

**Identificación dos trastornos
debidos ao consumo de alcohol.
Unha adaptación do AUDIT
a poboación galega**

37

IDENTIFICACIÓN DOS TRASTORNOS DEBIDOS AO CONSUMO DE ALCOHOL UNHA ADAPTACIÓN DO AUDIT Á POBOACIÓN GALEGA

**ÁREA DE METODOLOXÍA DAS CIENCIAS
DO COMPORTAMENTO
Universidade de Santiago de Compostela
Marzo 2006**

Edita:

Xunta de Galicia
Consellería de Sanidade - Sergas
Secretaría Xeral do Sergas

© da edición: Xunta de Galicia
1.^a edición: 2006

Coordinadores:

Jesús Varela Mallou
Aíndalecio Carrera Machado
Antonio Rial Boubeta
Teresa Braña Tobío
Jesús Osorio López

Traballo de campo:

Unidade de Psicoloxía do Consumidor e Usuario
Universidade de Santiago de Compostela

Imprime:
Difux, S.L.

Tirada: 1000 exemplares

I.S.B.N.: 84-453-4312-2
Depósito legal: C-2787-06

Os obxectivos xerais de saúde da OMS para período 2000-2015, recollidos no documento “O marco político de saúde para todos da rexión europea da OMS (SAÚDE 21)”, inciden na necesidade de que tanto os que sofren unha dependencia alcohólica como os que teñen un consumo de risco ou prexudicial poidan dispoñer dun tratamento eficaz e accesible.

Para acadar este obxectivo é moi importante detectar, canto antes, estes consumos, o que permitiría diminuír o risco de dano orgánico, e posibilitaría que os cambios condutuais sexan máis sinxelos de acadar e manter.

O instrumento máis axeitado para a tarefa de identificación da poboación de risco sobre a que se podería intervir é o AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test). Trátase dun cuestionario de rápida e sinxela aplicación, que permite detectar na poboación xeral o consumo excesivo de alcohol, así como o abuso e a dependencia. Estas características fan que sexa de grande utilidade para os profesionais de Atención Primaria, que son os máis próximos ao paciente e constitúen a “porta de entrada” ao sistema sanitario.

Este cuestionario foi validado en 38 países, entre os que se atopa España. Agora, é unha gran satisfacción para min presentar, nesta publicación, unha tradución do cuestionario ao galego, co correspondente estudo de validación en poboación galega realizado pola Universidade de Santiago de Compostela.

Espero que sexa unha ferramenta eficaz ao servizo dos profesionais galegos que traballan no ámbito das drogodependencias e que contribúa, xunto cos esforzos de todos, a paliar os negativos efectos, directos e indirectos, que o alcohol produce na nosa comunidade, frecuentemente infravalorados pola cidadanía.

María José Rubio Vidal
Conselleira de Sanidade

1. PRESENTACIÓN	9
2. OBXECTIVOS	23
2.1. Obxectivo xeral	25
2.2. Obxectivos específicos	25
3. METODOLOXÍA	27
3.1. Deseño	29
3.2. Variables	31
3.3. Suxeitos	36
3.4. Procedemento	40
4. RESULTADOS	43
4.1. Resultados no ámbito descritivo	45
4.1.1. Descritivos para a mostra xeral	45
4.1.2. Descritivos para os diferentes segmentos mostrais	50
4.2. Resultados no ámbito psicométrico	61
4.2.1. Fiabilidade	61
4.2.2. Validez de constructo	64
4.2.3. Validez de criterio	68
4.2.3.1. Concordancia co DSM-IV(TR)	69
4.2.3.2. Sensibilidade e especificidade	71
4.2.3.3. Capacidade discriminatória	80
4.3. Resultados no ámbito epidemiolóxico	84
4.4. Propiedades psicométricas para unha versión abreviada	87
5. CONCLUSIÓNS	93
6. BIBLIOGRAFÍA	99
7. ANEXOS	107
Anexo I:	
Ficha técnica para a validación galega do AUDIT	109
Anexo II:	
Ficha técnica para o AUDIT-8	111
Anexo III:	
Cuestionario utilizado	113

I. PRESENTACIÓN

I. Presentación

1. Presentación

Segundo a OMS, a meta dunha saúde plena consiste en acadar un *estado completo de benestar físico, mental e social, e non só a ausencia de enfermidades*. Nese senso, certos comportamentos poden resultar prexudiciais para acadar este ansiado benestar; entre eles atópase o consumo de drogas. O consumo de substancias, tanto legais como ilegais, supón hoxe en día unha das principais preocupacións no ámbito sociosanitario. Por iso, os esforzos dos profesionais da saúde céntranse, na actualidade, na prevención e tratamento dos trastornos derivados do uso abusivo destas; especialmente en relación co alcohol, xa que é a substancia máis consumida despois do tabaco, e a que máis problemas sanitarios e sociais orixina.

Non en van, o alcohol foi considerado pola OMS como unha das drogas potencialmente máis perigosas para a saúde física, psíquica e social das persoas. Razón pola cal xorde a iniciativa de elaborar a Carta europea sobre o alcohol, presentada en París, en decembro de 1995, na Conferencia Europea sobre Saúde, Sociedade e Alcohol, coa intención última de que todos os estados membros elaborasen políticas globais sobre o seu consumo. Entre as medidas recollidas na carta, atópase o recoñecemento do dereito a coñecer as consecuencias do consumo de alcohol e medrar e desenvolverse nun medio libre destas, a dispoñer dun tratamento (no caso de que o seu consumo sexa nocivo) e a ter a liberdade de beber ou non.

Na actualidade, o consumo problemático de alcohol considérase unha enfermidade, o que fai que apareza recollido nos dous principais sistemas diagnósticos empregados no ámbito mundial, o DSM-IVTR e a CIE-10. E, en ambos os dous se distinguen dous niveis de consumo segundo a gravidade e consecuencias deste: (1) un primeiro nivel que implicaría un consumo perigoso para o suxeito; e, (2) un segundo nivel, máis grave, definido por un conxunto de síntomas fisiolóxicos e condutuais que indican que o suxeito perdeu o control sobre o uso do alcohol e segue a beber a pesar das súas consecuencias adversas.

O primeiro nivel de consumo supón a inxestión de grandes cantidades de alcohol a pesar dos problemas que comezan a xerar na vida do suxeito, o que figura no DSM-IV-TR como **abuso do alcohol** e na CIE-10 como **consumo prexudicial ou de risco** (ver cadros 1 e 2). Tamén se considera abusivo o consumo (aínda que este non sexa excesivo) en determinadas circunstancias, como pode ser durante o embarazo, a minoría de idade, a toma de medicamentos, antes de conducir... Este tipo de consumo é moi habitual na poboación, e resulta perigoso, precisamente, polo feito de que case a metade dos suxeitos que abusan do alcohol corren un alto risco de converterse en alcohólicos.

Cadro 1. Criterios DSM-IV-TR para o abuso de substancias (F10.1)

Un patrón desadaptativo de consumo de substancias que comporta unha deterioración ou malestar clinicamente significativos, expresado por UN (OU MÁIS) dos ítems seguintes durante un período de 12 meses:

1. Consumo recorrente de substancias, que dá lugar ao incumprimento de obrigas no traballo, colexio ou fogar.
2. Consumo recorrente da substancia en situacións nas que facelo é fisicamente perigoso.
3. Problemas legais repetidos relacionados coa substancia.
4. Consumo continuado da substancia a pesar de ter problemas sociais continuos ou recorrentes, ou problemas interpersoais causados ou exacerbados polos efectos da substancia.
5. Os síntomas non cumpriron nunca os criterios para a dependencia de substancias.

