PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Proyecto de tesis de Validación de Escala Multidimensional de Craving de Alcohol para la población chilena

MARÍA DE LOS ÁNGELES VARAS

Profesor Guía: Álvaro Vergés

Tesis presentada a la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile para optar al grado académico de Magíster en Psicología de la Salud

Enero, 2020

Santiago, Chile.

Índice

1. Resumen…….……...…3
2. Introducción y Formulación del proyecto...…….……4
3. Antecedentes Teóricos y Empíricos……...……..7
4. Objetivos e Hipótesis……...…….……..……14
5. Metodología...…….……15
   5.1 Participantes……..…….…….……..……15
   5.2 Procedimiento……..…….…….…..…….15
   5.3 Instrumentos……..…….…….……..…….……...16
   5.4 Análisis de datos…….…….……..….……..18
6. Resultados……..……..…...…20
7. Conclusiones y discusión…...…….…...……..…27
8. Referencias…….….30
9. Anexos
   9.1 Anexo 1: EMCA para población chilena…….....……35
   9.2 Anexo 2: Escala BIS-11 …...……36
   9.3 Anexo 3: Escala SAWS…..……..38

Índice de tablas y anexos

1. Tabla 1: Validez de convergencia entre EMCA y otras medidas ……...….12
2. Tabla 2: Consistencia interna de los instrumentos……..17
3. Tabla 3: Cargas factoriales mediante Análisis Facrorial Confirmatorio...21-22
4. Tabla 4: Índices de Ajuste de los modelos mediantte Análisis Factorial Confirmatorio……..……..……....22
5. Tabla 5: Consistencia interna…….24
6. Tabla 6: Correlación entre cuestionarios BIS 11 y SAWS con EMCA…….26
7. Figuras Correlaciones 1, 2, 3 y 4……...……...26-27

Resumen

Objetivo: Validar la Escala Multidimensional de Craving de Alcohol (EMCA) para su uso en la población chilena.

Método: Descripción y análisis del concepto de craving en alcohol. Aplicación de la EMCA a 387 pacientes, participantes del programa de alcohol y drogas de 17 centros ambulatorios de tratamiento en la ciudad de Santiago, incluyendo un 13vo ítem por parte del equipo chileno y su análisis.

Procedimiento: Se realizó un análisis factorial confirmatorio de la escala a modo de determinar la presencia de dos factores al igual que en la versión original y que cada uno de ellos se asocia a los mismos ítems. Análisis para establecer la confiabilidad y la validez de constructo de ésta. Correlación entre la escala y cuestionarios de impulsividad (BIS 11) y de síndrome de abstinencia (SAW).

Resultados: La consistencia interna da cuenta de que la precisión del factor de desinhibición conductual se encuentra por debajo de lo esperado al modelo original, lo que, sumado a los resultados del análisis factorial confirmatorio apunta a preferir modelos unidimensionales siendo estos más parsimoniosos. Se observa una correlación pequeña entre EMCA y BIS 11, pero en el caso del cuestionario SAW la correlación es mayor.

Discusión: Si bien el factor de desinhibición conductual no se comporta de acuerdo a lo esperado, la escala desde un modelo unifactorial presenta resultados óptimos siendo recomendable su utilización en la población chilena. Los resultados obtenidos demuestran que cuenta con buenas propiedades psicométricas, siendo un instrumento adecuado en su utilización en el diagnóstico y tratamiento del craving para patologías como los trastornos por consumo de alcohol.

Palabras clave: Deseo, craving, priming, alcoholismo, dependencia del alcohol, confiabilidad, validez.

Introducción y Formulación del proyecto

La prevalencia de consumo de alcohol en Chile en el año 2018, de acuerdo al Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), equivale al 48,9% mensual. En base a esta cifra, se estima que 4.801.318 personas entre los 12 y 64 años consumieron alcohol durante el último mes. En la población escolar, la cifra llega al 16,6% en jóvenes de 8vo básico y esta se triplica en alumnos de 4to medio, llegando a un 51,4%. Por otra parte, la edad de inicio de consumo es de 13,7 años promedio (Senda-Minsal, 2016; Ministerio del Interior y Seguridad Pública Gobierno de Chile, 2018).

La OMS define el consumo de alcohol en diversas categorías:

- Consumo de riesgo: aumenta el riesgo de consecuencias adversas para la salud si el hábito de consumo persiste (20 a 40 gr diarios en mujeres y 40 a 60 gr en hombres).
- Consumo perjudicial: conlleva consecuencias tanto para la salud física como para la salud mental de la persona (más de 40 gr en mujeres y más de 60 gr en hombres diarios).
- Consumo excesivo: implica un consumo dañino y de más de 60 gr de alcohol en una sola ocasión.
- Dependencia de alcohol: es un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos en los cuales el uso de alcohol se transforma en una prioridad para el individuo en contraposición a otras actividades y obligaciones (Senda-Minsal, 2016).

El consumo constante de alcohol u otra droga produce efectos de reforzadores positivos, al activar directamente en el circuito de recompensa cerebral. Este circuito está anatómicamente constituido por neuronas dopaminérgicas agrupadas en el área ventral tegmental del cerebro, donde se proyectan hacia el núcleo accumbens, a la amígdala, y a la corteza prefrontal constituyendo así la vía mesocorticolímbica, circuito el cual depende principalmente de la activación de neuronas dopaminérgicas (Méndez-Díaz et al., 2017).

En el caso del alcohol y las drogas se produce un incentivo que puede gatillar el deseo de seguir consumiendo, lo cual suele acompañarse de dificultades para controlar el consumo, llegando a la pérdida de control. Cuanto más intensos hayan sido los efectos reforzadores de una determinada sustancia, más persistentes van a ser también los recuerdos relacionados con ella y más imperiosa la necesidad o deseo de experimentarlo nuevamente. A esto se le denomina "*craving"* (Guardia-Serecigni et al., 2011).

De acuerdo al Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales (DSM-5), desarrollado por la Asociación Americana de Psiquiatría (2014), cualquier droga consumida en exceso provoca una activación directa de los sistemas de recompensa cerebrales y con esto, participan en el refuerzo de los comportamientos y la producción de recuerdos. Estos recuerdos se asocian al consumo, generando una activación tan intensa del sistema de recompensa que es imposible ignorar los deseos de consumir, dificultando que el sujeto realice sus actividades de forma normal.

La primera vez que un organismo consume una droga, sus efectos se consideran como un estímulo incondicionado lo que genera una respuesta incondicionada, para compensar dicho estímulo. Pero si el mismo organismo consume de forma frecuente la droga en ciertos ambientes o situaciones, éstos se convierten en estímulos condicionados, capaces de gatillar por sí mismos la respuesta condicionada compensatoria (Siegel & Ramos, 2002; González et al., 2019).

Tiffany (1999) plantea, basándose en el modelo de condicionamiento clásico, que las experiencias e historias asociadas al consumo de alcohol y sus rutinas de dependencia se convierten en estímulos condicionados, como lo es por ejemplo ver un bar al cual el sujeto asistía con regularidad a consumir alcohol. Aunque posteriormente no haya intención de consumo, el solo hecho de ver ese mismo bar induce la misma respuesta condicionada, activando estados motivacionales condicionados que generan experiencias de craving, reacciones psicológicas y comportamientos de búsqueda de alcohol.

A su vez, las emociones negativas juegan un rol fundamental como gatillantes de craving. Si anteriormente el estrés se ha asociado con abuso de alcohol para un

sujeto particular, el estrés puede funcionar como un estímulo condicionado que genera la respuesta condicionada compensatoria que da lugar al craving (Siegel & Ramos, 2002).

Este proyecto de tesis tiene por objetivo validar la Escala Multidimensional de Craving de Alcohol (EMCA) en la población chilena, siendo una escala de alta valoración en la práctica clínica, ya que permite evaluar el craving en su aspecto subjetivo de la dependencia al alcohol. La medición de este fenómeno resulta de gran interés para la investigación y para la práctica clínica, permitiendo ayudar al tratamiento y a la prevención de futuras recaídas. El proceso de medición del craving es complicado ya que evalúa diversos estímulos y mecanismos en una gran variedad de sujetos (Chesa et al., 2004). Debido a esto, la validación de la EMCA sería de gran utilidad para la práctica clínica y la investigación, ya que permitiría contar con un instrumento estandarizado, de fácil administración y codificación.

Antecedentes Teóricos y Empíricos

El no consumo es uno de los objetivos del tratamiento para los trastornos por consumo de alcohol (TCA), así como su mantención para la evitación de posibles recaídas. El craving, que proviene de la palabra en inglés “crave” (ansiar, anhelar), es uno de los distintos factores que afectan en el abandono terapéutico y el causante de recaídas tanto durante el proceso terapéutico como después del tratamiento (Chesa et al., 2004).

