, -missbrauch und -abhängigkeit und ihr klinischer Bezug". *Zeitschr. Ärzt. Fortbild.* 16: 803-809.- 174. RICHTER, G., KLEMM, P.G. & ZAHN, M. (1990): "Beitrag zur Lösung des Dreigruppen-Trennproblems in der Alkoholismus-Diagnostik — Vorschlag für einen 9-Item-Screening-Test". *Zeitschr. Klin. Med.* 1: 79-83.- 175. RIEDL, R. (1981): "Die Folgen des Ursachendenkens". P. Watzlawick (Ed). *Die erfundene Wirklichkeit*. Piper Verlag, München.- 176. ROJAS, R. (1982): *Guía para realizar investigaciones sociales*. Universidad Nacional Autónoma de México, México 177. ROLLERI, J.L. (1986): "Introducción". J.L. Rolleri (Ed). *Estructura y desarrollo de las teorías científicas*. Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F.- 178. ROSEMHAN, D.L. (1981): "Gesund in kranker Umgebung". P. Watzlawick (Ed). *Die erfundene Wirklichkeit*. Piper Verlag, München.- 179. ROTH, J. (1984): "Entwicklung eines mehrdimensionalen Fragenbogens zur psychometrischen Klassifikation des Trinkverhaltens Alkoholkranker (FTA)". 5. *Arbeitstagung der Thematischen Arbeitsgemeinschaft und Sektion Verhaltenstherapie*. Städtisches Klinikum Berlin-Ost (Manuscrito no publicado).- 180. RUMMEL, J. R. (1977): "Para comprender el análisis factorial". S. Schwartzman (Ed). *Técnicas en ciencias sociales*. Editorial Nueva Visión, Buenos Aires.- 181. SALASPURO, M. (1987): "Use of enzymes for the diagnosis of alcohol-related organ damage". *Enzyme* 37: 87-107.- 182. SAUNDERS, J.B & ASLAND, O.G. (1987): *The development of a screening instrument*. WHO, Geneve.- 183. SCHELLER, R., KELLER, W., FUNKE, J. & KLEIN, M. (1984): "Trierer Alkoholismusinventar (TAI) - Ein Verfahren zur Differentialdiagnostik des Alkoholismus". *Suchtgefahren* 30: 12-14.- 184. SCHVANEVELDT, R.W., DURSO, F.T. & DEARHOLT, D.W. (1989): "Network structures in proximity data". G.H. Bower (Ed). *The psychology of learning and motivation: Advances in research and theory*. Academic Press, New York.- 185. SELZER, M.L. (1967): "Michigan Alcoholism Screening Test (MAST): Preliminary report". *Univer. Michigan Center J.* 33: 58-63.- 186. SELZER, M.L. (1971): "Michigan Alcoholism Screening Test". *Amer. J. Psychiat.* 127: 1653-1658.- 187. SELZER, M.L., VINOKUR, A. & ROOIJEN VAN, L. (1975): "A Self-Administered Short Michigan Alcoholism Screening Test (SMAST): Preliminary report". *J. Stud. Alcohol.* 36: 117-126.- 188. SEGEL, S. (1976): *Nichtparametrische statistische Methoden*. Fachbuchhandlung für Psychologie Verlagsabteilung, Frankfurt/Main.- 189. SEGEL, S. (1990): *Estadística no paramétrica aplicada a las ciencias de la conducta*. Editorial Trillas, México, D.F.- 190. SKINNER, H.A., HOLT, S E ISRAEL, Y. (1981): "Early identification of alcohol abuse. I. Critical issues and psychological indicators for a composite index". *C. M. A. J.* 124: 1141-1152.- 191. SMART, R.G., NATERA, G. & ALMENDARES, B.J. (1981): "Ensayo de un nuevo método para estudiar el