Cadro 2. Definición da CIE-10 de consumo prexudicial (F1x.1)

Forma de consumo que ESTÁ AFECTANDO XA A SAÚDE FÍSICA OU MENTAL, como, por exemplo, os episodios de trastornos depresivos secundarios ao consumo excesivo de alcohol. O diagnóstico require que se atope afectada a saúde mental ou física do que consome a substancia. As formas prexudiciais de consumo adoitan dar lugar a consecuencias sociais adversas de varios tipos. O feito de que unha forma de consumo ou unha substancia en particular sexan reprobados por terceiros ou polo contorno en xeral non é, por si mesmo, indicativo dun consumo prexudicial, como tampouco o é só o feito de ter podido derivar nalgunha consecuencia social negativa, tal como ruptura matrimonial.

O segundo nivel de consumo recollido nos sistemas diagnósticos é o da **dependencia do alcohol**, recollido con esta denominación tanto na CIE-10 como no DSM-IV (ver cadros 3 e 4). Este trastorno afecta no ámbito fisiolóxico, cognitivo e comportamental, xa que implica un forte desexo de consumir cantidades cada vez maiores, sen ningún tipo de control por parte do suxeito, con síntomas físicos provocados pola abstinencia e coa perda progresiva das amizades, parella, traballo etc.

Cadro 3. Criterios da CIE-10 para a síndrome de dependencia alcohólica (F1x.2)

TRES OU MÁIS das seguintes manifestacións presentes durante, polo menos un mes ou, se duraron menos dun mes, deben aparecer xuntas, de xeito repetido, nalgún período de doce meses:

1. Desexo intenso ou vivencia dunha compulsión a consumir unha substancia.
2. Diminución da capacidade para controlar o consumo de alcohol, unhas veces para controlar o comezo do consumo e outras para rematalo, ou para controlar a cantidade consumida.
3. Síntomas somáticos dunha síndrome de abstinencia cando o consumo de alcohol se reduce ou cesa, cando se confirme por: síndrome de abstinencia característica da substancia, ou o consumo da mesma substancia (ou doutra moi próxima) coa intención de aliviar ou evitar os síntomas de abstinencia.
4. Tolerancia, de tal xeito que se require un aumento progresivo da dose da substancia para conseguir os mesmos efectos que orixinalmente producían doses máis baixas.
5. Abandono progresivo doutras fontes de pracer ou diversión, a causa do consumo da substancia, aumento do tempo necesario para obter ou inxerir a substancia ou para recuperarse dos seus efectos.
6. Persistencia no consumo da substancia a pesar das súas evidentes consecuencias prexudiciais, tal e como se evidencia polo consumo continuado unha vez que o individuo é consciente, ou era de esperar que o fose, da natureza e extensión do dano.

Cadro 4. Criterios do DSM-IV-TR para a síndrome de dependencia alcohólica (F10.2x)

Un patrón desadaptativo de consumo da substancia que comporta unha deterioración ou malestar clinicamente significativos, expresado por TRES (OU MÁIS) dos ítems seguintes, nalgún momento durante un período continuado de 12 meses:

- Tolerancia, definida por calquera dos seguintes ítems:
 - Unha necesidade de cantidades marcadamente crecentes da substancia para acadar a intoxicación ou o efecto desexado.
 - O efecto das mesmas cantidades da substancia diminúe claramente co seu consumo continuado.
- Abstinencia, definida por calquera dos seguintes ítems:
 - A síndrome de abstinencia característica para a substancia (v. criterios A e B dos criterios diagnósticos para a abstinencia de substancias específicas).
 - Tomar a mesma substancia (ou unha moi parecida) para aliviar ou evitar os síntomas de abstinencia.
- A substancia tómase con frecuencia en cantidades maiores ou durante un período máis longo do que inicialmente se pretendía.
- Existe un desexo persistente ou esforzos infrutuosos de controlar ou interromper o consumo da substancia.
- Emprégase moito tempo en actividades relacionadas coa obtención da substancia (por exemplo, visitar a varios médicos ou desprazarse longas distancias), no consumo da substancia (por exemplo fumar un cigarro tras outro) ou na recuperación dos efectos da substancia.
- Redución de importantes actividades sociais, laborais ou recreativas debido ao consumo da substancia.
- Continúase tomando a substancia a pesar de ter conciencia de problemas psicolóxicos ou físicos recidivantes ou persistentes, que semellan causados ou exacerbados polo consumo da substancia.

Codificación do curso da dependencia no quinto díxito:

- Remisión total temperán
- Remisión parcial temperán
- Remisión total sostida
- Remisión parcial sostida
- En terapéutica con agonistas
- En contorno controlado
- Leve/Moderado/Grave

Especificar se cursa:

- Con dependencia fisiolóxica: signos de tolerancia ou abstinencia.
- Sen dependencia fisiolóxica: non hai signos de tolerancia ou abstinencia.

No ámbito mundial, o alcohol é a segunda substancia máis consumida e a que máis problemas produce, seguida do tabaco e da heroína. Na actualidade, España sitúase como segundo ou terceiro país en canto ao seu consumo *per capita*, cunha inxestión de 10.1 litros de alcohol puro (De Llama, Jubete, Piñera e Cañizares, 2003). Ao ter en conta este dato e a ampla tradición cultural do consumo de alcohol como elemento nutritivo no noso país, non resulta sorprendente a cifra de que entre un 9 e un 10% da poboación abusa do alcohol e entre un 2 e un 5% dos españois son alcohólicos ou dependentes do alcohol.

Durante anos só parecía existir o problema das drogas ilegais, pero os datos indican que o alcohol causa aínda máis desfeitas, tanto entre os adultos (violencia de xénero, accidentes laborais...) como entre os mozos (accidentes de tráfico, vandalismo, fracaso escolar etc.). A falta de conciencia sobre este problema fixo que, en ocasións, se trivializase o risco asociado ao consumo de alcohol, mentres que cada vez a idade de inicio diminuíu e o seu uso se facía máis frecuente, cun 9,3% da poboación que afirma que se emborrachou algunha vez no último ano (De Llama et al., 2003).

O alcohol é a substancia máis consumida a todas as idades. Estudos que abranguen dende os 15 ata os 65 anos sinalan que un 88,8% dos españois consumiu alcohol algunha vez, un 78% fíxoo no último ano, un 63,5% consumiu no último mes, e un 15% consome a diario (Observatorio Español sobre Drogas, 2003). O consumo diario aumentou case un 3% dende o ano 1997 e, como reflicte a seguinte táboa, os que máis incrementaron este tipo de consumo foron os homes de 35 a 39 anos, os de 20 a 24 e os rapaces de 15 a 19 anos.

Táboa 1. Consumo de alcohol segundo o grupo de idade*

CONSUMO DIARIO DE ALCOHOL NOS ÚLTIMOS DOCE MESES								
Grupo de idade	1995		1997		1999		2001	
	H	M	H	M	H	M	H	M
15-19	2,2	0,5	0,6	0,3	1,6	0,1	3,2	0,4
20-24	5,6	0,9	3,3	1,0	3,9	0,5	6,6	1,5
25-29	13,0	3,2	10,9	2,3	10,5	4,1	4,4	3,2
30-34	23,4	3,6	18,3	3,6	17,9	5,0	17,1	4,6
35-39	35,1	8,4	22,6	6,3	28,8	6,9	27,7	9,4
40-65	37,5	8,5	34,4	9,0	32,5	9,7	37,3	10,6
15-65	23,6	5,8	20,5	5,4	21,1	6,2	23,8	6,8
TOTAL	14,6		12,9		13,7		15,3	

* Fonte: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (2003)

O consumo segue a ser moi superior no sector masculino. Un 76% dos homes faino de xeito habitual, fronte a un 51,4% das mulleres (Plan Nacional sobre Drogas, 2001). Así mesmo o 23,8% dos homes consome diariamente, fronte ao 6,8% das mulleres. Como se pode observar na táboa 2, os datos máis recentes apuntan tamén a un aumento do consumo anual, mensual e diario.