El craving se describe como un fenómeno psicobiológico influido por distintos factores: cognitivos, conductuales, emocionales, motivacionales, situacionales y de personalidad. Se define como una experiencia subjetiva de deseo intenso e incontrolable de consumir, o una necesidad imperiosa de consumir alguna droga y que si no es satisfecha, provoca malestares tanto físicos como psicológicos (Addolorato et al., 2005; Robles-Martínez et al., 2019).

Robles-Martínez et al. (2019) plantean que tanto la evolución de la adicción como su intensidad y pronóstico pueden verse influidos por factores como el craving

y la impulsividad, siendo el craving uno de los síntomas claves en las conductas adictivas, ya que mantiene el ciclo de la adicción a lo largo del tiempo.

Craving, abstinencia e impulsividad

Algunos autores plantean una distinción entre craving e impulso, siendo el craving la sensación subjetiva de deseo/necesidad por conseguir el estado psicológico que genera la droga, mientras que el impulso se describe como el determinante conductual de búsqueda y consumo de la sustancia (Sánchez-Hervás et al., 2001).

La impulsividad la definen algunos autores como una tendencia a dar una respuesta rápida, no planificada y sin considerar las consecuencias negativas que dicha conducta puede provocar. Se ha observado en diversos estudios que el craving y la impulsividad están estrechamente relacionados, observándose que a mayor deseo de consumo de alcohol aparecen mayores conductas impulsivas. Los bebedores con trastorno por consumo de alcohol obtienen puntuaciones más altas en diversas escalas que miden impulsividad, en comparacion con bebedores sin trastorno por consumo y los no bebedores (Robles-Martínez et al., 2019).

Se ha observado cómo aumenta la probabilidad de recaídas en sujetos con trastornos de uso y abuso de alcohol, incluso luego de haber logrado la desintoxicación y abstinencia, al aumentar los niveles de impulsividad (Flaudias et al., 2019).

En la dependencia por alcohol un rol importante es la autorregulación, el control de los impulsos y la toma de decisiones poco efectivas. Es por esto que tanto la impulsividad como el craving deben ser considerados como factores que influencian el curso de un TCA en las recaídas durante la abstinencia. La respuesta inhibitoria alude a la supresión automática de una respuesta que ha sido asociada al craving, y debido a esto, la relación entre el craving y la impulsividad es moderada por la severidad de la dependencia al alcohol, de forma que esta asociación es mayor en personas que presentan una dependencia más severa (Joos et al., 2013).

Los impulsos y el craving por el consumo son autónomos y automáticos, lo que quiere decir que pueden continuar incluso aunque la persona intente suprimir esos deseos. El craving involucra la presencia de pensamientos, conductas, emociones, imágenes sensoriales y recuerdos relacionadas al consumo, debido a esto si no se realiza una intervención adecuada, en la cual se pueda retomar el control de la conducta, el sujeto puede caer en un ciclo de auto-refuerzo de sí mismo, generando así una sensación de pérdida de control asociada al consumo compulsivo (Coates et al., 2020; Sánchez-Hervás et al., 2001).

Hasta hace unos años atrás, el craving se consideraba erróneamente como síntoma del síndrome de abstinencia; en la actualidad se ha demostrado que existe cierta compulsión que aparece en la abstinencia a largo plazo y que puede ser gatillada ya sea por un sorbo de alcohol o situaciones que se asocian al consumo previo. El craving es un concepto subjetivo de deseo de consumo de una sustancia, con síntomas como disconformidad psicológica, pensamientos intrusivos relacionados al consumo y estrés afectivo (Addolorato et al., 2005; Coates et al., 2020).

A su vez, el síndrome de abstinencia contribuye a la aparición del craving debido a que ciertos estímulos provocan en el individuo un estado aversivo, el cual se compone de respuestas emocionales negativas. Este estado es donde recae el deseo incontrolable de consumir o craving (Chesa et al., 2004).

Como se ha mencionado, dentro de la dependencia al alcohol, el craving es considerado como un componente importante, por la relevancia que tiene en las recaídas y en la continuidad del consumo posterior. Debido a esto es fundamental enseñar a los pacientes a analizar y afrontar cognitivamente sus deseos y a ser capaces de observar cómo pueden disminuir los deseos de consumo (Castillo & Bilbao, 2008).

Iraurgi y Corcuera (2008) describen 4 tipos de craving:

1. Como respuesta a los síntomas de abstinencia, donde el craving toma forma de una "necesidad de sentirse bien nuevamente". Esto sería producto del refuerzo negativo, provocando un alivio a los síntomas de abstinencia.
2. Craving como respuesta a la falta de placer, es una de las formas en que los sujetos al sentirse aburridos o apagados se "automedican" al no tener habilidades de afrontamiento, actuando así como un refuerzo positivo.
3. Como respuesta condicionada a las señales asociadas al consumo. Estímulos relacionados al consumo previo activan el craving de forma automática.
4. Respuesta a los deseos hedónicos. En ocasiones los pacientes experimentan el craving cuando buscan o desean aumentar la experiencia positiva o gratificación que implica el consumo para ellos.

En la actual versión del Manual Diagnóstico de Trastornos Mentales (DSM-5), se introduce por primera vez el concepto de craving como criterio diagnóstico, esta decisión fue arduamente evaluada. Si al agregar un nuevo criterio a un diagnóstico aumenta su exactitud, es importante evaluar la necesidad de validarlo como tal.

Finalmente su inclusión se relaciona con el hecho de entender el concepto de craving como objetivo de un tratamiento biológico contra la dependencia de alcohol. Se estudió la relación entre el craving y los criterios diagnósticos de otras sustancias, evaluando si su adición mejoraba la exactitud del diagnóstico. Se concluyó que la combinación de los criterios aumentaba significativamente en el diagnóstico en el caso del alcohol, la marihuana, la heroína y la nicotina. Mientras se espera que se produzca el desarrollo de indicadores de craving a nivel biológicos, los clínicos e investigadores pueden evaluar el craving a través de preguntas y auto-reportes (Becoña, 2013; Hasin et al., 2013)

En el craving los estímulos pueden ser variados y los mecanismos de activación tienden a ser compartidos entre distintas personas. Esto hace que su medición sea extremadamente compleja. (Robles-Martínez et al., 2019; Sánchez-Hervás et al., 2001).

Castillo y Bilbao (2008) postulan que en cuanto a su medición es importante considerar, como se mencionó anteriormente, que es un fenómeno complejo en el que inciden una gran variedad de aspectos situacionales, motivacionales, cognitivos, emocionales, conductuales, de personalidad y biológicos. Debido a esto, resulta difícil medirlo, ya que se trata de un fenómeno subjetivo multidimensional.

Dentro de las medidas de autoinforme desarrolladas, se encuentran escalas y cuestionarios, los cuales se pueden clasificar en:

1. Instrumentos unidimensionales, frecuentemente de un solo ítem.
2. Cuestionarios multidimensionales, formados por varios ítems capaces de evaluar diversos aspectos del mismo.
3. Cuestionarios sintomatológicos, relacionados con el deseo (Castillo & Bilbao, 2008; Guardia-Serecigni et al., 2006).

Nos centraremos en los cuestionarios multidimensionales, ya que parten de la consideración de que el fenómeno del craving se entiende como un continuo más que una medida dicotómica (Castillo & Bilbao, 2008; Guardia-Serecigni et al., 2006).

Potgieter et al. (1999) realizó una comparación entre diversos instrumentos de medición, donde concluye que varios se consideran incompletos y que se necesitan instrumentos que midan la multidimensionalidad, abarcando así todos los aspectos implicados en el deseo de consumir alcohol.

Existen diversos cuestionarios y escalas para medir el deseo de beber y la pérdida de control de consumir alcohol. Entre los principales cuestionarios se encuentran:

1. Alcohol Craving Questionnaire-Now (ACQ-Now), destinado a determinar los factores como el deseo por la bebida a través de la emotividad, la capacidad de ser resuelto, la compulsividad y las expectativas.
2. Alcohol Urge Questionnaire (AUQ), Consta de 8 ítems que miden el deseo de beber, la anticipación a los efectos positivos del consumo y la imposibilidad de rechazar el alcohol si éste estuviera presente.

3. Penn Alcohol Craving Scale (PACS). Cuestionario busca medir la frecuencia, intensidad, y duración del deseo, la habilidad para resistir el deseo y el grado de deseo global en los últimos 7 días.
4. Desire for Alcohol Questionnaire (DAQ). Es un cuestionarios de sintomatología asociada a la aparición del deseo subjetivo de consumir (Castillo & Bilbao, 2008; Jiménez.M, Monasor. R, 2003).

La EMCA, en la cual se centrará este proyecto de tesis, fue elaborada por Guardia-Serecigni y colaboradores en 2004, a modo de obtener una medición que permita ayudar al tratamiento de pacientes dependientes al alcohol y proporcionar un indicador de la situación actual del paciente y su evolución. La medición del estado de craving que presenta el sujeto es especialmente relevante a la hora de tomar decisiones terapéuticas, ya que esto permite adaptar de manera dinámica e individualizada las estrategias de intervención así como la intensidad y duración del tratamiento (Guardia Serecigni et al., 2006).

