

Test para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT): Traducción y validación del AUDIT al catalán y castellano

CONTEL GUILLAMÓN, M. *, GUAL SOLÉ, A.** , COLOM FARRAN, J.***

*Psicóloga. Unidad Alcoholología de la Generalitat de Cataluña-Hospital Clínico y Provincial de Barcelona.

** Jefe de Servicio. Unidad Alcoholología de la Generalitat de Cataluña-Hospital Clínico y Provincial de Barcelona.

*** Director de los Programas de Drogodependencias y Sida. Departamento de Sanidad y Seguridad Social. Generalitat de Cataluña.

Enviar correspondencia a:

Montserrat Contel. Òrgan Tècnic de Drogodependències. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Pavellón Ave Maria. Travessera de Les Corts, 131-159. 08028 Barcelona. Tel: 93 2272900, Ext. 1352. Fax: 93 2272990. E-mail: mcontel@dsss.scs.es

Resumen

OBJETIVO: Validar el cuestionario AUDIT (en catalán y castellano) para la detección precoz de consumos de riesgo y trastornos relacionados con el alcohol en la Atención Primaria. **METODO:** 409 sujetos realizaron una exploración completa: AUDIT, criterios DSM-III-R y parámetros de laboratorio. **RESULTADOS:** No se encontraron diferencias significativas entre la versión catalana y la española, pero sí entre la población femenina y masculina. Para la detección de consumos de riesgo el 9 resultó ser el mejor punto de corte en la población masculina pero no se pudo hallar un punto de corte adecuado en la población femenina. En la detección del SDA, resultó un punto de corte de 10 en el caso de los hombres, y de 10 u 11 indistintamente en el de las mujeres. **CONCLUSIÓN:** El AUDIT resultó ser un buen instrumento en la detección de consumos de riesgo y de SDA. Sin embargo, algunos detalles, como la ausencia de punto de corte en el sexo femenino para consumos de riesgo, aconsejan seguir la investigación.

Palabras clave: *Diagnóstico_ Alcoholismo, Métodos_ Cribaje, Cuestionarios, Reproducibilidad_ Resultados, Sensibilidad y Especificidad*

Abstract

AIM: Validation of the AUDIT questionnaire (in Catalan and Spanish) for early diagnosis of risk consumption and alcohol related problems in Primary Health Care. **METHODOLOGY:** A full examination of 409 subjects was carried out: AUDIT, DSM-3-R criteria and Laboratory parameters. **RESULTS:** No differences were found between the Catalan and Spanish versions but there were between the male and female population. To detect risk consumption, 9 was the best cut-off point among males but it was not possible to find a clear cut-off point for females. As for ADS diagnosis, 10 was the cut-off point among males, and 10 or 11 indistinctly among females. **CONCLUSION:** The AUDIT can be considered a good instrument for determining risk consumption and ADS. However, some details, as the lack of a cut-off point among females needs further research.

Key words: *Alcoholism_Diagnosis, Mass Screening_Methods, Questionnaires, Reproducibility of Results, Sensitivity and Specificity.*

II. INTRODUCCION

Existe una gran variedad de problemas de salud relacionados con el uso de alcohol. Muchos de ellos aparecen asociados, inadvertidamente por lo común, a la sintomatología por la cual consultan una porción significativa de pacientes de medicina general (1), (2), (3). Ello sugiere pensar en estrategias que permitan una detección precoz y una intervención

preventiva para las cuales el médico de asistencia primaria se halla en una posición privilegiada.

La O. M. S. define en 1981 (4) el concepto de consumo peligroso de alcohol como aquel que confiere al individuo el riesgo de sufrir en un futuro daños físicos y/o psíquicos. Así mismo define en 1992 el uso dañino o nocivo de alcohol como aquel en el que el riesgo anterior se sustituye por la existencia ya de daños reales (5).

El objetivo de las técnicas de detección precoz se centra en identificar personas con consumos peligrosos o nocivos de alcohol en un estadio inicial, antes de que aparezcan serios daños o dependencia, para poner en marcha seguidamente un plan que permita reducir el consumo hasta niveles sin riesgo y, por extensión, disminuir o evitar la patología bio-psico-social asociada. Babor et al. (6) ya plantean esta doble necesidad: diseño de instrumentos de cribaje simples (como base fundamental) e intervención precoz, que incluye información, consejo breve, manuales de auto-ayuda, grupos de auto-ayuda y seguimiento médico.

Dichos autores y posteriormente Saunders et al. (7) revisaron con este fin los cuestionarios, procedimientos de exploración clínica y pruebas de laboratorio más utilizados y conocidos (incluyendo MAST, CAGE, Le Go Grid, GGT, ASAT, ALAT, VCM, Desialotransferrina, presencia de alcohol en fluidos corporales, etc., entre otras) obteniendo conclusiones parecidas: todos ellos se orientan al diagnóstico diferencial del síndrome de dependencia alcohólico, mostrando limitaciones manifiestas en la detección precoz de consumos problemáticos (baja sensibilidad y/o especificidad para dicho supuesto) y una alta especificidad cultural. Por último, pocos han sido pensados especialmente para el ámbito de la atención primaria y sus características especiales.

A partir de esta revisión y detectando esta necesidad, la O.M.S. encarga a un grupo de investigadores el desarrollo de un instrumento de cribaje simple (7). El resultado de este estudio, que implicó a seis países, fue el AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test): un cuestionario sencillo compuesto por 10 ítems que exploran cantidad y frecuencia de consumo, conductas dependientes y problemas relacionados con el alcohol. Cada ítem tiene 5 posibilidades de respuesta que puntúan entre 0 y 4, excepto los ítems 9 y 10 en los cuales sólo existen tres posibilidades que puntuarían 0-2-4. Dicho cuestionario se mostró fiable y válido (en los distintos países) para la detección de consumos de riesgo y consumos nocivos de alcohol (7), (8), con dos puntuaciones como mejor punto de corte (1): 8 y 10.