Táboa 2. Evolución da frecuencia de consumo de alcohol nos últimos anos*

	Algunha vez	Último ano	Último mes	Última semana	Consumo diario
1995		68,2	53	38,9	14,6
1997	89,9	77,8	60,7	48,5	12,9
1999	87,1	74,6	61,7	46,7	13,7
2001	88,8	78	63,5	47,8	15

* Fonte: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (2003)

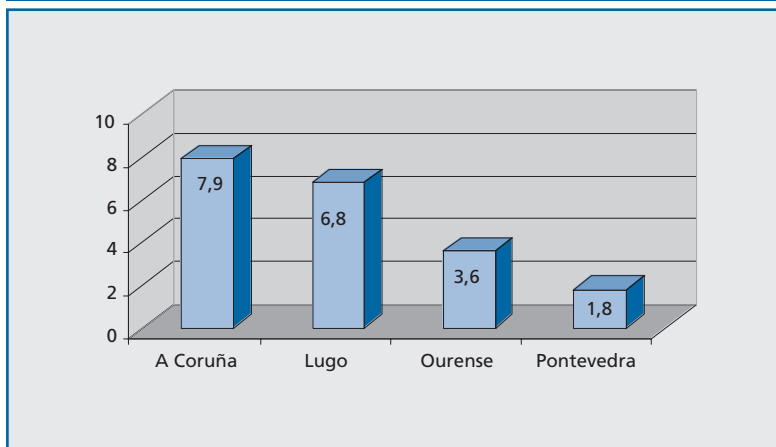
No ámbito galego, o consumo de substancias comeza a ser preocupante dende finais da década dos 70. As primeiras iniciativas para paliar esta problemática leváronas a cabo asociacións cidadás, máis

tarde, os concellos e, posteriormente, comezou a recibirse axuda de ámbito autonómico e central. En 1986, a Xunta de Galicia crea o Plan autonómico sobre drogodependencias, data a partir da cal comeza o proceso de organización, planificación, coordinación e xestión de diferentes programas e servizos.

En Galicia, pasouse dun 1,6% de bebedores abusivos no ano 1998 a un 8,5% de bebedores abusivos en 2002, e case a metade destes, corre un alto risco de converterse en alcohólico.

O consumo, segundo un recente estudo elaborado dende a Xunta de Galicia (2005), presenta tamén diferenzas importantes segundo a provincia de referencia. Un 7,9% dos coruñeses e un 6,8% dos lucen-ses abusarían do alcohol, fronte a tan só un 3,6% dos ourensáns e un 1,8% dos pontevedreses.

Figura 1.
Porcentaxe de poboación que abusa
do alcohol por provincia

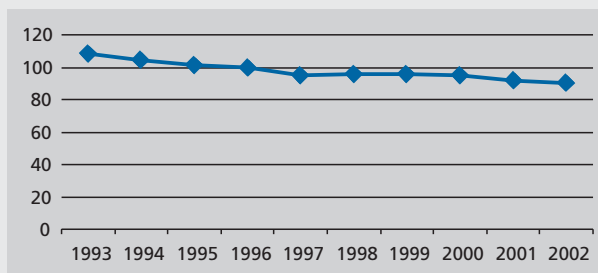


Do mesmo xeito, o abuso e consumo de risco é máis frecuente en varóns de 19 a 55 anos, a maioría destes ten entre 19 e 24 anos. O perfil do abusador é o dun mozo maioritariamente urbano que centra o seu consumo de alcohol nas fins de semana. Resulta curioso o feito de que, tanto en Galicia como en España e no resto de Europa, a idade de inicio diminúa progresivamente e que as diferenzas entre homes e mulleres se reduzan ano tras ano.

Poo outra banda, o tipo de bebida máis consumido son os *combinados/cubatas* e o consumo realízase, sobre todo, en pubs ou discotecas (74%), na rúa ou nos parques (38,1%) e en bares ou cafeterías (31,1%).

A pesar das cifras anteriores e tomando como referencia os últimos 10 anos, o consumo de alcohol no ámbito nacional, como se pode observar no gráfico seguinte, presenta un patrón descendente. Este dato contrasta co feito de que, a pesar de que diminúe o consumo, aumentan as cantidades ingeridas, polo que o risco de dependencia do alcohol é moi superior, de aí a necesidade prioritaria de adoptar medidas axeitadas. A problemática do alcohol, ademais de afectar individualmente, supón tamén un problema social e de saúde pública, polo que se fan imprescindibles medidas políticas que promovan tanto a prevención en suxeitos non consumidores e poboación de risco como a detección de problemas derivados dun uso abusivo do alcohol.

Figura 2.
Evolución do consumo de bebidas alcohólicas. España,
1993-2002 (litros per capita)



* Fonte: Ministerio de Agricultura, Pesca e Alimentación. Panel de consumo alimentario.

Aínda que o alcohol supón un gasto anual que supera os 800.000 millóns das antigas pesetas, esta cifra perde gran parte da súa importancia cando se compara coas 26.000 persoas que morren cada ano por causas derivadas do seu consumo, ou cos 224.000 anos de vida perdidos por mortes prematuras.

O alcohol é un dos principais responsables de problemas sanitarios na gran maioría das comunidades autónomas, e convértese, no caso de Galicia, na primeira substancia en importancia polas súas repercusións na saúde (Ver táboa 3).

Táboa 3. Substancias que máis problemas xeran (II Plan andaluz sobre drogas, 2001)

	1ª	2ª	3ª
ANDALUCÍA	tabaco	alcohol	—
ARAGÓN	heroína	alcohol	tabaco
ASTURIAS	tabaco	alcohol	heroína
CANTABRIA	alcohol	heroína	cannabis
CASTILLA LA MANCHA	tabaco	alcohol	heroína
CASTILLA Y LEÓN	alcohol	tabaco	heroína
CATALUÑA	tabaco	alcohol	heroína
CEUTA	heroína	cocaína	tranquilizantes e somníferos
EXTREMADURA	alcohol	heroína	tabaco
GALICIA	alcohol	heroína	tabaco
MELILLA	heroína	alcohol	cannabis
MURCIA	alcohol	heroína	cocaína
NAVARRA	alcohol	tabaco	heroína
EUSKADI	alcohol	tabaco	cocaína
LA RIOJA	alcohol	cocaína	tabaco
VALENCIA	heroína	alcohol	cocaína

No ámbito económico, máis do 16% do presuposto sanitario da Administración pública dedícase a tratar os problemas derivados do consumo de alcohol, o que se correspondería co presuposto de cinco grandes hospitais empregados exclusivamente para tratar esta doenza. Ademais do gasto sanitario, o consumo de alcohol eleva o absentismo e o número de baixas laborais, así como as estatísticas de accidentes. A repercusión do consumo de alcohol non se restrinxe ao ámbito económico, xa que está presente nun de cada catro accidentes

de tráfico, nun de cada tres accidentes laborais. Calcúlase que máis dun 6% da mortalidade anual garda unha estreita relación co seu consumo.

Se se teñen en conta a prevalencia do consumo de alcohol e as consecuencias deste en todos os ámbitos, non semella existir ningunha dúbida con respecto á necesidade de levar a cabo actividades de tipo preventivo no ámbito de atención primaria. Os obxectivos xerais de saúde para o ano 2015 (Health 21) e do Plan europeo sobre o alcohol para o período 2000-2005 subliñan a necesidade de garantir o tratamento dun xeito accesible e eficaz, non só daqueles que sofren unha dependencia alcohólica, senón tamén de todas as persoas que teñan un consumo de risco ou prexudicial. As evidencias apuntan que a identificación dos consumidores en etapas precoces fai diminuír o risco de dano orgánico e posibilita que as modificacións condutuais sexan máis doadas de acadar e manter (De Llama et al, 2003).