Esta escala se considera un instrumento interesante para el profesional dedicado al tratamiento de dependencia al alcohol por su utilidad a la orientación clínica de esta patología. Se caracteriza por presentar un número pequeño de ítems, lo que la hace de rápida y fácil aplicación, además de que se enfoca de manera general en el tratamiento, por lo que su uso es diverso y no se enfoca en un periodo breve de tiempo como el cuestionario PACS mencionado anteriormente, que principalmente se centra en personas que se encuentran en tratamiento. Se ha observado también que en el Desire for Alcohol Questionnaire, en su versión española, existen dificultades en la comprensión de las preguntas por parte de los pacientes y la corrección resulta compleja (Jiménez.M, Monasor. R, 2003).

La muestra total utilizada para la validación de la escala en España fue de 452 pacientes (85,2% hombres y 14,8% mujeres).

Para evaluar la validez de constructo del cuestionario, los autores obtuvieron las correlaciones entre las puntuaciones de la escala y un instrumento que evalúa los componentes obsesivo de beber, la prueba Obsessive-Compulsive Disorder

Symptoms (OCDS) y un instrumento que evalúa los componentes compulsivos de (CCOCB), correlaciones que se muestran en la tabla 1 (Guardia Serecigni et al., 2004).

Tabla 1.

Validez convergente. Correlación entre la EMCA y otras medidas ya establecidas.

Correlación Pearson	EAV basal	Puntuación total CCOB	Puntuación componente compulsivo	Puntuación componente obsesivo
EMCA global	0,56*	0,50*	0,50*	0,41*
EMCA deseo beber	0,54*	0,50*	0,46*	0,40*
EMCA desinhibición conductual	0,34*	0,25*	0,26*	0.20*

Nota. EAV = escala analógica visual; CCOCB = Cuestionario sobre los Componentes Obsesivo-Compulsivos de Bebida. *p < 0,01.

El análisis factorial realizado por los creadores concluyó que la escala posee 2 factores los cuales demostraron mayor fortaleza en sus resultados: El deseo de beber y la desinhibición conductual. Las correlaciones con las escalas de evaluación fueron r=0.56 y=0.50, respectivamente. La consistencia interna de sus factores es de $\alpha = 0.95$ en deseo de consumo y $\alpha = 0.73$ en desinhibición conductual (Guardia Serecigni et al., 2004).

Para completar las pruebas de fiabilidad con la prueba del test-retest, se administró la EMCA definitiva a un grupo de 38 pacientes, en 2 ocasiones separadas por un intervalo de 2 a 7 días. Los resultados de la prueba del test-retest fueron buenos, tanto respecto a la puntuación global (r = 0,85) como a sus 2 factores (r = 0,86 y r = 0,73), entregando evidencia de que la escala es estable en el tiempo (Guardia Serecigni et al., 2004).

Con respecto a los factores identificados, cabe señalar que, al sistematizar las formas de evaluar el craving es posible apreciar dimensiones comunes en los estudios.

Un elemento es transversal y tiene que ver con que existe un deseo que puede tener cierto nivel de intensidad. La intensidad del deseo de consumir alcohol es la más evaluada en distintos estudios o cuestionarios y se refiere a la percepción de qué tan fuerte es el deseo de beber (Leiva-Gutiérrez & Urzúa M., 2018).

Igualmente, es posible identificar una segunda variable y es el nivel de control que se tiene sobre dicho deseo y en qué medida la persona pierde el control o se puede reprimir el deseo de consumir. Esta variable es la desinhibición conductual, que hace alusión a la incapacidad de resistirse a consumir. Es el grado de control en que la persona es capaz o no de resistir el impulso de ejecutar la conducta de consumir alcohol (Guardia-Serecigni et al., 2006).

Si bien es positivo que la EMCA presente más de una dimensión, esto también puede ser problemático desde el punto de vista psicométrico, ya que la segunda dimensión de desinhibición conductual, solo presenta dos ítems, a diferencia de la primera que se compone de diez.

De acuerdo a estudios realizados por Guardia-Serecigni y colaboradores en el año 2006, la escala EMCA ha demostrado ser sensible a los cambios en la evolución del tratamiento del TCA a lo largo de un seguimiento por seis meses, siendo capaz de diferenciar entre pacientes que están abstinentes y pacientes que están en consumo de alcohol activo. Permitiendo así que la escala sea utilizada como indicador de la situación actual o la evolución del paciente y siendo evaluada como un instrumento válido y fiable (Guardia-Serecigni et al., 2006).

La evaluación del craving durante el tratamiento puede ayudar al manejo clínico de muchas maneras, mejorando la toma de decisiones según las necesidades de cada paciente. Además, se puede enseñar a los propios pacientes a auto-monitorearse, reconociendo así, situaciones de riesgo como primeros signos de craving, previniendo recaídas y manteniendo la adherencia al tratamiento (Chesa et al., 2004).

En Chile, no existen instrumentos que evalúen el craving de alcohol. Debido a esto, el objetivo del presente proyecto busca validar la escala mediante su aplicación

en una muestra de pacientes atendidos en 17 centros de tratamiento ambulatorio y residencial de la Región Metropolitana.

El objetivo de este estudio es la validación a través de un análisis que permita determinar la consistencia interna de la prueba, la estructura factorial y determinar si existen dos factores, tal como en la versión original del instrumento, y si cada uno de ellos se asocia a los mismos ítems que en la versión original. Por último, el procedimiento permite establecer la validez de contructo, de que el nivel de craving se correlacione positivamente con el síndrome de abstinencia y con impulsividad.

Objetivos

a) Objetivo General

Evaluar las propiedades psicométricas de la Escala Multidimensional de Craving de Alcohol para su uso en la población chilena.

b) Objetivos específicos del proyecto

- Establecer la confiabilidad de la escala en la versión chilena.
- Establecer la validez de constructo de la escala en la versión chilena.
- Establecer la estructura factorial de la escala.

Hipótesis

- Se espera que la Escala Multidimensional de Craving de Alcohol tendrá una adecuada consistencia interna.
- Se espera que el nivel de craving se correlacione positivamente con el síndrome de abstinencia (correlación grande entre las variables, alrededor de 0.5 en magnitud). En relación a la impulsividad, se espera que esta también se vea correlacionada con el nivel de craving de manera positiva.
- Se espera que la estructura factorial determinará que existen dos factores tal como en la versión original del instrumento y que cada uno de ellos se asocia a los mismos ítems que en la versión original.

Metodología

a. Participantes

Con la finalidad de obtener una muestra de personas que padecieran de un trastorno por uso de sustancias, se realizó una invitación a todos los pacientes del programa de alcohol y drogas de 17 centros de tratamiento ambulatorios y residenciales de la ciudad de Santiago, Chile. Quienes accedieron a participar del estudio, contestaron el cuestionario que fue administrado por un asistente de investigación entrenado en su aplicación.

De los encuestados, todos eran mayores de 18 años y sin edad límite. Además, la batería se aplicó tanto a hombres como mujeres pertenecientes a los distintos centros de tratamiento.

La muestra del estudio se compone de 387 participantes y el criterio utilizado corresponde a la pregunta 87 del cuestionario SENDA, la cual indaga por la *"la sustancia principal que lo llevó a consultar".*

Todos los participantes firmaron un consentimiento informado para el estudio.
Se consideraron como criterios de exclusión pacientes menores de edad y que no cumplieran con la pregunta 87 del cuestionario SENDA, la cual apunta a el alcohol como la sustancia principal de consumo.

b. Procedimiento

La escala de craving de alcohol se aplicó en una única oportunidad y no se consideró la etapa del tratamiento como determinante de la muestra. Los participantes tuvieron la opción de responder por sí solos las preguntas, con la posibilidad de ser asistidos por el investigador en caso de haber dudas específicas.

c. Instrumentos

El proceso de validación de esta escala forma parte de un estudio mayor del Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (FONDECYT), el cual busca la Adaptación del cuestionario UPPS-P (las siglas en inglés refieren a negative

Urgency, Premeditation, Perseverance, Sensation Seeking, and Positive urgency), que mide el comportamiento impulsivo en los sujetos.

Para este estudio, se aplicaron además el Cuestionario del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), Barratt impulsiveness scale (BIS 11), que mide impulsividad y Short alcohol Withdrawal Scale (SAWS) para síndrome de abstinencia.

En cuanto al Cuestionario SENDA se utilizará el módulo relacionado al consumo de alcohol, en cuanto a frecuencia de consumo, cantidad, etc. Específicamente para la muestra de la validación de EMCA se consideró la pregunta número 87, la cual pregunta por la "*la sustancia principal que lo llevó a consultar".*

En relación al uso del BIS 11, es una escala de auto-reporte compuesta por 30 ítems que mide impulsividad (principalmente precipitada).