Si tomamos el 8 como punto de corte para la detección de consumos de riesgo, se observó una sensibilidad del 97 % y una especificidad del 78% (media de los seis países participantes). En cuanto al diagnóstico de dependencia del alcohol, un 99% de los alcohólicos obtuvieron puntuaciones de 8 o más.

Si por el contrario utilizaban el 10 como punto de corte para la detección de consumos de riesgo se conseguía una sensibilidad del 92% y una especificidad del 87% (media de los seis países participantes). El 98% de los alcohólicos obtuvieron puntuaciones de 10 o más.

De cualquier manera, el comité investigador recomienda la validación del cuestionario en cada país y éste es el contexto y objetivo en el que se enmarca el presente artículo.

Diversos estudios, desde entonces, se pusieron en marcha con dicha finalidad, obteniendo resultados dispares. Algunos de ellos se refieren a población rural (9), desempleados (10), población universitaria (11) y en el ámbito laboral (12).

Nosotros dirigiremos nuestra atención hacia aquellos que se centraron en el ámbito de la atención primaria y en la población general. Los estudios más destacados se hallan resumidos en la Tabla 1.

Bohn (8) sitúa el punto discriminativo en 10, tanto para detección de consumos de riesgo, como para diagnóstico de dependencia alcohólica.

Rubio y cols. (17) señalan el 8 como mejor punto de corte general aunque sugieren la conveniencia de reducirlo a 6 en el sexo femenino, y a 5 en el caso de mayores de 60 años.

El presente estudio tiene por objetivo validar en Cataluña la traducción al catalán y al castellano del AUDIT.

III. MATERIAL.

El estudio se realizó con una muestra de sujetos voluntarios procedentes de la población de pacientes

TABLA 1. Estudios previos de validación. Principales resultados.

País	Autores	Año	Punto de Corte	Sensibilidad	Especificidad
EE.UU	Schmidt et al. (13)	1995	5	0.61	0.84
EE.UU	Volk et al. (14)	1997	4	0.85	0.84
EE.UU	Bohn (8)	1995	10	0.87	0.75
Australia	Conigrave (15)	1995	8	0.94	0.81
Italia	Piccinelli et al. (16)	1997	5	0.84	0.90
España	Rubio y cols. (17)	1998	8	0.80	0.90
España	Martínez Delgado (18)	1996	6	0.89	0.88

atendidos en el Servicio de Medicina Interna (MDI) del Hospital Clínic i Provincial de Barcelona.

Los criterios de exclusión fueron: 1. Tener un diagnóstico previo de Síndrome de Dependencia alcohólico (SDA), 2. Haber estado en tratamiento para desintoxicación de alcohol y 3. Negativa del paciente a colaborar.

Resultó una muestra final de 349 sujetos, 190 hombres y 159 mujeres, de edades comprendidas entre 15 y 83 años.

Se utilizó para el estudio el Cuestionario AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) en castellano o catalán (según el idioma materno de los sujetos) (Anexo1 y 2) y su parte clínica, una Entrevista diagnóstica (en la que se exploran la historia toxicológica, el patrón de consumo, alteraciones psicopatológicas y criterios DSM-III-R), una Exploración física y Tests de laboratorio.

Se añadieron, como grupo control, 60 sujetos (40 hombres y 20 mujeres) escogidos al azar entre la población que hizo demanda de tratamiento en la Unidad de Alcoholología de la Generalitat de Cataluña, ubicada en el mismo Hospital Clínic y Provincial de Barcelona. Todos ellos cumplían criterios de dependencia alcohólica.

Así, la muestra total se compuso de 409 sujetos, de edades comprendidas entre 6 y 83 años y una media de 47,29 años \pm 14,78. De ellos, 230 eran hombres (56,23 %) con una edad media de 48,93 \pm 14,34 y 179 mujeres (43,77 %) con una media de 45.08 \pm 15.09 años.

IV. METODO.

La selección de la muestra fue realizada al azar, diariamente en el Servicio de MDI, por el equipo administrador del cuestionario. Dicho equipo se compuso de tres psicólogos que se organizaron por turnos de manera que cada día de la semana estuviera cubierto por dos de ellos.

Para cada sujeto entrevistado, la prueba constaba de tres fases: 1. Administración del cuestionario

AUDIT y exploración de síntomas clínicos por uno de los miembros del equipo, 2. Entrevista diagnóstica (utilizando el protocolo ya mencionado) realizada por el segundo psicólogo sin que mediara intercambio alguno de información entre ellos y 3. Revisión del historial médico y recogida de indicadores de laboratorio.

Para el tratamiento estadístico de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS con el que se realizaron las siguientes pruebas:

Parámetros descriptivos de la muestra.

Parámetros de comparación entre grupos: T-test para muestras independientes.

Fiabilidad: Alfa de Cronbach (Consistencia interna), Análisis factorial (análisis de componentes principales y normalización Varimax con Kaiser) y ANOVA de un factor.

Validez: Sensibilidad (S) o proporción de positivos reales bien clasificados por la prueba, Especificidad (E) o proporción de negativos bien clasificados, Valor predictivo para positivos (VPRP) o proporción de positivos detectados por la prueba que realmente lo son, Valor Predictivo para negativos (VPRN) o proporción de negativos reales entre todos los detectados y Eficiencia (VPG) o valor predictivo global, para criterios de consumo de riesgo y dependencia.