En xeral, os profesionais de Atención Primaria son a porta de entrada ao sistema de saúde e teñen a oportunidade de identificar os pacientes con problemas do alcohol, decidir quen precisa ser derivado e quen pode beneficiarse de procedementos menos específicos. Os problemas cos que os bebedores adoitan acudir ao seu médico de cabeceira adoitan ser de tipo físico, psicolóxico e social, e preséntanse como síntomas gastrointestinais, ansiedade, problemas laborais, accidentes ou consultas de familia.

A tarefa do profesional da saúde consiste en confirmar ou non a relación que estes gardan co seu consumo de alcohol. Para isto poden recorrer ao emprego de marcadores biolóxicos, máis caros e lentos, ou simplemente a escalas ou cuestionarios, que son máis baratos e rápidos e presentan unha sensibilidade e valor predictivo igual ou maior que os test de laboratorio (Casado, Álvarez e Martínez, 1996; Sáiz, G-Portilla, Paredes, Bascarán, e Bobes, 2002).

Na actualidade, existen diversos cuestionarios de cribado ou *screening* entre os que figura o AUDIT, deseñado especialmente para permitir o cribado de bebedores de risco e consumo prexudicial, especialmente no marco da atención primaria. Na táboa seguinte recóllense os principais instrumentos existentes para detectar problemas vinculados ao consumo alcohol, e os máis empregados son o AUDIT e o CAGE.

Táboa 4. Principias instrumentos de detección dos problemas relacionados co consumo de alcohol

Escala	Autores	Ano	Ámbito de aplicación	Dimensións ou ítems
ADI	Hariel y Wirtz	1989	Adolescentes (12-17 anos)	24 ítems
CAGE	Ewing y Rouse	1970	Atención primaria	4 ítems
CBA (Cuestionario breve para alcohólicos)	Feurlein et al.	—	—	22 ítems (referidos ao consumo nos 2 últimos anos)
MALT (München Alkolism Test)	Feurlein et al.	1977	Pacientes cun alto grao de negación	—
MAST (Michigan Alcoholism Screening Test)	Selzer	1971	—	25 ítems (non se refiren a un tempo concreto)
SMAST	—	—	—	13 ítems
MAST-G	—	—	Maiores de 65 (Versión xeriátrica)	24 ítems
TWEAK	Russell et al.	—	Mulleres embarazadas ou en idade fértil	5 ítems
AUDIT (Test de identificación dos trastornos debidos ao consumo de alcohol)	OMS	1982	Clínicas de atención primaria, servizos de urxencias, tribunais...	10 ítems (referidos a consumo de risco, uso prexudicial e dependencia)

O AUDIT (Cuestionario de identificación dos trastornos debidos ao consumo de alcohol) foi elaborado pola OMS a finais dos 80 como parte dun estudo multicéntrico internacional iniciado xa en 1982, centrado na detección precoz e no desenvolvemento de estratexias de intervención axeitadas, co fin de facer diminuír a incidencia dos trastornos relacionados co consumo de alcohol, xa que detecta non só a dependencia, senón tamén o consumo de risco (Babor e Grant, 1989; Saunders, Aasland, Amundsen e Grant, 1993).

Este instrumento, de rápida e sinxela aplicación, baseado nos criterios diagnósticos para a síndrome de dependencia do alcohol da CIE-10, resulta idóneo para o seu uso en atención primaria. Trátase dun cuestionario autoadministrado (aínda que tamén conta cunha versión de entrevista) que consta de 10 ítems que informan da cantidade de alcohol consumida, a frecuencia coa que se consome, a presenza de consecuencias negativas derivadas dun uso abusivo e de aspectos relacionados coa dependencia. O AUDIT permite diferenciar consumo de risco, consumo prexudicial e dependencia, en función da puntuación total acadada polos suxeitos.

A principal vantaxe desta escala fronte a outras é a súa capacidade para detectar consumidores en estadios moi precoces (consumidores de risco), nos que non se adoitan presentar signos e síntomas da problemática asociada ao alcohol. Este fai do AUDIT unha ferramenta especialmente interesante, xa que a identificación dos consumidores en etapas precoces diminúe o risco de dano orgánico e posibilita que as modificacións condutuais sexan máis fáciles de acadar e manter.

O AUDIT foi validado con resultados positivos nun total de 38 países (Saunders e Aasland, 1987; Saunders, Asland, Babor, De la Fuente e Grant, 1993; Bohn, Babor e Karnzler, 1995; Allen, Litten, Fertig e babor, 1997), entre os que se atopa España, onde se realizaron diferentes validacións deste (Martínez, 1996; Rubio, Bermejo, Caballero e Santo-Domingo, 1998; Gual, Segura, Contel, Heather e Colom, 2002). Boa parte deles afondan na necesidade de estudos rigorosos de validación e baremación, xa que se trata dun instrumento moi sensible a diferenzas culturais e socioeconómicas, cunhas propiedades psicométricas e diagnósticas estreitamente vinculadas á poboación sobre a que se aplica.

O presente estudo céntrase, precisamente, na validación dunha versión de entrevista en galego e para a poboación galega, co fin de poder empregar o AUDIT como instrumentación de *screening* ou cribado de garantías nos centros de atención primaria. Na medida na que este obxectivo se acade, estaremos en disposición de poder detectar de xeito precoz boa parte dos problemas relacionados co alcohol que afectan, de xeito severo, a nosa sociedade (e especialmente os nosos mozos), e de dispor de datos epidemiolóxicos actualizados e fiables.

2. OBXECTIVOS

2.1. Obxectivo xeral

O obxectivo fundamental do presente estudo consiste en levar a cabo unha **validación do Cuestionario de identificación dos trastornos debidos ao consumo de alcohol (AUDIT) na poboación galega**, coa intención de que este poida ser utilizado como ferramenta de cribado ou *screening* polos profesionais de atención primaria da nosa comunidade.

2.2. Obxectivos específicos

Tras este obxectivo de carácter global, faise necesario establecer cinco obxectivos específicos:

OBXECTIVO 1: estudar as **propiedades psicométricas** da versión galega do AUDIT en termos tanto de fiabilidade como de validez, así como levar a cabo unha análise detallada das propiedades dos seus ítems.

OBXECTIVO 2: estudar a **capacidade discriminativa** do AUDIT como ferramenta de *screening* e informar do seu nivel de **especificidade e sensibilidade**, así como a **identificación dos puntos de corte óptimos**.

OBXECTIVO 3: obter **datos epidemiolóxicos** actualizados referidos ao abuso e dependencia do alcohol na comunidade galega.

OBXECTIVO 4: levar a cabo unha **baremación do AUDIT para a poboación galega**, para o que se terán en conta variables sociodemográficas como o sexo ou o grupo de idade dos suxeitos.

OBXECTIVO 5: facer, se é preciso, unha proposta de modificación en canto aos elementos que compoñen a escala, e tentar, na medida do posible, acadar unha **versión abreviada da escala orixinal**.

3. METODOLOGÍA

3.1. Deseño

Os obxectivos formulados para o presente estudo foron abordados mediante unha metodoloxía selectiva, consistente na realización dunha enquisa na poboación xeral galega.

O universo de referencia estivo composto por todos os residentes na Comunidade Autónoma de Galicia con idades comprendidas entre os 13 e os 65 anos.

Para a determinación da mostra, empregouse unha mostraxe polietápica, con afixación proporcional segundo o hábitat de residencia do entrevistado ("urbano", "semiurbano" e "rural") e o contorno xeográfico ("interior" ou costa"). Coa intención de dispor da maior heteroxeneidade posible, establecéronse tamén cotas mostrais en función do sexo e do grupo de idade dos entrevistados, así como do seu concello de residencia. A ficha técnica do presente estudo recóllese no cadro 5.