- consumo de alcohol y sus problemas entre países de las Américas". *Bol. Of. Sanit. Panamer.* 91: 499-510.- 192.
- SNOW, C.P. (1982): "Las dos culturas". E. Flores (Ed). *Ensayos científicos*. Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, México, D.F.- 193.
- SÖRBOM, D. & JÖRESKOG, K. G. (1981): "The use of LISREL in sociological model building". D. J. Jackson y E. F. Borgatta (Eds). *Factor analysis and measurement in sociological research*. Sage Publications, Beverly Hills.- 194.
- SOUSA, M., MESTAS, A., TURULL, T. & CARDENAS, A. (1985): "Historia clínica psiquiátrica codificada para alcoholismo". *Salud Mental* 3: 20-32.- 195.
76. SPECTOR, P.E. (1982): *Research designs*. Sage University Paper series on Quantitative Applications in the Social Sciences series 07-023. Sage Publications, Beverly-Hills.- 196.
- SPEICHER, S. (09.05.1990): "Feuilleton". *Frankfurter Allgemeine Zeitung*. 107: 36-37.- 197.
- SPRINGER, A., UHL, A. & FELSENMAYER, S. (1979): "Eine kritische Analyse der Manson-Evaluation und des ATV". *Wien, Zeitschr. Suchtforsch.* 2: 3-11.- 198.
- STAMM, D., HANSERT, E. & FEUERLEIN, W. (1984): "Excessive consumption of alcohol in men as a biological influence factor in clinical laboratory investigation". *J. Clinic. Chemes. Clinic. Biochemes.* 22: 65-77.- 199.
- STAMM, D., HANSERT, E. & FEUERLEIN, W. (1984): "Detection and exclusion of alcohol in men on the basis of clinical chemical findings". *J. Clinic. Chemes. Clinic. Biochemes.* 22: 79-96.- 200.
- STOCKWELL, T., HODGSON, R., EDWARDS, G., TAYLOR, C. & RANKIN, H. (1979): "The development of a questionnaire to measure severity of alcohol dependence". *Brit. J. Addic.* 74: 79-87.- 201.
- STOCKWELL, T., MURPHY, D. & HODGSON, R. (1983): "The severity of alcohol dependence questionnaire: Its use, reliability and validity". *Brit. J. Addic.* 78: 145-155.- 202.
- SWENSON, W.H. & MORSE, R.M. (1975): "The use of the self-administred alcoholism screening test (SAAST) in a medical center". *Mayo Clinic Proceed.* 50: 204-211.- 203.
- TATSUOKA, M. M. (1976): "Discriminant analysis". P. M. Bentler, D.J. Lettieri & G.A., Austin (Eds). *Data analysis and designs for substance abuse research*. National Institute of Drug Abuse, Washington.- 204.
- TEMPLE, M.T., FILLMORE, K.M., HARTKA, E., JONSTONE, B.M., LEINO, E.V. & MOTOYOSHI, M.M. (1991): "A meta-analysis of change in marital and employment status as predictors of alcohol consumption on a typical occasion". *Brit. J. Addic.* 86: 1269-1281.- 205.
- THORNDIKE, R.L. (1990): "Reliability". J.P. Keeves (Ed). *Educational research, methodology, and measurement: An international handbook*. Pergamon Press, Oxford.- 206.
- TROCCHIO, F. (1993): *Las mentiras de la ciencia*. Editorial Alianza, Madrid.- 207.
- ÜBERLA, K. (1968): *Faktorenanalyse*. Springer Verlag, Berlin.- 208.
- VATTIMO, G. (1990): "Postmodernidad: ¿una sociedad transparente?". G. Vattimo (Ed). *En torno a la postmodernidad*. Anthropos, Barcelona.- 209.
- VELASCO, R. (1982): "Factores causales del alcoholismo". P.V. Molina & M.L. Sánchez (Eds). *El alcoholismo en México. I Patología*. Fundación de Investigaciones Sociales, México, D.F.- 210.
- VELASCO, R. (1988): *Alcoholismo: visión integral*. Editorial Trillas, México, D.F.- 211.
- VICENTE, B., PIHAN, R., RIOSECO, P., MUÑOZ, M. & VIELMA, M. (1991): "Análisis comparativo de la validación del MALT". M. Velasco-Suárez (Ed). *Resúmenes del Congreso Bienal de la Federación Mundial de Salud Mental*. Comité Organizador, México, D.F.- 212.
- VICENTE, B., PIHAN, R., RIOSECO, P., MUÑOZ, M., URIBE, M. & VIELMA, M. (1992): "Análisis comparativo de la validación del MALT". *Rev. Chil. Neuro-Psiquiat.* 30: 221-226.- 213.
- WATSON, C.G., TILLESKJØR, C., HOODECHECK-SCHWO, F.A., PUCCEL, J. & JACOBS, L. (1984): "Do alcoholics give valid self-reports?" *J. Stud. Alcohol.* 45: 344-348.- 214.
- WATZLAWICK, P. (1981): "Selbserfüllende Prophezeiungen". P. Watzlawick (Ed). *Die erfundene Wirklichkeit*. Piper Verlag, München.- 215.
- WATZLAWICK, P. (1981): "Bausteine ideologischer Wirklichkeiten". P. Watzlawick (Ed). *Die erfundene Wirklichkeit*. Piper Verlag, München.- 216.
- WEISSKOPF, V.F. (1982): "Mi vida como físico". E. Flores (Ed). *Ensayos científicos*. Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, científicos México, D.F.- 217.
- WITTCHEN, H-U., SASS, H., ZAUDIG, M. & KOHLER, K. (1989): *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-III-R*. Beltz, Weinheim.- 218.
- WOLF, F.M. (1986): *Meta-analysis*. Sage University Paper series on Quantitative Applications in the Social Sciences, series no. 07-059. Sage Publications, Newbury Park.- 219.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1952): WHO Expert Committee on dependence producing drugs. WHO Technical Report Service No. 312. WHO, Geneve.- 220.
- WORLD EXPERT COMMITTEE ON DRUG DEPENDENCE (1974): Use of terms. Technical Report Service No. 551. WHO, Geneve.- 221.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1978): Mental disorders: Glossary and guide to their classification in accordance with the Ninth Revision of the International Classification