Los criterios externos utilizados para evaluar los resultados en el AUDIT fueron:

Criterios DSM-III-R, para SDA.

Ingesta semanal de alcohol, expresada en Gramos de alcohol puro, obtenidos mediante interrogatorio directo en el transcurso de la entrevista diagnóstica, para Consumo de riesgo.

V. RESULTADOS.

La muestra total utilizada fue de 409 sujetos, como ya se ha mencionado: 349 no SDA (85,3% del total de la muestra) procedentes del servicio de MDI y 60 SDA (14,7%), procedentes de la Unidad de Alcoholismo. Los resultados obtenidos en el AUDIT se resumen en la tabla 2.

TABLA 2. Puntuaciones medias obtenidas en el AUDIT

No SDA (n=349)				SDA (n=60)			
4,28 \pm 3,93				22,38 \pm 8,10			
Sexo		Idioma		Sexo		Idioma	
Hombres (n=189)	Mujeres (n=160)	Catalán (n=172)	Castellano (n=177)	Hombres (n=41)	Mujeres (n=19)	Catalán (n=20)	Castellano (n=40)
5.83 \pm 4.18	2.43 \pm 2.62	4.16 \pm 3.68	4.40 \pm 4.17	21.71 \pm 8.21	23.84 \pm 7.88	22.95 \pm 7.83	22.10 \pm 8.32

Al comparar el grupo de sujetos con diagnóstico de SDA con el grupo de población general, la prueba t-test de comparación de medias para muestras independientes reveló una diferencia estadísticamente significativa ($t=-16,96$; $p= 0.000$). La diferencia entre ambos grupos se mantiene también al distribuir las muestras por sexos ($t= -12,05$ para el sexo masculino y $t= -11,76$ para el femenino; $p= 0,000$ en ambos casos).

Al comparar los resultados obtenidos por catalano y castellanoparlantes, la prueba t-test para muestras independientes no detectó una diferencia significativa ($p> 0.05$).

Fiabilidad: El coeficiente Alpha de Cronbach, aplicado al grupo de 349 sujetos no alcohólicos, fue de 0.62. Todos los ítems de la escala mostraron una sig-

nificación estadística con la puntuación total del AUDIT ($p= 0.000$ en todos los casos) (Tabla 3).

Las puntuaciones en los ítems del grupo de alcohólicos tenían un valor Alpha de 0.76 y una correlación positiva estadísticamente significativa ($p= 0.000$) de todos los ítems con la puntuación global del AUDIT, excepto en el caso del ítem 10 ($p= 0.077$). (Tabla 4).

Los mismos estadísticos calculados para el total de la muestra ($N= 409$) rebelan un coeficiente Alpha de Cronbach de 0.88 y una correlación positiva de todos los ítems con el total de la escala ($p= 0.000$, en todos los casos)(Tabla 5). Al comparar la varianza de cada uno de los ítems con la puntuación total del AUDIT con la prueba ANOVA de un sólo factor, se observó una relación estadísticamente significativa en todos los casos ($p=0.000$ en todos los casos).

TABLA 3. ANALISIS DE FIABILIDAD - ALPHA DE CRONBACH - MUESTRA MDI

	Media	Desviación Estandar	Casos	Correlación del ítem con el total de la escala
AUDIT1	1,9427	1,4825	349,0	0.64
AUDIT2	,3496	,6507	349,0	0.66
AUDIT3	,4441	,9471	349,0	0.70
AUDIT4	,1490	,5679	349,0	0.56
AUDIT5	,0888	,3875	349,0	0.37
AUDIT6	,0716	,4948	349,0	0.42
AUDIT7	,1891	,6240	349,0	0.40
AUDIT8	,0573	,3426	349,0	0.33
AUDIT9	,0573	,3970	349,0	0.23
AUDIT10	,9398	1,3769	349,0	0.55
Alpha = ,6208			Item Alpha Estandarizado= ,6967	

TABLA 4. ANALISIS DE FIABILIDAD - ALPHA DE CRONBACH - MUESTRA SDA

	Media	Desviación Estandar	Casos	Correlación del ítem con el total de la escala
AUDIT1	3,5000	,9478	60,0	0.56
AUDIT2	2,2000	1,3629	60,0	0.60
AUDIT3	2,8333	1,4633	60,0	0.62
AUDIT4	1,8167	1,4671	60,0	0.48
AUDIT5	1,5000	1,4901	60,0	0.65
AUDIT6	1,4833	1,7222	60,0	0.58
AUDIT7	2,6667	1,5909	60,0	0.61
AUDIT8	1,6167	1,3666	60,0	0.72
AUDIT9	1,2000	1,7736	60,0	0.54
AUDIT10	3,5667	1,1103	60,0	0.23
Alpha = ,7556			Item Alpha Estandarizado= ,7588	

TABLA 5. ANALISIS DE FIABILIDAD - ALPHA DE CRONBACH - MUESTRA TOTAL

	Media	Desviación Estandar	Casos	Correlación del ítem con el total de la escala	Análisis de la variancia respecto al total
AUDIT1	2,1711	1,5195	409,0	0.60	F= 68.30 (p=0.000)
AUDIT2	,6210	1,0293	409,0	0.80	F= 187.67 (p=0.000)
AUDIT3	,7946	1,3383	409,0	0.82	F= 204.08 (p=0.000)
AUDIT4	,3936	,9671	409,0	0.73	F= 125.63 (p=0.000)
AUDIT5	,2958	,8361	409,0	0.72	F= 116.47 (p=0.000)
AUDIT6	,2787	,9422	409,0	0.68	F= 108.71 (p=0.000)
AUDIT7	,5526	1,2118	409,0	0.79	F= 164.76 (p=0.000)
AUDIT8	,2861	,8218	409,0	0.77	F= 167.95 (p=0.000)
AUDIT9	,2249	,8679	409,0	0.58	F= 103.29 (p=0.000)
AUDIT10	1,3252	1,6313	409,0	0.67	F= 204.88 (p=0.000)
Alpha = ,8802				Alpha Estandarizado= ,8972	

El análisis factorial (análisis de componentes principales y normalización Varimax con Kaiser) extrajo 2 factores que explican el 64,5 % de la varianza total de la escala. Los ítems 1, 2 y 3 son los que quedan mejor explicados por el conjunto de los citados factores (muestran una elevada presencia de ambos factores).