Cadro 5. Ficha técnica do estudo

Ámbito: Galicia
Universo: infinito ($N > 100.000$)
Tipo de mostraxe: Polietápico, estratificado por hábitat e contorno xeográfico
Hipótese peor: $p=q=50$
Erro máximo desexado no ámbito global: $\pm 3.9\%$
Nivel de significación: $\alpha = 0.05$
Tamaño da mostra: 630 suxeitos
Recollida da información: entrevista persoal
Traballo de campo: do 29 de outubro ao 17 de novembro de 2004

En total leváronse a cabo entrevistas en 23 concellos diferentes, como se recolle na táboa 5. Aproximadamente a metade foron realizadas no interior dos centros de Atención Primaria (ver táboa 6). A outra metade realizouse na rúa, xa que, se ben a intención é utilizar o AUDIT como ferramenta de *screening* en Atención Primaria, resulta fundamental acadar a maior heteroxeneidade cara a formular unha

proposta de baremación, así como dispor de datos de carácter epidemiolóxico representativos da poboación ou universo de referencia.

Táboa 5. Entrevistas realizadas en cada concello

CONCELLO	Entrevistas (n)	CONCELLO	Entrevistas (n)
Ourense	23	Pontevedra	33
Lugo	23	Vigo	46
Santiago	23	Viveiro	32
Vilalba	15	Cambados	31
Porriño	16	Ribeira	32
O Carballiño	16	Moaña	31
Ames	16	Laxe	30
Paradela	23	Oia	30
Silleda	24	Valdoviño	30
Bande	24	Cervo	30
A Coruña	45	Vimianzo	24
Ferrol	33	Total	630

Táboa 6. Centros de saúde nos que se fixeron entrevistas

CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA		
C. S. Novoa Santos (Ourense)	C. S. A Milagrosa (Lugo)	C. S. Praza do Ferrol (Lugo)
Ambulatorio Concepción Arenal (Santiago)	C. S. Fontiñas (Santiago)	C. S. de Vilalba
C. S. do Porriño	C. S. do Carballiño	C. S. Milladoiro (Ames)
C. S. de Paradela	C. S. de Vimianzo	C. S. de Silleda
C. S. de Bande	C. S. de Castrillón (A Coruña)	C. S. de Ventorrillo (A Coruña)
C. S. F. Maristany (Ferrol)	C. S. Virgen Peregrina (Pontevedra)	C. S. López Mora (Vigo)
C. S. de Viveiro	C. S. de Cambados	C. S. de Ribeira
C. S. de Moaña	C. S. de Laxe	C. S. de Oia
C. S. de Valdoviño	C. S. de Cervo	

3.2. Variables

O instrumento empregado para a recollida de información constaba de dúas partes. A primeira delas correspóndese co AUDIT, instrumento que se pretende validar, e a segunda cunha serie de cuestións elaboradas a partir dos criterios diagnósticos do DSM-IVTR para os trastornos relacionados co consumo de alcohol. Recolléronse, ademais, distintas variables de tipo sociodemográfico. Un exemplar do cuestionario utilizado pode verse no anexo.

Con respecto ao **AUDIT**, empregouse unha tradución ao galego da versión para entrevista (cadro 5). Este instrumento consta de 10 ítems (agrupados en tres dimensións) que abranguen o consumo de risco de alcohol, os síntomas de dependencia e o consumo prexudicial con base nos criterios diagnósticos da CIE-10, clasificando os suxeitos en función do nivel de consumo e das consecuencias deste en catro grupos:

- a Consumo normal**
- b Consumo de risco:** patrón de consumo que aumenta o risco de consecuencias negativas para o bebedor e para os demais.
- c Consumo prexudicial:** patrón de consumo no cal existe un alto risco de que comecen a aparecer as primeiras consecuencias físicas, mentais e sociais.
- d Dependencia:** é o tipo de consumo máis perigoso, xa que as súas consecuencias obsérvanse no ámbito físico, mental e comportamental.

O cuestionario empregado parte da versión de entrevista en castelán, traducida ao galego mediante o método de *tradución-contratradución*. A versión definitiva figura no cadro 7.

Cadro 7. Ítems que compoñen a versión en galego do AUDIT

DIMENSIÓN	ÍTEMS
RISCO	<p>Ítem 1. "¿Con que frecuencia consome algunha bebida alcohólica?"</p> <p>Ítem 2. "¿Cantas consumicións de bebidas alcohólicas adoita realizar nun día de consumo normal?"</p> <p>Ítem 3. "¿Con que frecuencia toma seis ou máis bebidas alcohólicas nun só día?"</p>
DEPENDENCIA	<p>Ítem 4. "¿Con que frecuencia, no último ano, foi incapaz de parar de beber unha vez que empezou?"</p> <p>Ítem 5. "¿Con que frecuencia, no último ano, non puido facer o que se esperaba de vostede porque bebera?"</p> <p>Ítem 6. "¿Con que frecuencia, no curso do último ano, precisou beber en xaxún para recuperarse despois de beber moito o día anterior?"</p>
DANOS	<p>Ítem 7. "¿Con que frecuencia, no curso do último ano, tivo remordementos ou sentimentos de culpa por beber?"</p> <p>Ítem 8. "¿Con que frecuencia, no curso do último ano, non puido lembrar o acontecido na noite anterior porque estivera bebendo?"</p> <p>Ítem 9. "¿Vostede ou algunha outra persoa resultaron feridos porque vostede estivera bebendo?"</p> <p>Ítem 10. "¿Algún familiar, amigo, médico ou profesional sanitario mostrou preocupación polo seu consumo de bebidas alcohólicas ou lle suxeriu que deixase de beber?"</p>

Cada un dos 10 ítems que compoñen o AUDIT posúe unha puntuación de 0 a 4. O valor da puntuación total oscila, polo tanto, entre 0 e 40. Segundo os propios expertos da OMS que elaboraron a escala (Saunders, Aasland, Amundsen e Grant, 1993), unha puntuación entre 8 e 15 indicaría un *consumo de risco*, entre 16 e 19 un *consumo prexudicial* e, finalmente, puntuacións iguais ou superiores a 20 revelarían unha posible *dependencia* do alcohol.

A segunda parte do cuestionario foi elaborada a partir dos **criterios diagnósticos do DSM-IVTR** para os trastornos de abuso e dependencia do alcohol, e constaba de 16 preguntas referidas a feitos acontecidos na vida do suxeito durante o último ano. Máis concretamente, o DSM-IVTR clasifica o uso que fan os suxeitos do alcohol en:

1 Uso normal.

2 Abuso: é un patrón de consumo que produce consecuencias negativas tanto para o bebedor como para o seu contorno. Un exemplo sería o consumo habitual de alcohol antes de conducir, durante un embarazo ou durante unha grave enfermidade.

3 Dependencia: priorízase o consumo de alcohol fronte a outras condutas consideradas como máis importantes, pasando o alcohol a ser o eixe fundamental da vida do suxeito.

O cómputo das 16 preguntas (e o correspondente intento diagnóstico) levouse a cabo establecendo como referencia o cumprimento de, polo menos, un dos catro criterios diagnósticos establecidos polo DSM-IV(TR) para o **abuso** de alcohol, e de tres ou máis dos sete criterios, para o caso da **dependencia**.