Esta escala ha sido adaptada y validada para uso en Chile por Salvo y Castro en el año 2011. En las instrucciones se solicita que los sujetos contesten de forma rápida sin detenerse demasiado tiempo en cada ítem. Algunos ejemplos de ítems apuntan a: "*Planifico mis actividades con anticipación, actúo impulsivamente, compro cosas impulsivamente, etc".*

La escala SAWS es una escala de auto-reporte que consta de 10 ítems, los cuales miden síntomas de abstinencia al alcohol. Esta escala no ha sido adaptada para su uso en población chilena, y la versión empleada añadirá un ítem exploratorio. Este ítem corresponde a la afirmación: "*Me enojaba fácilmente".* Las instrucciones apuntan a cómo se siente el sujeto al detener o luego de disminuir el consumo de alcohol. A modo de ejemplo, algunos ítems de la escala aluden a: "*Me siento ansioso/a, sentía náuseas, tenía temblores, etc".*

Tabla 2.

Consistencia interna de los instrumentos.

	BIS11	SAW
media	61,949	24,095
desviación típica	12,534	9,752
índice de consistencia interna	0,615	0,875

El instrumento de referencia es la Escala Multidimensional de Craving de Alcohol, validada en España en 2004 por Guardia y colaboradores, siendo una escala de auto-reporte que consta de 12 ítems que miden el craving o deseo compulsivo de consumir alcohol. En la validación española participaron 452 pacientes que presentaban un trastorno por dependencia de alcohol. La puntuación de la escala va de 1 a 5 puntos desde “Muy de acuerdo” al “Muy en desacuerdo”.

La corrección se realiza sumando las puntuaciones de los ítems correspondientes a cada factor medido. De esta manera se obtiene una puntuación para cada factor y otra puntuación global: Deseo de beber =I1+I2 +I3+I5+I6+I7+I8+I9+I10+I11 y Desinhibición conductual = 12 - (I4 + I12) Puntuación global: Deseo de beber + Desinhibición conductual Guardia-Serecigni et al., 2004). Estos 2 factores han demostrado tener una buena consistencia interna: el deseo de beber y la desinhibición conductual o falta de “resistencia” (alfa de Cronbach = 0.95 y 0.73, respectivamente) (Guardia-Serecigni et al., 2011).

Aunque la escala fue creada en español, no ha sido adaptada para uso en Chile. Para la realización de la escala chilena se consultó a dos jueces, un terapeuta parte de un programa de drogas con amplia experiencia clínica y una persona a cargo del área de tratamiento de SENDA. Ellos sugirieron cambios en el fraseo de algunos ítems siendo el principal el de “beber” a “tomar alcohol” para la población en Chile. Además, se incluyó una breve introducción para hacer más fácil la comprensión de la escala.

También se cambió el aspecto temporal de 1 semana a 1 mes para ajustarse de mejor forma a las necesidades de la investigación (aunque es de suponer que este

cambio no genere un impacto muy significativo en las propiedades psicométricas de la prueba).

Por otra parte, se añadió un ítem exploratorio, un 13vo ítem, el cual responde a la pregunta *"Tengo tantas ganas de tomar alcohol que no puedo pensar en nada más"*, la cual se agregaría a la dimensión de deseo de beber. Este ítem corresponde a una pregunta realizada generalmente en evaluación de craving y tiene por finalidad agregar mayor validez de contenido a la escala, aportando un análisis de cómo se comporta el instrumento con el ítem agregado en relación al instrumento original. Finalmente, se modificó el formato de respuesta para incluir diferencias de frecuencia (1=nunca, 2=ocasionalmente, 3 = a menudo y 4 = siempre) que resultan más claras y pertinentes para la evaluación de craving que el grado de acuerdo del participante con cada afirmación.

d. Análisis de datos.

El desarrollo teórico propuesto por la escala original consta de 12 ítems, los cuales se distribuyen en 2 factores, deseo de beber (factor 1) y desinhibición conductual (factor 2).

Para poder evaluar la estructura factorial de las escalas se realizó un Análisis factorial confirmatorio (AFC), a modo de confirmar la estructura conceptual de la versión original. Para lo cual se compararon cuatro modelos de la escala. Dos de ellos unifactoriales en sus dos versiones, de 12 ítems como en la versión original y de 13 ítems correspondiente a la versión chilena. Otros dos modelos corresponden a modelos bifactoriales de dos factores, y de igual forma en sus dos versiones de 12 y 13 items. Este análisis nos permite comprender la estructura factorial de la escala y cuál se ajusta mejor a la población estudiada

Para medir la consistencia interna se utilizó Alpha de Cronbach y el coeficiente de Omega. De igual forma se compararon los resultados obtenidos en los cuatro modelos evaluados, a modo de contrarrestar los resultados con la versión original. A su vez, evaluar las cargas factoriales de cada factor en las diferentes versiones del modelo a estudiar.

Finalmente, se correlacionaron los puntajes del EMCA de acuerdo a los cuatro modelos evaluados con los promedios obtenidos en el cuestionario BIS 11 y en el

cuestionario SAWS, a modo de poder determinar cómo se comporta la escala multidimensional de craving de alcohol en relación a impulsividad y a síndrome de abstinencia. La magnitud de las correlaciones se interpreta normalmente como pequeña si está alrededor de 0.1, mediana si está alrededor de 0.3 y grande si está alrededor de 0.5 (Cohen, 1988).

Si bien no existen correlaciones entre estas variables, si hay autores como Joos (2013) que estableció la correlación entre la escala Alcohol Craving Questionnaire-Now (ACQ-Now) y BISS 11, obteniendo una correlación mediana de 0.33.
En cuanto a síndrome de abstinencia Beniwal y colaboradores en el año 2018 evaluaron la correlación entre diversas pruebas abstinencia a través de la Clinical Institute Withdrawal Assessment Scale–Alcohol-Revised (CIWA-AR) y craving con el cuestionario PACS. En los resultados obtenidos, las correlaciones en pruebas unilaterales la correlación de pearson es de 0.122 y de 0.520 en pruebas bilaterales. (Beniwal et al., 2018).

La validación de la versión en Chile requiere establecer las propiedades psicométricas propias del cuestionario. Las características psicométricas más fundamentales a evaluar para esto son: la confiabilidad, validez del constructo y la validez factorial.

El proceso de análisis considera el cálculo de estadísticos descriptivos, seguido de un análisis factorial confirmatorio para establecer su estructura factorial. Esto debido a que no se busca explorar la posible estructura factorial de la escala sino más bien confirmar la estructura conceptual que han establecido de antemano los creadores de EMCA. Sin embargo, la estructura de dos factores se comparará con un modelo unifactorial, que puede ser más parsimonioso. Para esto se utilizaron los siguientes índices de ajuste: Chi-Cuadrado, Error de aproximación cuadrático medio (RMSEA), Índice de ajuste comparativo (CFI) e índice Tucker-Lewis Index (TLI) .

La bondad de ajuste absoluto Chi-Cuadrado determina si el modelo tiene un ajuste aceptable cuando los valores de Chi-cuadrado/gl son de 2 a 3 y con límites de

hasta 5. Por su parte, el error de aproximación cuadrático medio (RMSEA), representa el ajuste anticipado con el valor total de la población. En general, valores en RMSEA menores de 0.05 indican un buen ajuste y los valores comprendidos entre 0.05 y 0.08 un ajuste razonable. Los valores CFI y TLI superiores a 0.95 se interpretan como un ajuste óptimo (Martínez, García-Alandete, Sellés, Bernabé, & Soucase, 2012).

La confiabilidad es uno de los conceptos más importantes en psicometría y se relaciona directamente con la consistencia o posibilidad de reproducir los resultados obtenidos de la aplicación de una prueba.

Para medir la consistencia interna se utilizó Alpha de Cronbach, el cual mide la precisión con la que los ítems de la escala miden el constructo en el estudio. Este es uno de los métodos más utilizados en la literatura para reportar la consistencia interna de un instrumento y evalúa la magnitud en que los ítems están correlacionados. Se espera en este estudio que un grupo de ítems que explora un factor común muestre un elevado valor de alfa de Cronbach (Hogan, 2015).

A su vez, se aplicó el Coeficiente Omega, el que a diferencia del Alpha de Cronbach trabaja con las cargas factoriales, que son la suma ponderada de las variables estandarizadas, transformación que hace más estable los cálculos y refleja de mejor forma el nivel de fiabilidad de la escala. En segundo lugar, no depende del número de ítems tal como se aprecia en su expresión matemática.

Finalmente, a diferencia del Alpha de Cronbach, el coeficiente Omega no asume una estructura tau-equivalente, supuesto que pocas veces se cumple para los instrumentos utilizados en psicología (Mcneish, 2017). Para considerar un valor aceptable de confiabilidad mediante el coeficiente omega, éstos deben encontrarse entre 0.70 y 0.90 (Ventura-Leon, 2017).