El análisis discriminativo confirma que los dos grupos (alcohólicos y pacientes de medicina interna) obtuvieron puntuaciones para cada uno de los ítems con una diferencia estadísticamente significativa (p= 0.000).

Validez:

1. Consumo de riesgo: El criterio externo utilizado para buscar el punto de corte idóneo en el AUDIT fue el consumo de alcohol recogido en gramos de alcohol puro/semana. Se considera consumo de riesgo toda

ingesta superior a 280 gramos de alcohol puro/semana en los hombres, y superior a 168 gramos de alcohol puro/semana en las mujeres.

El mejor punto de corte del AUDIT para la detección de consumos de riesgo en el sexo masculino resultó ser el 9: S= 0.9000, E= 0.8146, VPRP= 0.2143, VPRN= 0.9932, VPG= 0.8191 (Tabla 6). En cambio, no se encontró un punto de corte válido para la detección de consumos de riesgo en la población femenina, dado que todas las pruebas de sensibilidad obtuvieron valores inaceptables (Tabla 7).

2. Diagnóstico de Síndrome de Dependencia Alcohólica (SDA):

El criterio externo utilizado fue el DSM-III-R, ya que el 57.9 % del grupo de no alcohólicos no completó la exploración AUDIT adicional, por faltarle uno o más de los ítems requeridos (habitualmente los valores procedentes de analítica). Así sola-

TABLA 6. INDICADORES DE VALIDEZ PREDICTIVA PARA CONSUMO DE RIESGO – HOMBRES

PUNTO DE CORTE	SENSIBILIDAD	ESPECIFICIDAD	VPRP	VPRN	EFICIENCIA
AUDIT>=5	0.9000	0.5056	0.0928	0.9890	0.5266
AUDIT>=6	0.9000	0.5730	0.1059	0.9903	0.5904
AUDIT>=7	0.9000	0.6517	0.1268	0.9915	0.6649
AUDIT>=8	0.9000	0.7303	0.1579	0.9924	0.7394
AUDIT>=9	0.9000	0.8146	0.2143	0.9932	0.8191
AUDIT>=10	0.7000	0.8483	0.2059	0.9805	0.8404
AUDIT>=11	0.6000	0.8876	0.2308	0.9753	0.8723
AUDIT>=12	0.6000	0.9157	0.2857	0.9760	0.8989
AUDIT>=13	0.6000	0.9438	0.3750	0.9767	0.9255

VPRP= Valor predictivo respuesta positiva

VPRN= Valor predictivo respuesta negativa

TABLA 7 . INDICADORES DE VALIDEZ PREDICTIVA PARA CONSUMO DE RIESGO - MUJERES

PUNTO DE CORTE	SENSIBILIDAD	ESPECIFICIDAD	VPRP	VPRN	EFICIENCIA
AUDIT>=4	0.333	0.774	0.028	0.984	0.766
AUDIT>=5	0.333	0.865	0.045	0.985	0.854
AUDIT>=6	0.333	0.916	0.071	0.986	0.905
AUDIT>=7	0.333	0.935	0.091	0.986	0.924
AUDIT>=8	0.333	0.948	0.111	0.987	0.937
AUDIT>=9	0.333	0.974	0.200	0.987	0.962
AUDIT>=10	0.000	0.981	0.000	0.981	0.962

VPRP= Valor predictivo respuesta positiva

VPRN= Valor predictivo respuesta negativa

mente 147 casos fueron válidos, lo cual invalidó la prueba como criterio externo.

Cuando se analizó la validez de la escala para la muestra de 349 sujetos no alcohólicos, no pudo hallarse un punto de corte idóneo (Tablas 8 y 9):

Al incluir el total de la muestra (N= 409), el AUDIT resultó ser un buen instrumento para la detección de trastornos por dependencia del alcohol, para un punto de corte de 10 en el sexo masculino y de 10-11 (indistintamente) en el femenino (Tablas 10 y 11).

VI. DISCUSIÓN.

Fiabilidad.

El análisis de la fiabilidad mostró que el AUDIT posee un buen nivel de consistencia interna (Alpha= 0.88, correlación positiva estadísticamente significativa de todos los ítems con el total de la escala y análisis de variancia estadísticamente significativo entre

TABLA 8. INDICADORES DE VALIDEZ PREDICTIVA PARA SDA – HOMBRES

PUNTO DE CORTE	SENSIBILIDAD	ESPECIFICIDAD	VPRP	VPRN	EFICIENCIA
AUDIT>=4	1	0.395	0.179	1	0.466
AUDIT>=5	0.909	0.535	0.204	0.978	0.577
AUDIT>=6	0.864	0.599	0.221	0.971	0.630
AUDIT>=7	0.818	0.677	0.250	0.966	0.693
AUDIT>=8	0.727	0.754	0.281	0.955	0.751
AUDIT>=9	0.727	0.844	0.381	0.959	0.831
AUDIT>=10	0.682	0.886	0.441	0.955	0.862