Concretamente, para levar a cabo o diagnóstico de **ABUSO DO ALCOHOL**, os suxeitos tiñan que cumprir, polo menos, un dos dos criterios seguintes:

- *Consumo recorrente, que dá lugar ao incumprimento de obrigas no traballo, no colexio ou no fogar.* Para detectar a presenza deste criterio, os suxeitos tiveron que responder de xeito afirmativo á algunha das preguntas que figuran a continuación:
 - *¿Chegou vostede nalgunha ocasión, TARDE AO SEU TRABA- LLO/CLASE debido ao consumo de alcohol? (No caso de que non traballe nin estude: ¿Descoidou vostede a persoas que se atopaban ao seu cargo debido ao seu consumo de alco- hol?)*
 - *¿Tivo, nalgunha ocasión, que pasar HORAS NA CAMA A CAUSA DA RESACA?*
- *Consumo recorrente da substancia en situacións nas que facelo é perigoso.* Para verificar a presenza deste criterio, os suxeitos debían responder de xeito afirmativo á algunha das seguintes cuestións:
 - *¿Nalgunha ocasión, tomou vostede alcohol mentres sufría unha GRAVE ENFERMIDADE?*
 - *¿Algunha vez, consumiu alcohol antes de levar a cabo ACTI- VIDADES PERIGOSAS, como conducir, manexar maquinaria, practicar deportes de risco...?*

- *Problemas legais relacionados coa substancia.* Para cumprir o criterio, os suxeitos debían responder de xeito afirmativo á algunha das seguintes cuestións:
 - *¿Participou vostede, algunha vez, en LIORTAS baixo os efectos do alcohol?*
 - *¿Foi vostede MULTADO nalgunha ocasión por conducir baixo os efectos do alcohol?*
- *Consumo continuado a pesar de problemas sociais ou interpersonais causados ou exacerbados polos efectos da substancia.* Para detectar a presenza do criterio, o suxeito debía responder de xeito afirmativo á, polo menos, unha das seguintes cuestións:
 - *¿Segue a beber aínda que este sexa o principal MOTIVO DE DISCUSIÓN coa súa parella/amigos? (No caso de non ter parella ¿Segue bebendo aínda que sospeita que perderá o seu emprego?).*
 - *¿Segue bebendo aínda que sabe que está perdendo a moitos dos seus amigos?*

Con respecto ao diagnóstico de **DEPENDENCIA DO ALCOHOL**, os suxeitos tiñan que cumprir, polo menos, tres dos seguintes criterios:

- *Tolerancia (precísanse maiores cantidades de alcohol para producir o mesmo efecto).* Para o cumprimento deste criterio, os suxeitos debían responder afirmativamente á seguinte pregunta:
 - *¿Precisa BEBER MÁIS ALCOHOL que hai anos para que lle faga efecto?*
- *Abstinencia.* O cumprimento deste criterio confirmouse coa resposta afirmativa ás preguntas seguintes:
 - *¿Séntese vostede NERVIOSO se lle falta o alcohol?*
 - *¿Nota que se ENCONTRA MAL CANDO DEIXA DE BEBER?*
- *A substancia tómase en cantidades maiores do que se pretendía inicialmente.* Confírmase este feito coa resposta afirmativa á seguinte pregunta:
 - *¿Nalgunha ocasión foi INCAPAZ DE DEIXAR DE BEBER tras tomar as primeiras copas?*
- *Desexos persistentes ou esforzos infrutuosos por controlar ou interromper o consumo.* Para cumprir este criterio, os suxeitos debían responder positivamente á seguinte pregunta: *¿Tratou vostede, algunha vez, de DEIXAR O ALCOHOL OU DE DIMI-*

NUIR A CANTIDADE que consome?. E, ademais, responder dun xeito negativo ante a pregunta:

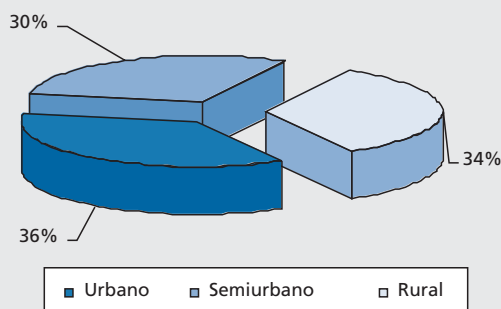
- *¿Chegou a conseguilo?*
- *Emprego de moito tempo na obtención da substancia ou na recuperación dos seus efectos.* Para verificar a súa presenza, os suxeitos debían responder afirmativamente á pregunta seguinte:
 - *¿FALTOU vostede, nalgunha ocasión, ao TRABALLO por beber demasiado?*
- *Redución de actividades sociais, laborais ou recreativas debido ao consumo de alcohol.* Para cumprir este criterio, os suxeitos debían responder afirmativamente á seguinte pregunta:
 - *¿Pensa que o consumo de alcohol está DETERIORANDO AS SÚAS AMIZADES?*
- *Continuar consumindo alcohol a pesar de problemas físicos ou psicolóxicos que son causados ou exacerbados polo consumo.* Este criterio verifícase coa pregunta seguinte:
 - *¿Nalgunha ocasión SEGUIU A BEBER aínda que o médico lle dixo que o alcohol era o CAUSANTE DOS SEUS PROBLEMAS?*

3.3. Suxeitos

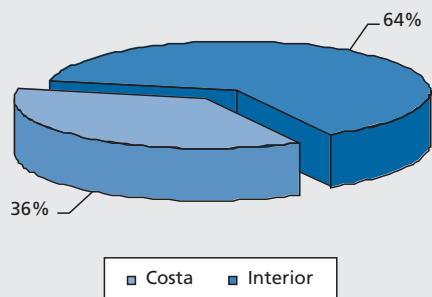
A mostra estivo composta por un total de 630 suxeitos, cunha idade comprendida entre os 13 e os 65 anos ($=35.77$; $S_X=15.91$), todos eles residentes na Comunidade Autónoma de Galicia.

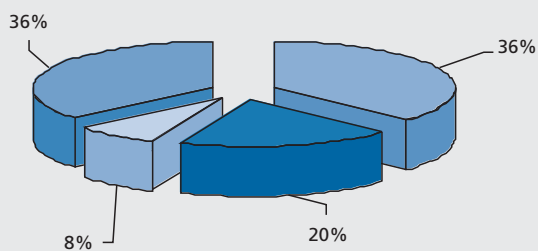
A distribución da mostra por hábitat, contorno xeográfico, provincia, grupo de idade, estudos e ocupación recóllese nos seguintes gráficos.

Distribución da mostra por hábitat

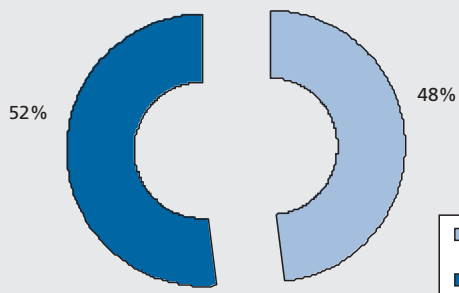


Distribución da mostra por contorno xeográfico

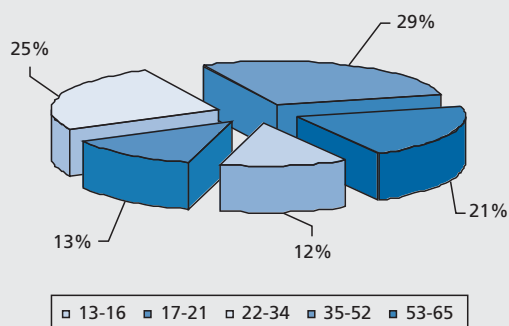
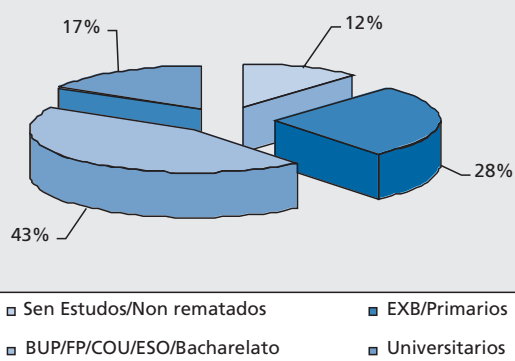