Aunque la confiabilidad test-retest es también un elemento importante en el proceso de adaptación y validación de escalas, dadas las limitaciones de recursos del estudio, se ha decidido no establecer este tipo de confiabilidad.

La validez de constructo consiste en establecer asociaciones con otros constructos de acuerdo a lo que se espera teóricamente (Cronbach y Meehl, 1955). Para esto, se utilizó la correlación de Spearman, la cual busca establecer la relación

entre 2 variables cuantitativas. Se optará por el coeficiente de correlación de Spearman en lugar de Pearson porque existe la posibilidad de que las escalas a correlacionar no se distribuyan de forma normal. Todos los análisis se ajustarán de acuerdo a la estructura multinivel de los datos, dado que los participantes provendrán de 17 centros de tratamiento distintos. Las variables ser

Resultados

Los cálculos estadísticos de análisis factorial confirmatorio se realizaron a través del software Mplus Versión 8.4. De igual forma, se utilizó este programa para obtener el coeficiente de Omega. La confiabilidad de la escala se midió a través de alfa de Cronbach y se realizó a través de Microsoft 365 en planilla excel. La validez de constructo se obtuvo mediante la medición de correlaciones en el programa estadístico SAS v9.3.

1. Estructura Factorial

El análisis factorial se realizó en sus cuatro versiones a modo de contrarrestar los resultados con los correspondientes a la escala original.Para ello se realizó en función de uno y dos factores, tanto para la versión validada en España con sus 12 ítems, como para la versión Chilena evaluada en esta tesis que consta de 13 ítems.

Tabla 3.

Cargas factoriales mediante Análisis Facrorial Confirmatorio

	Modelo 1 (1 factor 12 ítems)	Modelo 2 (1 factor 13 ítems)	Modelo 3 (2 factores 12 ítems)	Modelo 4 (2 factores 13 ítems)
item 1	0,912	0,921	0,921	0,918
item 2	0,851	0,852	0,851	0,852
item 3	0,898	0,893	0,898	0,893
item 4	-0,518	-0,515	0,764	0,758
item 5	0,584	0,579	0,584	0,579
item 6	0,864	0,865	0,864	0,865
item 7	0,820	0,820	0,820	0,821
item 8	0,787	0,795	0,787	0,796
item 9	0,943	0,940	0,943	0,940
item 10	0,914	0,913	0,914	0,913
item 11	0,974	0,980	0,974	0,980
item 12	-0,328	-0,329	0,463	0,466
item 13		0,892		0,892

Tabla 4.

Índices de Ajuste de los Modelos Evaluados mediante Análisis Factorial Confirmatorio

	Modelo 1 (1 factor 12 ítems)	Modelo 2 (1 factor 13 ítems)	Modelo 3 (2 factores 12 ítems)	Modelo 4 (2 factores 13 ítems)
χ^2	225.946	255.497	207.394	237.250
RMSEA	0.091	0.087	0.087	0.084
CFI	0.988	0.988	0.989	0.989
TLI	0.985	0.986	0.986	0.987

Nota. χ^2 = Calidad de ajuste de chi-cuadrado (Chi-Square Goodness); RMSEA = Raíz cuadrada de la media del error de aproximación (Root Mean Square Error of Approximation); CFI = Índice de ajuste comparativo (Comparative Fit Index); TLI = indice Tucker-Lewis Index.

Los resultados del análisis factorial confirmatorio, presentados en la Tabla 2, permiten observar que, en relación a la bondad de ajuste Chi-Cuadrado, del primer modelo presenta un valor de 225.946, con 54 grados de libertad y un nivel de significancia de $p < 0.000$.Así mismo, el índice de bondad de ajuste comparativo (CFI = 0.988) alcanza un valor favorable. La raíz cuadrada media de aproximación (RMSEA = 0.091) indica un ajuste favorable al igual que el índice de Tucker-Lewis (TLI = 0.985).

En cuanto al segundo modelo, la bondad de ajuste Chi-Cuadrado presenta un valor de 255.497, con 65 grados de libertad y un nivel de significancia $p < 0.000$.
El análisis del índice de bondad de ajuste comparativo (CFI = 0.988) alcanza valores favorables para su análisis. La raíz cuadrada media de aproximación (RMSEA = 0.087) indica un ajuste favorable al igual que el índice de Tucker -Lewis (TLI = 0.98).
El tercer modelo presenta un ajuste Chi-Cuadrado presenta un valor de 207.394 con 53 grados de libertad y un nivel de significancia $p < 0.000$. Asimismo, el índice de

bondad de ajuste comparativo alcanza un valor aceptable (CFI = 0.989). Por último, la raíz cuadrada media de aproximación se encuentra en un rango óptimo (RMSEA = 0.087), al igual que el índice de Tucker -Lewis (TLI = 0.986). En el último modelo se observa una bondad de ajuste Chi-Cuadrado de 237.250 con 64 grados de libertad con un nivel de significancia $p < 0.000$. El análisis de bondad de ajuste comparativo (CFI = 0.989) alcanza un valor favorable, al igual que la raíz cuadrada media de aproximación (RMSEA = 0.084) y el índice de Tucker -Lewis (TLI = 0.987).

En relación a los resultados obtenidos de los 4 modelos propuestos, el modelo que presenta un mejor ajuste a los datos es el correspondiente a la versión chilena, con 1 factores y 13 ítems. Sin embargo, las diferencias entre modelos son más bien menores, por lo que se puede afirmar que los cuatro presentan un ajuste aceptable.

2. Consistencia interna

En relación a la valoración de la fiabilidad de la escala medida a través de la consistencia interna, la cual mide la precisión en la que los ítems miden el constructo en el estudio, y en relación a las cargas factoriales de ésta, los resultados obtenidos se ven reflejadas en la tabla 3.

Tabla 5.
Consistencia interna

		α de Cronbach	Omega
Modelo versión chilena	EMCA global	0,848	0,944
	EMCA deseo de beber	0,939	0,970
	EMCA desinhibición conductual	0,417	0,554
Modelo original de 12 items	EMCA global	0,827	0,934
	EMCA deseo de beber	0,934	0,966
	EMCA desinhibición conductual	0,417	0,556

Los resultados obtenidos para las escalas globales de los modelos unifactoriales establecen para el modelo la versión chilena un $\alpha = 0,848$ con un ω= de 0,944, considerándose como valores óptimos en su consistencia interna. En el caso

del modelo original de 12 items, este también presenta valores óptimos con valores de $\alpha = 0{,}827$ con un ω= de 0,934.

Los resultados obtenidos para la medida de la consistencia interna de la escala establece que para el modelo de dos factores de la versión chilena de 13 ítems, la consistencia interna de cada factor corresponde para el factor deseo de beber $\alpha = 0.939$ y $\alpha = 0.417$ en el caso del factor de desinhibición conductual.

Con respecto a la escala utilizando 12 ítems, los valores para cada factor corresponden a $\alpha = 0.934$ para el factor de deseo de beber y $\alpha = 0.417$ en el caso del factor de desinhibición conductual.

Si bien el resultado para el factor de deseo de beber se encuentra dentro de los rangos considerados como óptimos, para el caso del factor de desinhibición conductual este se encuentra muy por debajo de lo esperado para ambos modelos.

El coeficiente de omega en el caso de 2 factores, tanto para la versión original de 12 ítems y la propuesta en este proyecto, los resultados son consistentes con los obtenidos en alfa de Cronbach, demostrando un adecuado valor en el factor de deseo de beber (ω= 0,966 y ω= 0,970 para sus versiones de 12 y 13 ítems respectivamente), pero en el caso del factor de desinhibición conductual estas se encuentran por debajo de lo esperado (ω= 0,556 y ω= 0,554).

De este modo, en ambas versiones, la precisión para la medición del factor de desinhibición conductual se encuentra por debajo de lo esperado, lo que, sumado a los resultados del análisis factorial confirmatorio (en que no se observan diferencias sustanciales entre los cuatro modelos), apunta a retener los modelos unidimensionales, que son más parsimoniosos y no incluyen el factor que presenta baja consistencia interna.

3. Validez de constructo

En relación a las asociaciones entre Craving y abstinencia e impulsividad, los resultados obtenidos se aprecian en la tabla 4.

Tabla 6.

Correlación entre cuestionarios BIS 11 y SAWS con EMCA.

	12 ítems global	12 deseo beber	12 desinhibición conductual	13 ítems global	13 deseo beber	13 desinhibición conductual
BIS11						
Correlación	0.10	0.14	0.01	0.10	**0.14**	0.01
p value	.114	.028	.868	.113	.026	.868
SAW						
Correlación	0.492	0.517	0.180	0.495	**0.520**	**0.180**
p value	<.0001	<.0001	.004	<.0001	<.0001	.004

La correlación entre la escala de impulsividad BIS 11 y EMCA en todas sus versiones es pequeña, con valores entre 0.01 y 0.14. Sin embargo, la correlación alcanza significancia estadística para ambas subescalas que miden el deseo de beber.