VPRP= Valor predictivo respuesta positiva

VPRN= Valor predictivo respuesta negativa

TABLA 9. INDICADORES DE VALIDEZ PREDICTIVA PARA SDA - MUJERES

PUNTO DE CORTE	SENSIBILIDAD	ESPECIFICIDAD	VPRP	VPRN	EFICIENCIA
AUDIT>=8	0.667	0.955	0.222	0.993	0.950
AUDIT>=9	0.667	0.981	0.400	0.994	0.975
AUDIT>=10	0.667	0.994	0.667	0.994	0.987
AUDIT>=11	0.667	0.994	0.667	0.994	0.987
AUDIT>=12	0.667	0.994	0.667	0.994	0.987
AUDIT>=13	0.667	0.994	0.667	0.994	0.987
AUDIT>=14	0.333	0.994	0.500	0.987	0.981

VPRP= Valor predictivo respuesta positiva

VPRN= Valor predictivo respuesta negativa

TABLA 10. INDICADORES DE VALIDEZ PREDICTIVA PARA SDA - HOMBRES

PUNTO DE CORTE	SENSIBILIDAD	ESPECIFICIDAD	VPRP	VPRN	EFICIENCIA
AUDIT>=7	0.905	0.677	0.514	0.950	0.739
AUDIT>=8	0.873	0.754	0.573	0.940	0.787
AUDIT>=9	0.873	0.844	0.679	0.946	0.852
AUDIT>=10	0.841	0.886	0.736	0.937	0.874
AUDIT>=11	0.778	0.916	0.778	0.916	0.878
AUDIT>=12	0.714	0.934	0.804	0.897	0.874
VPRP= Valor predictivo respuesta positiva			VPRN= Valor predictivo respuesta negativa		

TABLA 11. INDICADORES DE VALIDEZ PREDICTIVA PARA SDA- MUJERES

PUNTO DE CORTE	SENSIBILIDAD	ESPECIFICIDAD	VPRP	VPRN	EFICIENCIA
AUDIT>=7	0.955	0.942	0.700	0.993	0.944
AUDIT>=8	0.955	0.955	0.750	0.993	0.955
AUDIT>=9	0.955	0.981	0.875	0.994	0.978
AUDIT>=10	0.955	0.994	0.955	0.994	0.989
AUDIT>=11	0.955	0.994	0.955	0.994	0.989
AUDIT>=12	0.864	0.994	0.950	0.981	0.978
VPRP= Valor predictivo respuesta positiva			VPRN= Valor predictivo respuesta negativa		

cada uno de los ítems y la puntuación total de la escala). Estos resultados fueron muy parecidos a los obtenidos por el estudio internacional en el que se desarrolló el AUDIT (7) y también similares a los que resultaron del estudio de Rubio (17) y del de Martínez Delgado (18) en España. Ello hace de la escala un instrumento fiable en la detección de problemas relacionados con el consumo de alcohol.

Las preguntas del AUDIT con valores más elevados fueron la 1 (media= 1,9427 ± 1,4825) y la 10 (media= 0,9398 ± 1,3769), que exploran frecuencia de consumo y recomendaciones acerca de reducir o abandonar el consumo de alcohol. Así, parece que la mayoría de la muestra ingiere alguna bebida alcohólica casi cada semana y no tuvieron que ser advertidos de la conveniencia de reducir su consumo, al menos en el último año. En cambio, Las preguntas 8, 9, 6 y 5 obtuvieron puntuaciones medias muy bajas. Ello coincide con las previsiones dado que los últimos ítems mencionados recogen información sobre presencia de sintomatología de dependencia y trastornos causados por el alcohol, que no presentaban la mayoría de la muestra estudiada (85,3% no alcohólicos). También es probable que estos bajos resultados se deban a que precisamente, estas cuatro preguntas exploran aspectos habitualmente relacionados con sentimientos de vergüenza o culpa que favorecen la defensividad y la negación: descontrol y lagunas de memoria,

daños propios o ajenos, ingesta en ayunas e incumplimiento de obligaciones por intoxicación, respectivamente.

En este sentido, los resultados obtenidos en el análisis de ítems son muy similares a los encontrados en la investigación de Rubio (17). Al comparar las medias de cada ítem de ambas adaptaciones, nosotros encontramos puntuaciones ligeramente inferiores, aunque muy similares, en la muestra procedente de MDI (n=349). Ello puede explicarse probablemente por el hecho de que en dicha muestra, a diferencia de la de Rubio, quedaban expresamente excluidos los casos con antecedentes o diagnóstico conocido de SDA. Si por el contrario comparamos nuestra muestra total (N=409) que incluye los casos con SDA, encontramos medias ligeramente superiores a las de Rubio aunque, de nuevo, muy similares.

A pesar de la similitud mencionada, cabe destacar las diferencias observadas en los ítems 2 y 10, que merecen especial atención. Respecto al ítem 2, que explora cantidad de consumo, nosotros obtuvimos medias inferiores a la encontrada por Rubio en su investigación (media= 1,63), y ello tanto si incluimos los alcohólicos (media= 0,62) como si utilizamos sólo la muestra de no alcohólicos (media= 0,35). Esta diferencia puede estar relacionada con la traducción realizada de este ítem: mientras Rubio utiliza "¿Cuántas "bebidas alcohólicas" toma durante un día típico en el

que ha bebido?"; nuestra versión castellana fue "¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?". A la luz de los resultados es posible interpretar que nuestra adaptación del ítem 2 es quizá menos comprensible y da lugar a interpretar que preguntamos acerca del consumo diario, generando confusión y unas puntuaciones sesgadas. Otro factor que pudiera influir en un menor número de respuestas defensivas en el caso de Rubio es la metodología utilizada en la administración del cuestionario: es la enfermera quien reparte el cuestionario en la sala de espera para ser cumplimentado por el paciente, mientras que en nuestro estudio fue administrado por un entrevistador en un despacho.