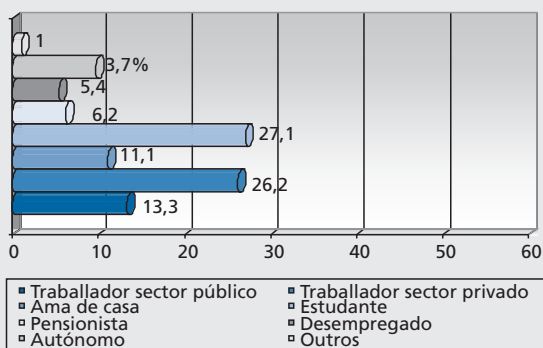
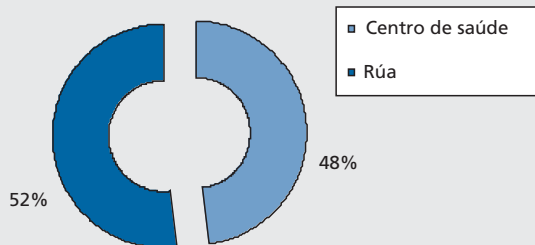
Distribución da mostra por provincias

■ A Coruña ■ Lugo ■ Ourense ■ Pontevedra

Distribución da mostra por Sexo

■ Home
■ Muller

Distribución da mostra por grupo de idade**Distribución da mostra por nivel de estudos**

Distribución da mostra por ocupación**Distribución da mostra por lugar de realización da entrevista**

3.4. Procedemento

Como xa se mencionou, a metade das entrevistas foron realizadas no interior dos centros de saúde, co debido consentimento e colaboración da Dirección de cada un deles e as súas respectivas xerencias. A outra metade levouse a cabo na rúa, proximidades de centros de ensino e áreas recreativas, co fin de cubrir as cotas mostrais establecidas. Na táboa 7, recóllese información detallada do traballo de campo, co número de entrevistas e datas nas que se visitou cada concello.

Táboa 7. Lugares e datas onde foi realizado o traballo de campo

Concello	Data	Número de enquisas	
		Centro de saúde	Rúa
Ourense	4/11/2004	18	5
Lugo	2/11/2004	16	7
Santiago	28/10/2004	21	2
Vilalba	2/11/2004	10	5
Porriño	9/11/2004	—	16
O Carballiño	5/11/2004	—	16
Ames	28/11/2004	14	2
Paradela	5/11/2004	5	18
Silleda	4/11/2004	—	24
Bande	4/11/2004	—	24
A Coruña	8/11/2004	35	10
Ferrol	11/11/2004	19	14
Pontevedra	9/11/2004	25	8
Vigo	12/11/2004	14	32
Viveiro	3/11/2004	12	20
Cambados	12/11/2004	—	31
Ribeira	3/11/2004	31	1
Moaña	10/11/2004	6	25
Laxe	15/11/2004	23	7
Oia	11-12/11/2004	—	30
Valdoviño	11/11/2004	26	4
Cervo	8/11/2004	2	28
Vimianzo	10/11/2004	24	—

O procedemento elixido para a recollida da información foi a entrevista individual, dada a relevancia e profundidade das preguntas que se lle debían formular aos suxeitos. A intención era a de achegar, na medida do posible, o pase do AUDIT a unha entrevista clínica, en contraposición coa enquisa tradicional.

Para a realización das entrevistas, elaborouse un cuestionario *ad hoc* que incluía, ademais dunha breve presentación encamiñada a fomentar a colaboración dos entrevistados e a sinceridade das súas respostas, os 10 ítems que compoñen o AUDIT, así como 16 ítems adicionais que facían referencia aos criterios diagnósticos utilizados no DSMIV-TR para o abuso e dependencia do alcohol. A razón de ser destes ítems adicionais responde á necesidade de dispor dun criterio externo para poder analizar a capacidade predictiva do AUDIT, así como a súa eficacia como ferramenta de *screening* para a detección do alcoholismo. Incluíronse tamén unha serie de cuestións de tipo sociodemográfico. Reservouse un espazo para que o entrevistador puidese facer constar calquera tipo de observación ou incidencia que puidese invalidar algún cuestionario, así como un ítem referido á sinceridade do entrevistado. A duración de cada entrevista foi de, aproximadamente 20 minutos.

Pode consultarse no anexo un exemplar do cuestionario utilizado.

O total de entrevistas realizadas inicialmente ascendía a 664, se ben foron rexeitadas 34 por non cumprir os requisitos establecidos ou por distorsionar as cotas de idade ou sexo prefixadas.

Os datos foron recollidos entre o 29 de outubro e o 17 de novembro de 2004 por un equipo composto de seis entrevistadores, todos eles licenciados en Psicoloxía Clínica pola Universidade de Santiago. Asemade, designouse un coordinador de campo encargado da supervisión da recollida de información e da comprobación puntual dos cuestionarios, así como da súa codificación e gravación. Leváronse a cabo, tamén, dúas sesións formativas no manexo do AUDIT e o DSMIV-TR, co fin de unificar os criterios e procedementos á hora de levar a cabo as entrevistas.

Por último, cabe sinalar que a mostra de 630 individuos da poboación xeral foi completada por unha **submostra clínica**, composta por 18 pacientes xa diagnosticados como *dependentes* e que estaban a recibir atención médica na Unidade de Alcoholismo do Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. A finalidade de utilizar esta submostra clínica non era outra que a de dispor dunha mostra de suxeitos *dependentes* dun tamaño suficiente para analizar a capaci-

dade discriminativa do AUDIT. Esta mostra clínica estivo composta por 14 homes e 4 mulleres, con idades comprendidas entre os 23 e os 64 anos ($=45$; $S_x=10.49$); 10 deles posuían estudos primarios; 7, secundarios, e tan só un, estudos universitarios. Todos levaban menos dun ano sen beber.

4. RESULTADOS

4.1. Resultados no ámbito descriptivo

4.1.1. Descriptivos para a mostra xeral

En primeiro lugar, preséntanse de maneira detallada as respostas directas dos 630 suxeitos que compoñían a mostra (táboa 9, páxina seguinte), coa porcentaxe obtida en cada categoría. Na maioría dos ítems, a opción de resposta que presenta unha maior porcentaxe de casos adoita ser o extremo inferior da escala, que adoita corresponderse coa resposta NUNCA, ou cunha baixa frecuencia de ocorrencia. Non sucede así no ítem1, referido á frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas, no que as respostas semellan ser máis heteroxéneas e con frecuencias similares nas distintas categorías.

Os diferentes estatísticos referidos á puntuación total na escala recóllense na táboa 8.