Si bien los resultados obtenidos son bajos, en comparación con otros estudios como el mencionado por Joos en 2013, en relación a la correlación entre impulsividad y craving, es importante considerar que se debe a diferencias en los cuestionarios, ya que la correlación en dicho estudio se hizo en base a cuestionarios AUQ y no a EMCA, por lo que no sería esperable que las correlaciones fueran idénticas entre un estudio y otro.

En el caso del cuestionario de síndrome de abstinencia SAWS, se observa una correlación mayor, tanto para la escala global de 12 como de 13 ítems y el factor de deseo de beber en ambas versiones, la correlación es grande, con valores entre 0.492 y 0.520, ya que se encuentran dentro de los rangos esperados.

Las Figuras 1, 2, 3 y 4 muestran una serie de gráficos con la correlación entre escalas del EMCA y puntajes del BIS y SAWS.

Figura 1. *Correlación Spearman entre cuestionario BIS 11 y EMCA 13 ítems, factor deseo de beber.*

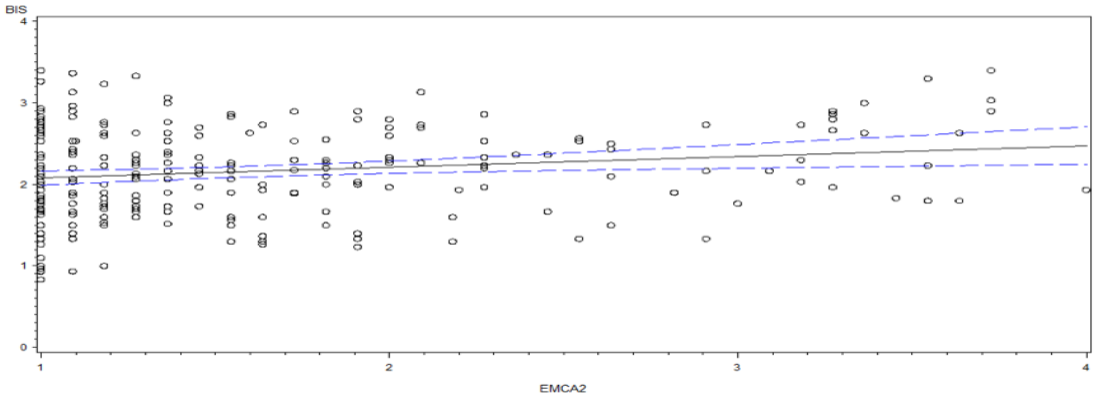


Figura 2. *Correlación Spearman entre cuestionario SAWS y EMCA 13 ítems, escala global.*

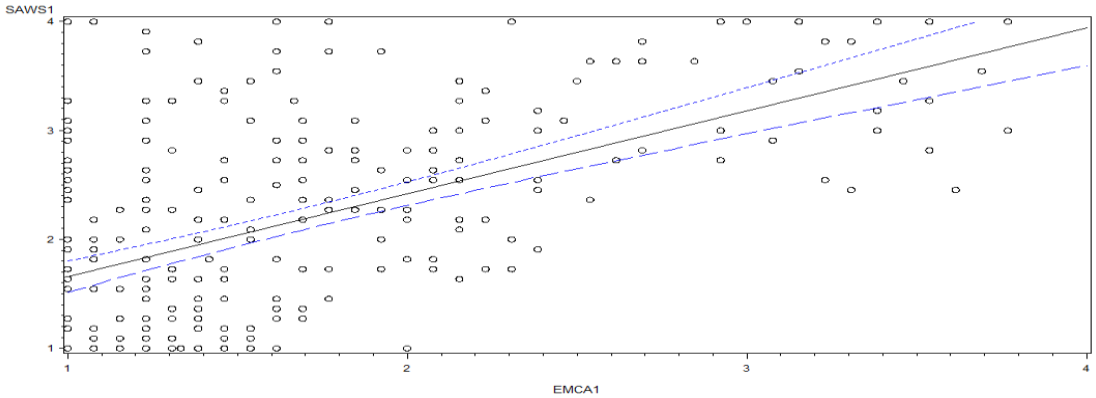


Figura 3. *Correlación Spearman entre cuestionario SAWS y EMCA 13 ítems, factor deseo de beber.*

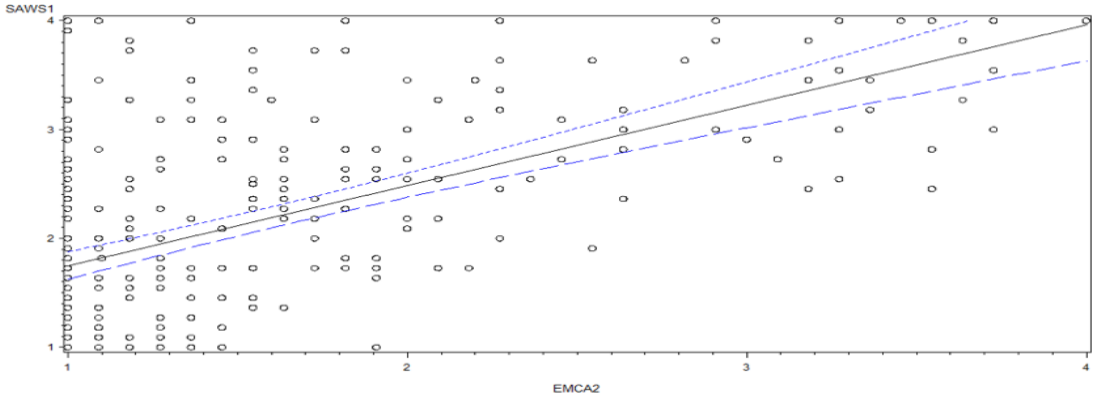
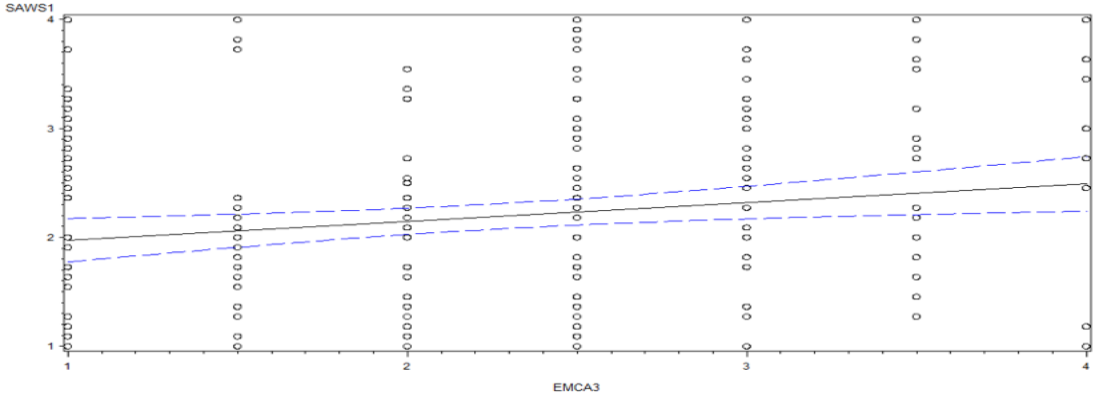


Figura 4. *Correlación Spearman entre cuestionario SAWS y EMCA 13 ítems, factor desinhibición conductual.*



Conclusiones y discusión

Resulta difícil conciliar las expectativas generadas a la validación de una escala para una determinada población, ya que se espera que cumpla con los criterios esperados a la versión original. Es aún más complejo cuando la escala debe ser utilizada en un contexto clínico tanto en el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de una patología como lo es la dependencia al alcohol, sobre todo cuando lo que se busca medir, es un fenómeno psicobiológico el cual es influenciado por distintos factores, cognitivos, conductuales, emocionales, motivacionales, situacionales. Debido a esto, resulta difícil medir el concepto de craving, ya que se trata de un fenómeno tanto subjetivo como multidimensional.

Es en este complejo contexto que se ha llevado a cabo esta investigación, buscando contrarrestar la escala original con la versión empleada en nuestro país, a modo de lograr su validación para el uso en nuestra población.

En relación a las propiedades psicométricas de la EMCA, los resultados obtenidos en esta investigación, no dan cuenta de un valor óptimo para el factor de desinhibición conductual. Estos resultados se contradicen con las hipótesis planteadas, ya que la estructura conceptual de la escala original de dos factores no es aplicable a nuestra población, debido a la baja consistencia interna de la subescala que presenta dos ítems. Debido a esto se concluye que un modelo unifactorial de 13 ítems resulta más parsimonioso para la población aplicada.