Respecto al ítem 10, la muestra utilizada por Rubio obtuvo una media menor (0,31) que aquellas que resultaron de nuestra investigación (media= 0,94 para la muestra sin historial de alcoholismo, y media=1,33 para los 409 sujetos de la muestra total). Al contrastar las versiones, en este caso, no se aprecian diferencias significativas entre la de Rubio ("¿Algún pariente, amigo, médico o profesional sanitario le ha expresado su preocupación por su bebida o le ha sugerido dejar de beber?") y la nuestra ("¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?"). Esta vez parece que nuestra muestra tuvo menos dificultades para aceptar problemática asociada al consumo, sin que encontremos una explicación razonable para ello.

Al analizar detenidamente las dos versiones aún encontramos otra diferencia sorprendente, esta vez de enunciado: el ítem 3 fue traducido por Rubio ("¿Con qué frecuencia toma seis "bebidas" o más en una sola ocasión?") con matices sensiblemente diferentes a nuestra versión ("¿Con qué frecuencia toma seis o más bebidas alcohólicas en un solo día?") sin que se observe diferencia en las puntuaciones medias obtenidas (no alcohólicos=0,44/muestra total=0,80 frente a la media observada por Rubio= 0,93). A pesar de que nosotros utilizamos "en un solo día" como expresión más adecuada a nuestro contexto y patrón de consumo, no hallamos evidencias de que nuestro criterio fuera realmente acertado.

Todos los ítems sin excepción mostraron una buena correlación con el total de la escala. Cabe destacar, sin embargo, que los ítems 1 (frecuencia de consumo) y 9 (daños causados por intoxicación) presentaron una pobre correlación con el resto de ítems de la escala, lo cual puede deberse a la especificidad de la información que recogen. En cambio, el ítem 8 (incapacidad de recordar los acontecimientos de la noche anterior) fue el que mostró correlación significativa con mayor número de ítems (8 en total) como era de esperar y quizá pudiera suprimirse de la versión

final dado que no parece muy discriminatorio y se asocia, en cambio, a sentimientos de vergüenza.

Los ítems 3, 6 y 7 (que correlacionaron significativamente con 7 ítems, cada uno) tampoco parecen demasiado discriminatorios y deberemos cuestionarnos su inclusión en la versión resumida, después de realizar análisis adicionales.

Al realizar el análisis de la variancia, sin embargo, los ítems 10, 3 y 2 respectivamente se mostraron como los que contribuyen en mayor medida a la puntuación total. Si tenemos en cuenta el resultado del análisis factorial, podemos concluir que los tres primeros ítems parecieran imprescindibles en la escala y, en cambio, deberemos seguir estudiando la conveniencia de suprimir otros ítems.

Validez predictiva para consumo de riesgo: El cuestionario AUDIT mostró ser un buen instrumento en la detección de consumos de riesgo para el sexo masculino, para un punto de corte de 9 puntos (0-8= negativo, 9-40=positivo). Situando la significación en este valor, la escala detectó el 90 % de los positivos reales y el 81,46 % de los negativos reales, con una eficiencia (porcentaje de casos clasificados correctamente) del 81,91 %, siendo los mal clasificados en su mayoría considerados como positivos por el AUDIT, lo cual resulta bastante aceptable contando con la finalidad preventiva del instrumento.

En cambio, no se pudo comprobar su validez en la detección de consumos de riesgo de mujeres al no hallar puntos de corte que confirieran una sensibilidad aceptable a la escala ($S < 34$ %). Ello puede deberse a que sólo 3 mujeres (1,9 %) reconocieron en el interrogatorio directo una ingesta de alcohol superior a 168 gramos semanales. En cambio, al explorar indirectamente el patrón de consumo a través del AUDIT se recogen, sea cual sea el punto de corte, más casos positivos.

Lo mismo sucedió al intentar determinar la validez de la escala para la detección de dependencia alcohólica, en ambos sexos: a pesar de que el DSM-III-R es considerado un buen criterio externo sólo 3 mujeres (1,9 % de las mujeres) y 22 hombres (11,6 % de los hombres), en total un 7,2 % de la muestra de no alcohólicos, reconocieron sintomatología de dependencia. Sin embargo, al incluir los 60 sujetos con diagnóstico de SDA (que por tanto sí admitieron criterios de dependencia), encontramos que el 10 es la puntuación que mejor discrimina entre los hombres (detecta el 84 % de los SDA y el 89 % de los sujetos que no cumplen criterios SDA, con una eficiencia del 87%). También en el sexo femenino esta estrategia permitió calcular el mejor punto de corte que se situó en 11: el 96 % de positivos y el 99 % de los negativos quedan detectados y sólo un 1 % quedaron mal clasificadas.

Todo ello se debe quizá a que en la población general que consulta en atención primaria, las pregun-

tas directas sobre sus hábitos de consumo de alcohol o la exploración de criterios de dependencia alcohólica por parte de extraños produce sorpresa y defensividad, hipótesis que parecieron confirmar los entrevistadores, mientras que en la población que consulta por problemas derivados de su consumo alcohólico la defensividad fue menor. Probablemente debiera replicarse el estudio pero utilizando a los propios médicos como entrevistadores ya que la relación médico-paciente previamente existente debería facilitar un clima de mayor confianza y menor defensividad.