of Diseases. WHO, Geneve.- 222. WORLD HEALTH ORGANIZATION (1992): International statistical Classification of Diseases and related health problems. (Décima revisión: ICD-10). WHO, Geneve.- 223. WORLD HEALTH ORGANIZATION (1993): The ICD-10

classification of mental and behavioral disorders: International Criteria for Research. WHO, Geneve.- 224. ZELLER, R.A. (1990): "Validity". J.P. Keeves (Ed). *Educational research, methodology, and measurement: An international handbook*. Pergamon Press, Oxford.

ANEXO I

**PRUEBA DIAGNOSTICA DE ALCOHOLISMO LATINOAMERICANA
(PDAL)**

Indicaciones

Los 13 reactivos de la prueba deberán ser contestados por el cliente sin omitir ninguna pregunta. Si el probando es analfabeto (funcional) o presenta limitaciones visuales, el entrevistador deberá realizar una entrevista estructurada^{15,62,121}; lectura de los ítems sin aclaraciones.

Calificación

Se requiere obtener la suma total de los 13 reactivos.

Cada respuesta afirmativa tiene el valor de la unidad.

Puntuación

Suma de las contestaciones positivas:

Diagnóstico (puntuaciones de corte):

Puntuación ≤ 4 : **no alcoholismo**

Puntuación de 5 a 7: **sospecha de alcoholismo**

Puntuación ≥ 8 : **alcoholismo**

Favor de proporcionar los datos que a continuación se solicitan

Identificación y domicilio (opcional)

Número de identificación	Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)
Nombre de la calle	Número exterior	Número interior	Unidad habitacional
Colonia/Barrio/Sector	Entidad federativa	Municipio	Código postal

Marque el recuadro de la izquierda que corresponda a su sexo

Clave Sexos

1	Masculino	<input type="checkbox"/>	(6)
2	Femenino	<input type="checkbox"/>	

¿Qué edad tiene?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	(7-8)
----------------------	----------------------	--------------------------	-------