De igual forma, si bien la Escala Multidimensional de Craving de Alcohol para la población chilena presenta una adecuada consistencia interna en cuanto a su valoración global, esta no da cuenta de que el valor obtenido para uno de sus factores (desinhibición conductual) presente una consistencia adecuada, como se planteó en las hipótesis esperadas del estudio. La confiabilidad de la escala, medida a través de Alpha de Cronbach y coeficiente Omega, que miden la magnitud en que los ítems se encuentran correlacionados, da cuenta que si bien los resultados obtenidos para la escala global y para el factor de deseo de beber son fiables, en el caso del factor de desinhibición conductual, la consistencia interna del factor no alcanza un valor mínimo aceptable, por lo que no sería adecuado la utilización de dicho factor en nuestra población.

A su vez, se esperaba que las correlaciones con otras variables cuantitativas como lo son el síndrome de abstinencia y la impulsividad fueran grandes (alrededor de 0.5), pero los resultados obtenidos dan cuenta de una correlación pequeña entre impulsividad y EMCA (0.14), en tanto que la correlación entre síndrome de abstinencia y craving es mayor. Si bien las subescalas de EMCA se correlacionan con los cuestionarios BIS 11 y SAWS, tanto los resultados obtenidos del análisis factorial y de confiabilidad llevan a concluir que es preferible usar una escala unidimensional con 13 ítems por sobre la escala de 2 factores, ya que el modelo de 13 items

unifactorial presenta una buena asociación con el cuestionario SAWS, el cual mide síndrome de abstinencia (0.495).

En cuanto a las limitaciones de este estudio, se puede concluir en primera instancia que todos los instrumentos utilizados son de autoreporte, siendo los resultados obtenidos una interpretación subjetiva de cada participantes.

En segundo lugar, este estudio no cuenta con un análisis longitudinal que permita ver cómo se comporta la escala a lo largo del tiempo en la misma muestra, lo que podría aportar información relevante para el estudio de craving en trastornos por consumo de alcohol. A su vez, sería de gran relevancia la consideración de la etapa del tratamiento en que se encuentra el participante, de esta forma determinar la intensidad del craving y como estas se relacionan podrían entregar información relevante para futuras investigaciones.

Pese a estas limitaciones, se puede observar que el 13vo ítem exploratorio agregado, pareciera que se comporta bien dentro de la escala, añadiendo mayor contenido al factor de deseo de beber y así también a la escala en relación al concepto de craving.

Se ha podido confirmar que si bien la escala se comporta de acuerdo a lo planteado en esta investigación, el factor de desinhibición conductual no obtuvo los valores esperados, tanto para su estructura conceptual como en su consistencia interna.

Si bien el factor de desinhibición conductual no se comporta de acuerdo a lo esperado, la escala desde un modelo unifactorial presenta resultados óptimos siendo recomendable su utilización en la población chilena.

El estudio demuestra la evidencia de confiabilidad y validez de la EMCA en la población chilena, utilizando una muestra de buen tamaño de 387 participantes. A su vez, los resultados obtenidos dan cuenta de sus buenas propiedades psicométricas, indicando que es un instrumento adecuado y preciso en su utilización en el diagnóstico y tratamiento del craving para patologías como los trastornos por consumo de alcohol.

Referencias

Addolorato, G., Leggio, L., Abenavoli, L., & Gasbarrini, G. (2005). Neurobiochemical and clinical aspects of craving in alcohol addiction: A review. *Addictive Behaviors*, *30*(6), 1209–1224. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2004.12.011

Asociación Americana de Psiquiatría, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5®), 5a Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014.

Becoña, E. (2013). Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos. *MEDICINA PSICOSOMÁTICA Y PSIQUIATRÍA DE ENLACE REVISTA IBEROAMERICANA DE PSICOSOMÁTICA*, 58–61. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425657.x16-es

Beniwal, R., Kharb, R., Shekhawat, L., Bhatia, T., & Deshpande, S. (2018). Relationship between craving and early relapse in alcohol dependence: A short-term follow-up study. Indian Journal of Psychological Medicine, 40(4), 315. doi:10.4103/ijpsym.ijpsym_558_17

Castillo, I., & Bilbao, N. (2008). Craving: concepto, medición y terapéutica. *Norte de Salud Mental*, *7*(32), 1.

Chesa David, Abadias Maria Elías, Fernandez Eduardo, Izquierdo Eulalia, S. M. (2004). El Craving , Un Componente Esencial en la Abstinencia. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. No.89 Madrid Ene./Mar. 2004*, (93), 93–112.

Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Coates, J. M., Gullo, M. J., Feeney, G. F. X., McD. Young, R., Dingle, G. A., Clark, P. J., & Connor, J. P. (2020). Craving mediates the effect of impulsivity on lapse-risk during alcohol use disorder treatment. *Addictive Behaviors*, *105*(January), 106286. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.106286

Consulting, D., Resources, F., & Steps, N. (2020). *Start Running Your Statistical Analyses Now for Free - Click Here*. 0–3.

Cronbach, L. J., & Meehl, P. E. (1955). Construct validity in psychological tests. *Psychological bulletin*, *52*, 281-302.

Flaudias, V., Teisseidre, F., Chazeron, I. De, Chalmeton, M., Bertin, C., Izaute, M., … Maurage, P. (2019). A multi-dimensional evaluation of craving and impulsivity among people admitted for alcohol-related problems in emergency department. *Psychiatry Research*, *272*(May 2018), 569–571. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.118

Guardia Serecigni, J., Segura García, L., Gonzalvo Cirac, B., Trujols Albet, J., Tejero Pociello, A., Suárez González, A., & Martí Gil, A. (2004). Estudio de validación de la escala multidimensional de craving de alcohol. *Medicina Clínica*, *123*(6), 211–216. https://doi.org/10.1016/s0025-7753(04)74463-2

Guardia-Serecigni, J., Vived, E. L., Llosa, N. S., Burguete, T., & Moya, M. C. (2006). Utilidad de la Escala Multidimensional de Craving de Alcohol (EMCA) en la práctica clínica. *Adicciones*, *18*(3), 265–273. https://doi.org/10.20882/adicciones.343

Guardia-Serecigni, J. (2011). Neurobiología del Alcoholismo. *Evidencias y Herramientas Para Abordar El Paciente Con Trastornos Relacionados Con El Alcohol*, 13. Retrieved from https://www.sergas.es/gal/DocumentacionTecnica/docs/SaudePublica/adicciones/Curso_Alcohol/archivos/pdf/tema_2.pdf

Guardia-Serecigni, J., Surkov, S., Estorch, M., del Valle Camacho, M., & Ribas, G. G. (2011). Multidimensional alcohol craving scale and [123I] iodobenzamide SPECT as predictors of early relapse in alcohol-dependent patients. *Adicciones*, *23*(2), 157–164. https://doi.org/10.20882/adicciones.159

González, V. V., Miguez, G., Quezada, V. E., Mallea, J., & Laborda, M. A. (2019). Ethanol tolerance from a Pavlovian perspective. *Psychology & Neuroscience*, *12*(4), 495–509. https://doi.org/10.1037/pne0000181

Hasin, D. S., O'Brien, C. P., Auriacombe, M., Borges, G., Bucholz, K., Budney, A., … Grant, B. F. (2013). DSM-5 criteria for substance use disorders: Recommendations and rationale. *American Journal of Psychiatry*, *170*(8), 834–851. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.12060782

Heather, N., Booth, P., & Luce, A. (1998). Impaired Control Scale: Cross-validation and relationships with treatment outcome. *Addiction*, Vol. 93, pp. 761–771. https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.1998.93576112.x

Hogan, T. P. (2015). Pruebas Psicológicas. Una introducción práctica. In *Editorial El Manual Moderno* (Vol. 66).

Jiménez.M, Monasor. R, R. G. (2003). Instrumentos de evaluación en el alcoholismo. *Trastornos Adictivos*, *35*, 13–21.

Joos, L., Goudriaan, A. E., Schmaal, L., De Witte, N. A. J., Van Den Brink, W., Sabbe, B. G. C., & Dom, G. (2013). The relationship between impulsivity and craving in alcohol dependent patients. *Psychopharmacology*, *226*(2), 273–283. https://doi.org/10.1007/s00213-012-2905-8

Leiva-Gutiérrez, José, & Urzúa M., Alfonso. (2018). Craving en adicciones conductuales: propuesta de un modelo teórico explicativo en la adicción a Facebook y mensajería instantánea. *Terapia psicológica*, *36*(1), 5-12. https://dx.doi.org/10.4067/s0718-48082017000300001

Martínez, E. R., García-Alandete, J., Sellés, P., Bernabé, G., & Soucase, B. (2012). Análisis factorial confirmatorio de los principales modelos propuestos para el Purpose-In-Life Test. *Acta Colombiana de Psicología*, *15*(1), 67–76. Retrieved from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552012000100007

Mcneish, D. (2017). Psychological Methods Thanks Coefficient Alpha , We ' ll Take It From Here Thanks Coefficient Alpha , We ' ll Take It From Here. *Psychological Methods*, *may*(29). https://doi.org/10.1037/met000014

Ministerio del Interior y Seguridad Pública Gobierno de Chile. (2018). Décimo Segundo Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar de Chile (8 básico a 4 medio) 2017. In *Medwave* (Vol. 9). Retrieved from https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwj2tIe_l_PoAhVQILkGHceXCaAQFjAAegQIAhAB&url=http%3A%2F%2Fwww.senda.gob.cl%2Fwp-content%2Fuploads%2F2019%2F01%2FENPE-2017.pdf&usg=AOvVaw2_YrUtIz_C2nkgXIQXka_f

Méndez-Díaz, Mónica, Romero Torres, Brenda M., Cortés Morelos, Jacqueline, Ruíz-Contreras, Alejandra E., & Prospéro García, Oscar. (2017). Neurobiología de las adicciones. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, *60*(1), 6-16. Recuperado en 30 de noviembre de 2020, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422017000100006&lng=es&tlng=es.