También es importante tener en cuenta que nuestra población procede, por razones de presupuesto, de un medio hospitalario. Aunque sean derivados al servicio de Medicina Interna del Hospital Clínico desde la Atención Primaria, es muy probable que su nivel de patología sea mayor y que esto esté sesgando los resultados: quizá el presentar mayor patología o el hecho de ser derivados a un especialista pueda estar contribuyendo a una mayor defensividad en las respuestas. Debería, pues, replicarse el estudio en el propio contexto de la Atención Primaria y ver si se observan diferencias.

Por otra parte, el hecho de que los puntos de corte para consumo de riesgo y para SDA se acerquen tanto, podría estar relacionado con el matiz ligeramente menos neutro y más culpabilizador de nuestra traducción en comparación con la realizada por Rubio y cols. (17). Si conseguimos una adaptación que genere menos defensividad, es probable que los sujetos con problemas relacionados con el alcohol consigan contestar positivamente en mayor número de ítems, de modo que sus puntuaciones en el AUDIT se distancien más de las de aquellos sujetos con un consumo de riesgo (que no presentan aún ningún tipo de problema derivado de dicho consumo).

A pesar de todo, los puntos de corte que resultaron de nuestro estudio coinciden con los que se desprenden del estudio internacional de la OMS de validación del AUDIT (7), en el que se recomiendan el 8 y el 10 como mejor punto de corte, tanto para consumo de riesgo como para criterios de dependencia (de modo que también se solapan las puntuaciones). También Bohn (8) halla el mismo efecto de solapamiento y recomienda un único punto de corte para los dos supuestos: 10.

Rubio y cols. (7) sitúan el punto de corte general para la detección de problemas por el uso de alcohol (abuso y dependencia) en 8, pero cuando analizan por sexos establecen el 6 para las mujeres y el 9 para los hombres. Respecto a este estudio es importante recordar las diferencias en la traducción ya mencionadas y el distinto criterio externo utilizado (criterios de consumo de riesgo CIE-10 en nuestro caso, y criterios de abuso DSM-IV en su caso). A pesar de ello, el resultado para el sexo masculino es el mismo. No ocurre lo mismo con el estudio de Martínez Delgado,

quien utilizando el mismo criterio que Rubio y cols. recomienda el 6 como mejor punto de corte para abuso y SDA en ambos sexos, y el 12 para SDA. Quizá las diferencias con nuestro estudio puedan estar relacionadas con cuestiones metodológicas de tamaño muestral (N= 209 en su caso) y de procedimiento (no diferencia la muestra por sexos, ni incluye muestra de alcohólicos, etc.). También la edad media de la muestra resultante puede influir (34 años en su caso frente a 47 años de media en el presente estudio) puesto que factores culturales y sociales hacen que los jóvenes admitan con mayor facilidad sus problemas con el alcohol y queden menos enmascarados, de modo que las puntuaciones discriminatorias no se solapan.

Finalmente, a la vista de todas las consideraciones y comparaciones, podemos concluir que el AUDIT, como escala autoadministrada, es un instrumento útil (aún cuando podría beneficiarse de la reformulación de algunos de sus ítems) que favorece la privacidad y sinceridad de respuesta, especialmente en aquellos cuya consulta no se halla relacionada con el alcohol o en aquellos sujetos sin conciencia de consumo excesivo.

AGRADECIMIENTOS

A Miquel Monrás, por su ayuda en el análisis estadístico de los datos. A Marina Comín y a Tina Villa por su colaboración en el trabajo de campo y recogida de datos.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Babor TF, de la Fuente JR, Saunders J, Grant M. **AUDIT. The alcohol use disorders identification test: Guidelines for use in primary health care.** Programme on substance abuse. World Health Organization, 1992; 1-2
- (2) Chick J. **Early intervention in the General Hospital.** En: Stockwell T, Clement S, editores. *New initiatives in community care.* London: Croom Helm; 1987.
- (3) Saunders JB, Aasland OG, Amundsen A, Grant M. **Alcohol consumption and related problems among primary health care patients: WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-I.** *Addiction* 1993; 88: 349-362.
- (4) Edwards G, Arif A, Hodgson R. **Nomenclature and classification of drug and alcohol related problems: a WHO memorandum.** *Bulletin of the World Health Organization* 1981; 59: 225-242.
- (5) World Health Organization. **Mental and Behavioural Disorders due to Psychoactive Substance Use.** En: *International Classification of Diseases (10th revision).* Geneva: World Health Organization, 1992. P. 320-324.