Marque el recuadro de la izquierda que corresponda a su estado civil

Clave Estado civil

1	Soltero(a)	<input type="checkbox"/>	(9)
2	Casado(a)	<input type="checkbox"/>	
3	Viudo(a)	<input type="checkbox"/>	
4	Divorciado(a)	<input type="checkbox"/>	

5	Separado(a)
6	Unión libre

Número de años estudiados a partir de la primaria

--	--

--	--

(10-11)

Profesión u ocupación

--

--	--

(12-13)

En el reverso de esta hoja, encontrará Usted una serie de preguntas relacionadas directamente con el consumo de bebidas alcohólicas.

Después de leer cuidadosamente cada pregunta y según crea conveniente, marque con una cruz el espacio correspondiente a **SI** o **NO**

En algunas ocasiones usted podrá tener la impresión de que una o varias oraciones no están en relación directa con su problema; ante esta situación, elija de todas maneras una de las posibilidades. Por ejemplo, en caso de que usted nunca haya ingerido bebidas etílicas, entonces en cada una de las 13 preguntas Usted deberá marcar con una cruz el espacio que corresponde al **no**. Por el contrario, si usted sí ha llegado a consumir bebidas alcohólicas y además ya ha intentado, por algún tiempo, vivir sin tomar, entonces usted deberá marcar con una cruz el espacio que corresponde al **sí** en la quinta oración.

No deje ninguna pregunta sin contestar.

PRUEBA DIAGNOSTICA DE ALCOHOLISMO LATINOAMERICANA (PDAL)

- | | | | | |
|---|---|----|----|------|
| 1. Si no tomara, tendría menos problemas | <table border="1" style="width: 60px; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 30px; text-align: center;">SI</td> <td style="width: 30px; text-align: center;">NO</td> </tr> </table> | SI | NO | (14) |
| SI | NO | | | |
| 2. Pienso que debería tomar menos | <table border="1" style="width: 60px; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 30px; text-align: center;">SI</td> <td style="width: 30px; text-align: center;">NO</td> </tr> </table> | SI | NO | (15) |
| SI | NO | | | |
| 3. Pienso que el beber está destruyendo mi vida | <table border="1" style="width: 60px; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 30px; text-align: center;">SI</td> <td style="width: 30px; text-align: center;">NO</td> </tr> </table> | SI | NO | (16) |
| SI | NO | | | |
| 4. Si no tomara, me sentiría mejor conmigo mismo | <table border="1" style="width: 60px; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 30px; text-align: center;">SI</td> <td style="width: 30px; text-align: center;">NO</td> </tr> </table> | SI | NO | (17) |
| SI | NO | | | |
| 5. Ya he intentado, por algún tiempo, vivir sin tomar | <table border="1" style="width: 60px; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 30px; text-align: center;">SI</td> <td style="width: 30px; text-align: center;">NO</td> </tr> </table> | SI | NO | (18) |
| SI | NO | | | |
| 6. Después de tomar, tengo remordimientos o sentimientos de culpa | <table border="1" style="width: 60px; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 30px; text-align: center;">SI</td> <td style="width: 30px; text-align: center;">NO</td> </tr> </table> | SI | NO | (19) |
| SI | NO | | | |
| 7. Me dan ganas de dejar de beber, pero luego vienen los deseos de seguir tomando | <table border="1" style="width: 60px; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 30px; text-align: center;">SI</td> <td style="width: 30px; text-align: center;">NO</td> </tr> </table> | SI | NO | (20) |
| SI | NO | | | |
| 8. Después de tomar la primera copa, irremediamente me dan ganas de seguir bebiendo | <table border="1" style="width: 60px; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 30px; text-align: center;">SI</td> <td style="width: 30px; text-align: center;">NO</td> </tr> </table> | SI | NO | (21) |
| SI | NO | | | |

9. Si no tomara, no tendría problemas con mi pareja (esposa(o) o con mi novia(o)) o enamorada(o)

SI	NO
----	----

 (22)
10. Actualmente me siento amargado por los problemas que ha ocasionado mi forma de beber