Potgieter, A. S., Deckers, F., & Geerlings, P. (1999). Craving and relapse measurement in alcoholism. *Alcohol and Alcoholism*, *34*(2), 254–260. https://doi.org/10.1093/alcalc/34.2.254

Robles-martínez, M., García-carretero, M. Á., Rahola, J. G., Rodríguez-cintas, L., Palma-álvarez, R. F., Abad, A. C., … Torrens, M. (2019). Relación entre craving e impulsividad en pacientes con dependencia alcohólica con o sin patología dual en tratamiento ambulatorio : un estudio descriptivo. *Instituto de Neuropsiquiatría y Adicciones (INAD). Parc de Salut Mar, Barcelona (España) 2Institut Hospital Del Mar d'Investigacions Mèdiques (IMIM), Barcelona (España) 3CTS-391 Grupo*

Multidisciplinario Para El Progreso de La Salud Mental, Universidad De , *47*(3), 88–96.

Sáiz, P. A., G-Portilla, M. P., Paredes, M. B., Bascarán, M. T., & Bobes, J. (2002). Instrumentos de evaluación en alcoholismo. *Adicciones*, *14*(SUPPL. 1), 387–403. https://doi.org/10.1016/s1575-0973(03)70101-9

Sánchez-Hervás, E., Molina Bou, N., Del Olmo Gurrea, R., Tomás Gradolí, V., & Morales Gallús, E. (2001). Craving y adicción a drogas. *Trastornos Adictivos*, *3*(4), 237–243. https://doi.org/10.1016/s1575-0973(01)78570-4

Senda-Minsal. (2016). El consumo de alcohol en Chile: Situación epidemiológica. *Gobierno De Chile*, 10–11.

SAS Institute Inc. (2012). *What's New in SAS® 9.3*. SAS Institute Inc: Cary, NC.

Siegel, S., & Ramos, B. M. C. (2002). Applying laboratory research: Drug anticipation and the treatment of drug addiction. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, *10*(3), 162–183. https://doi.org/10.1037/1064-1297.10.3.162

Tiffany, S. T. (1999). Cognitive concepts of craving. *Alcohol Research and Health*, *23*(3), 215–224.

Ventura-Leon, C. R. (2017). El coeficiente Omega: un método alternativo para la estimación de la confiabilidad. *Revista Latinoamericana En Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, *15*(1), 625–627.

Anexo 1

Escala multidimensional de craving de alcohol para población chilena

CÓDIGO: _____

EMCA

A continuación hay una serie de oraciones que describen pensamientos y sentimientos respecto del alcohol. Para cada oración, por favor indique la frecuencia con que ha experimentado estos pensamientos o sentimientos: **Nunca**, **Ocasionalmente**, **A menudo** o **Siempre**.

Al responder, por favor trate de recordar cuál ha sido su experiencia durante los últimos 30 días.

En los últimos 30 días, he sentido o pensado que…	**Nunca**	**Ocasionalmente**	**A menudo**	**Siempre**
1. He tenido muchas ganas de tomar alcohol.	1	2	3	4
2. Habría hecho casi cualquier cosa por tomar alcohol.	1	2	3	4
3. He deseado tomar alcohol.	1	2	3	4
4. He podido controlar completamente mi deseo de tomar alcohol.	1	2	3	4
5. Tomar una copa habría sido ideal.	1	2	3	4
6. He estado pensando la manera de ir por un trago.	1	2	3	4
7. Tomar alcohol hubiera sido maravilloso.	1	2	3	4
8. He tenido muy a menudo la mente ocupada con imágenes relacionadas con el alcohol.	1	2	3	4
9. Las ganas de tomar han sido muy intensas.	1	2	3	4
10. Me hubiera sentido mejor si hubiera podido tomar alcohol.	1	2	3	4
11. Siento un fuerte deseo de tomar alcohol.	1	2	3	4
12. Aunque hubiese tenido la oportunidad no hubiera bebido.	1	2	3	4
13. Tengo tantas ganas de tomar alcohol que no puedo pensar en nada más.	1	2	3	4

Anexo 2

Escala BIS-11 adaptada y validada para uso en Chile por Salvo y Castro en el año 2011.

Anexo 1. Escala de Impulsividad de Barrat (BIS-11)

Esta es una escala para medir algunas de las formas en que usted actúa y piensa. No se detenga demasiado tiempo en las oraciones. Responda rápida y honestamente marcando una X en la opción que más le represente.
(Entrevistador: lea cada oración al entrevistado y marque la respuesta. Si no entiende la pregunta o si es más atingente plantéele la forma entre paréntesis).

	Rara mente o Nunca (0)	Ocasio-nalmente (1)	A menudo (3)	Siempre o casi siempre (4)
1. Planifico mis tareas con cuidado				
2. Hago las cosas sin pensarlas				
3. Casi nunca me tomo las cosas a pecho (no me perturbo fácilmente)				
4. Mis pensamientos pueden tener gran velocidad (mis pensamientos van muy rápido en mi mente)				
5. Planifico mis viajes (actividades) con antelación				
6. Soy una persona con autocontrol				
7. Me concentro con facilidad				
8. Ahorro con regularidad				
9. Se me hace difícil estar quieto/a por largos períodos de tiempo				
10. Pienso las cosas cuidadosamente				
11. Planifico para tener un trabajo fijo (me esfuerzo para asegúrame que tendré dinero para mis gastos) (planifico mis estudios para asegurarme rendir bien)				
12. Digo las cosas sin pensarlas				
13. Me gusta pensar sobre problemas complicados (me gusta pensar sobre problemas complejos)				

14. Cambio de trabajo frecuentemente (cambio de colegio con frecuencia)				
15. Actúo impulsivamente				
16. Me aburre pensar en algo por demasiado tiempo				
17. Visito al médico y al dentista con regularidad				
18. Hago las cosas en el momento en que se me ocurren				
19. Soy una persona que piensa sin distraerse (puedo enfocar mi mente en una sola cosa por mucho tiempo)				
20. Cambio de vivienda a menudo (no me gusta que mis padres vivan en el mismo sitio por mucho tiempo)				
21. Compro cosas impulsivamente				
22. Yo termino lo que empiezo				
23. Camino y me muevo con rapidez				
24. Resuelvo los problemas experimentando (resuelvo los problemas tratando una posible solución y viendo si funciona)				
25. Gasto más dinero de lo que tengo/de lo que gano				
26. Hablo rápido				
27. Tengo pensamientos extraños (irrelevantes) cuando estoy pensando				
28. Me interesa más el presente que el futuro				
29. Me siento inquieto/a en clases (me siento inquieto/a si tengo que oír a alguien hablar demasiado tiempo)				
30. Planifico para el futuro (me interesa más el futuro que el presente)				

Anexo 3

Escala SAWS

CÓDIGO: _____

SAWS

A continuación hay una serie de frases que describen las consecuencias negativas que las personas pueden experimentar cuando los efectos del alcohol desaparecen. Esto incluye la mañana siguiente de haber consumido o los primeros días después de parar de consumir o disminuir el consumo.

Para cada oración, por favor indique la frecuencia con que ha experimentado esta consecuencia: **Nunca**, **Ocasionalmente**, **A menudo** o **Siempre**.

Al responder, por favor trate de recordar cuál ha sido su experiencia durante los últimos 6 meses.

En los últimos 6 meses, luego de parar de consumir o disminuir el consumo de alcohol …	**Nunca**	**Ocasionalmente**	**A menudo**	**Siempre**
1. Me sentía ansioso(a).	1	2	3	4
2. Tenía problemas para dormir.	1	2	3	4
3. Tenía problemas de memoria.	1	2	3	4
4. Sentía nauseas (ganas de vomitar).	1	2	3	4
5. Estaba inquieto(a).	1	2	3	4
6. Tenía temblores.	1	2	3	4
7. Me sentía confundido.	1	2	3	4
8. Transpiraba mucho.	1	2	3	4
9. Me sentía deprimido(a).	1	2	3	4
10. Sentía el corazón acelerado.	1	2	3	4
11. Me enojaba fácilmente.	1	2	3	4