- (6) Babor TF, Ritson EB, Hodgson RJ. **Alcohol-Related Problems in the Primary Health Care Setting: a review of early intervention strategies.** British Journal of Addiction 1986; 81: 23-46.
- (7) Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant M. **Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II.** Addiction 1993; 88: 791-804.
- (8) Bohn MJ, Babor TF, Kranzler HR. **The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): validation of a screening instrument for use in medical settings.** Journal of Studies on Alcohol 1995; 56 (4): 423-432.
- (9) Barry KL, Fleming MF. **The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) and the SMAST-13: Predictive Validity In A Rural Primary Care Sample.** Alcohol and Alcoholism 1993; 28 (1):33-42.
- (10) Claussen B, Aasland OG. **The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) In A Routine Health Examination Of Long-Term Unemployed.** Addiction 1993; 88 (3): 363-368.
- (11) Fleming MF, Barry KL, MacDonald R. **The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in a College Sample.** International Journal Addiction 1991; 26 (11) 1173-1185.
- (12) Seppa K, Makela R, Sillanaukee P. **Effectiveness of The Alcohol Use Disorders Identification Test in Occupational Health Screenings.** Alcoholism: Clinical and Experimental Research 1995; 19 (4): 999-1003.
- (13) Schmidt A, Barry KL, Fleming MF. **Detection Of Problem Drinkers: The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT).** Southern Medical Journal 1995; 88 (1): 52-59.
- (14) Volk RJ, Steinbauer JR, Cantor SB, Holzer CE. **The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a Screen for At-Risk Drinking in Primary Care Patients of Different Racial/Ethnic Backgrounds.** Addiction 1997; 92 (2): 197-206.
- (15) Conigrave KM, Hall WD, Saunders JB. **The AUDIT questionnaire: choosing a cutt-off score.** Addiction 1995; 90 (10): 1349-1356.
- (16) Piccinelli M, Tessari E, Bortolomasi M, Piasere O, Semenzin M, Garzotto N, Tanzella M. **Efficacy of The Alcohol Use Disorders Identification Test as a Screening Tool for Hazardous Alcohol Intake and Related Disorders in Primary Care: a Validity Study.** British Medical Journal 1997; 314 (7078): 420-424.
- (17) Rubio Valladolid G, Bermejo Vicedo J, Caballero Sanchez-Serrano MC, Santo-Domingo Carrasco J. **Validación de la Prueba para la Identificación de Transtornos por Uso de Alcohol (AUDIT) en Atención Primaria.** Revista Clínica Española 1998; 198 (1): 11-14.
- (18) Martínez Delgado JM. **Validación de los cuestionarios breves: AUDIT, CAGE y CBA para la detección precoz del síndrome de dependencia de alcohol en Atención Primaria.** Tesis Doctoral 1996. Departamento de Neurociencias. Universidad de Cadiz.

ANEXO 1

VERSIÓN CATALANA

1. Amb quina freqüència pren alguna beguda alcohòlica?

(0) mai (1) Un o menys cops al mes (2) 2 a 4 cops al mes (3) 2 o 3 cops a la setmana (4) 4 o més cops a la setmana

2. Quantes consumicions de begudes amb contingut alcohòlic sol fer en un dia de beure normalment?

(0) 1 o 2 (1) 3 o 4 (2) 5 o 6 (3) 7 a 9 (4) 10 o més

3. Amb quina freqüència pren sis o més consumicions alcohòliques en un sol dia?

(0) mai (1) menys d'un cop al mes (2) mensualment (3) setmanalment (4) a diari o quasi a diari

4. Amb quina freqüència en el curs del darrer any s'ha trobat que no podia parar de beure un cop havia començat?

(0) mai (1) menys d'un cop al mes (2) mensualment (3) setmanalment (4) a diari o quasi a diari

5. Amb quina freqüència en el curs del darrer any no ha pogut realitzar l'activitat que li corresponia, per haver begut?

(0) mai (1) menys d'un cop al mes (2) mensualment (3) setmanalment (4) a diari o quasi a diari

6. Amb quina freqüència en el curs del darrer any ha necessitat beure en dejú al matí per recuperar-se d'haver begut molt la nit anterior?

(0) mai (1) menys d'un cop al mes (2) mensualment (3) setmanalment (4) a diari o quasi a diari

7. Amb quina freqüència en el curs del darrer any ha tingut remordiments o sentiments de culpa després d'haver begut?

(0) mai (1) menys d'un cop al mes (2) mensualment (3) setmanalment (4) a diari o quasi a diari

8. Amb quina freqüència en el curs del darrer any ha estat incapaç de recordar què va passar la nit anterior perquè havia estat bevent?

(0) mai (1) menys d'un cop al mes (2) mensualment (3) setmanalment (4) a diari o quasi a diari

9. Vostè o alguna altra persona s'ha fet mal com a conseqüència de que vosté havia begut?

(0) no (2) sí, però no en el curs del darrer any (4) sí, el darrer any

10. Algun familiar, amic, metge o professional sanitari s'ha preocupat pel seu consum de begudes alcohòliques o li ha suggerit que deixi de beure?

(0) no (2) sí, però no en el curs del darrer any (4) sí, el darrer any

ANEXO 2

VERSIÓN CASTELLANA

1. Con que frecuencia consume alguna bebida alcohólica?

(0) nunca (1) Una o menos veces al mes (2) 2 a 4 veces al mes (3) 2 o 3 veces a la semana (4) 4 o mas veces a la semana

2. Cuantas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?

(0) 1 o 2 (1) 3 o 4 (2) 5 o 6 (3) 7 a 9 (4) 10 o mas

3. Con que frecuencia toma 6 o mas bebidas alcohólicas en un solo día?

(0) nunca (1) menos de una vez al mes (2) mensualmente (3) semanalmente (4) a diario o casi a diario

4. Con que frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?

(0) nunca (1) menos de una vez al mes (2) mensualmente (3) semanalmente (4) a diario o casi a diario

5. Con que frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?

(0) nunca (1) menos de una vez al mes (2) mensualmente (3) semanalmente (4) a diario o casi a diario

6. Con que frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?

(0) nunca (1) menos de una vez al mes (2) mensualmente (3) semanalmente (4) a diario o casi a diario

7. Con que frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?

(0) nunca (1) menos de una vez al mes (2) mensualmente (3) semanalmente (4) a diario o casi a diario

8. Con que frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?

(0) nunca (1) menos de una vez al mes (2) mensualmente (3) semanalmente (4) a diario o casi a diario

9. Usted o alguna otra persona han resultado heridos porque usted había bebido?

(0) no (2) sí, pero no en el curso del último año (4) sí, el último año

10. Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?

(0) no (2) sí, pero no en el curso del último año (4) sí, el último año