SI	NO
----	----

 (23)
11. *Para mujeres.* consumo una o varias veces al mes más de 6 litros de cerveza o 3 litros (4 botellas) de vino o H partes de una botella de cualquier tipo de bebidas destiladas: aguardiente, ron, brandy, whisky, ginebra, vodka, tequila, mezcal

SI	NO
----	----

 (24)
- Para hombres.* consumo una o varias veces al mes más de 7 litros de cerveza o 4 litros (5 botellas) de vino o 1 botella de cualquier tipo de bebidas destiladas: aguardiente, ron, brandy, whisky, ginebra, vodka, tequila, mezcal
12. Las demás personas no entienden por qué tomo

SI	NO
----	----

 (25)
13. Ya he empleado sistemas para beber menos, como ejemplo, tomar sólo a determinadas horas del día

SI	NO
----	----

 (26)

ANEXO II

**PRUEBA DIAGNOSTICA DE ALCOHOLISMO TRANSHISPANOAMERICANA
(PDATHA)
(VERSIONES ADOLESCENTE Y ADULTA)**

Favor de proporcionar los siguientes datos

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)
------------------	------------------	-----------

Dirección postal

Nombre de la calle	Número exterior	Número interior	Unidad habitacional
--------------------	-----------------	-----------------	---------------------

Colonia/Barrio/Sector	Entidad federativa	Municipio	Código postal
-----------------------	--------------------	-----------	---------------

Marque el recuadro de la izquierda que corresponda a su sexo

Clave	Sexos	
1	Masculino	<input type="checkbox"/> (6)
2	Femenino	

¿Qué edad tiene? (7-8)

Marque el recuadro de la izquierda que corresponda a su estado civil

Clave	Estado civil	
1	Soltero(a)	<input type="checkbox"/> (9)
2	Casado(a)	
3	Viudo(a)	
4	Divorciado(a)	
5	Separado(a)	
6	Unión libre	

Profesión (10-11)

Especialidad (12-13)

¿Cuántos instrumentos diagnósticos anexará Usted? (14)

¿Cuántas referencias a los instrumentos diagnósticos anexará Usted? (15)

PROYECTO

De acuerdo a su experiencia, proporcione, al menos, **cinco preguntas** (ítems, reactivos, etc.) que distingan bien a los **jóvenes** con problemas por el consumo de alcohol:

1.	<input type="text"/>	(16)
2.	<input type="text"/>	(17)
3.	<input type="text"/>	(18)
4.	<input type="text"/>	(19)
5.	<input type="text"/>	(20)

De acuerdo a su experiencia, proporcione, al menos, **cinco preguntas** (ítems, reactivos, etc.) que distingan bien a los **adultos** con problemas por el consumo de alcohol:

1.		(21)
2.		(22)
3.		(23)
4.		(24)
5.		(25)

De acuerdo a su experiencia, proporcione, al menos, **cinco factores facilitadores epidemiológicos** del consumo de bebidas etílicas en la **población joven**:

1.		(26)
2.		(27)
3.		(28)
4.		(29)
5.		(30)

De acuerdo a su experiencia, proporcione, al menos, **cinco factores facilitadores epidemiológicos** del consumo de bebidas etílicas en la **población adulta**:

1.		(31)
2.		(32)
3.		(33)
4.		(34)
5.		(35)

Anotación

Si desea detallar la información proporcionada, anexe hojas.

Al cabo de un año, aproximadamente, se le enviarán los resultados.

Desprenda esta hoja y envíela a cualquiera de las siguientes direcciones: Klaus-Dieter Gorenc

Avenida del Imán No. 124-1
Col. Cantil del Pedregal
04730 Coyoacán, D.F. México

Secretaría de Planeación y Desarrollo Institucional
Facultad de Medicina
Edificio B, 1er. piso
Ciudad Universitaria
04510 Coyoacán, D.F. México
klaus@servidor.unam.mx
Telfax: (5)623-21-52