Táboa 8. Descriptivos para a puntuación global do AUDIT

			Estatístico	Erro tip.
Puntuación total no AUDIT	Media		5,28	,182
	Intervalo de confianza para a media ao 95%	Límite inferior	4,92	
		Límite superior	5,64	
	Media recortada ao 5%		4,86	
	Mediana		4,00	
	Varianza		20,806	
	Desv. tip.		4,561	
	Mínimo		0	
	Máximo		32	
	Rango		32	
	Amplitude intercuartil		5	
	Asimetría		1,668	,097
	Curtose		4,294	,194

Táboa 9. Respostas do suxeitos aos diferentes ítems que compoñen o AUDIT

ÍTEM		Nunca	Unha ou menos veces ao mes	De 2 a 4 veces ao mes	De 2 a 3 veces á semana	4 ou máis
1	¿Con que frecuencia consome algunha bebida alcohólica?	6,7%	18,6%	34,1%	14,3%	26,3%
		1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	De 7 a 9	10 ou máis
2	¿Cantas consumicións adoita facer nun día de consumo normal?	64,8%	21,9%	7,6%	3,2%	2,5%
		Nunca	Menos dunha vez ao mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario ou case a diario
3	¿Con que frecuencia toma 6 ou máis bebidas alcohólicas nun só día?	59,7%	20,2%	7,9%	10,5%	1,7%
4	¿Con que frecuencia, no último ano, foi incapaz de parar de beber unha vez que empezou?	84,9%	11,9%	3%	0,8%	0,2%
5	¿Con que frecuencia, no último ano, non puido facer o que se esperaba de vostede porque bebera?	87,6%	10,5%	1,3%	0,6%	—
6	¿Con que frecuencia, no último ano, precisou beber en xaxún para recuperarse despois de beber moito no día anterior?	96,3%	1,9%	0,8%	0,6%	0,3%
7	¿Con que frecuencia, no último ano, tivo remordementos ou sentimentos de culpa por beber?	84%	13,7%	1,6%	0,6%	0,2%
8	¿Con que frecuencia, no último ano, non puido lembrar o acontecido na noite anterior porque estivera bebendo?	79,8%	15,2%	3,8%	1,1%	—
		Non		Sí, pero non o último ano		Sí, no último ano
9	¿Vostede ou algunha outra persoa resultaron algunha vez feridos porque vostede estivera bebendo?	94,8%		2,2%		3%
10	¿Algún familiar, amigo, médico... mostrou preocupación polo seu consumo de alcohol ou lle suxeriu que deixase de beber?	84,1%		3,2%		12,7%

Como se pode apreciar na táboa 8, a media global no AUDIT é de 5,28, se ben a mediana é algo menor (4). Os estatísticos de asimetría e de curtose revelan que as puntuacións seguen unha distribución que non é normal, con valores en ambos os casos superiores ao dobre do seu erro típico.

A táboa 10 proporciona a distribución de frecuencias e porcentaxes acumuladas para as diferentes puntuacións.

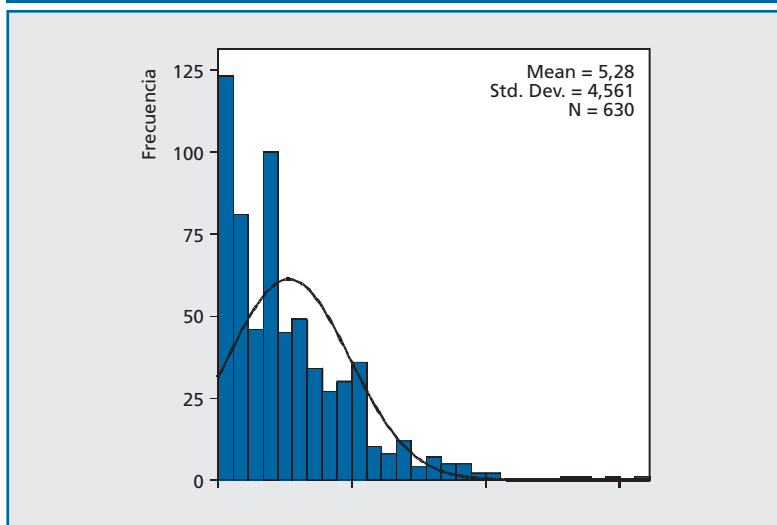
Táboa 10. Distribución de frecuencias para a puntuación global do AUDIT

		Frecuencia	Porcentaxe válida	Porcentaxe acumulada
Puntuacións totais	0	10	6,5	6,5
	1	82	13,0	19,5
	2	81	12,9	32,4
	3	46	7,3	39,7
	4	100	15,9	55,6
	5	45	7,1	62,7
	6	49	7,8	70,5
	7	34	5,4	75,9
	8	27	4,3	80,2
	9	30	4,8	84,9
	10	25	4,0	88,9
	11	11	1,7	90,6
	12	10	1,6	92,2
	13	8	1,3	93,5
	14	12	1,9	95,4
	15	4	,6	96,0
	16	7	1,1	97,1
	17	5	,8	97,9
	18	5	,8	98,7
	19	2	,3	99,0
	20	2	,3	99,4
	26	1	,2	99,5
	27	1	,2	99,7
	29	1	,2	99,8
	32	1	,2	100,0
	Total	630	100,0	

A ausencia de normalidade vese reflectida tanto no histograma da figura 1 (que presenta unha clara asimetría positiva), como na distribución dos percentís (táboa 11). Concretamente, o percentil 95 correspóndese cunha puntuación de 14 (por debaixo aínda do percorrido medio da escala, que acada un máximo de 32 e un mínimo de 0).

O incumprimento do suposto de normalidade foi contrastado no ámbito estatístico mediante a proba de Kolmogorov–Smirnov, coa correspondente corrección de Lilliefors ($K-S=0.16$; $Sig<0.001$).

Figura 1.
Histograma correspondente á puntuación global do
AUDIT

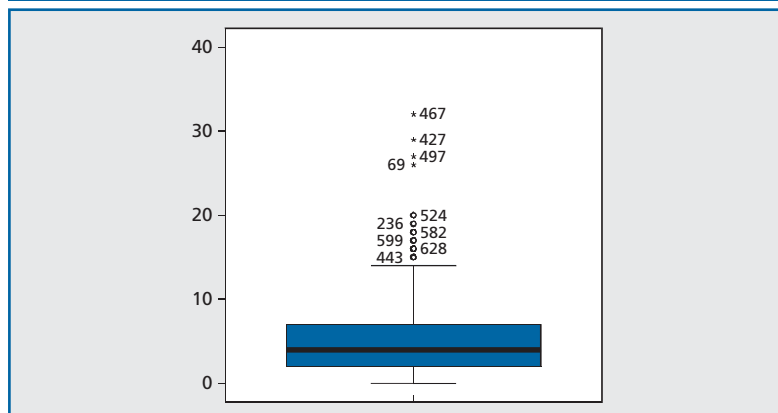


Táboa 11. Percentís para a puntuación global do AUDIT

Nº	Validos	630
	Perdidos	0
Percentís	5	,00
	10	1,00
	15	1,00
	20	2,00
	25	2,00
	30	2,00
	35	3,00
	40	4,00
	45	4,00
	50	4,00
	55	4,00
	60	5,00
	65	6,00
	70	6,00
	75	7,00
	80	8,00
	85	10,00
	90	11,00
	95	14,00

No gráfico de caixa ou *boxplot* que se recolle a continuación, pódese apreciar de xeito claro a *anormalidade* da distribución, coa presenza dun bo número de casos anómalos (*extremos* e *outliers*) na parte superior da distribución, o cal explica a asimetría positiva atopada.

Figura 2.
Boxplot correspondente á puntuación global do AUDIT



A presenza destes casos *anómalos* fai que a media aritmética se desprace cara á parte superior da distribución, facéndolle sobreestimar a tendencia central dos datos, o que leva a aconsellar a utilización de estatísticos alternativos, como pode ser o caso de diferentes Estimadores-M. Na táboa 12, recóllense precisamente os índices propostos por Huber, Tukey, Hampel e Andrews. O sentido de botar man destes estatísticos non é outro que o de dispor dunha medida máis fiable e representativa do comportamento medio da poboación na variable obxecto de estudo.

Táboa 12. Estimadores-M para a puntuación global do AUDIT

	Estimador M de Huber	Biponderado de Tukey	Estimador M de Hampel	Onda de Andrews
Puntuación total no AUDIT	4,31	3,79	4,19	3,79

Efectivamente, como vemos na táboa, os valores dos diferentes M-estimadores están próximos a unha puntuación de 4 na escala, e relativamente lonxe do 5,28 da media aritmética, sobre todo se temos en conta que entre unha puntuación de 4 e de 6 está comprendido un 25% da mostra (ver taboa 20, onde se recollen os percentís).

4.1.2. Descritivos para os diferentes segmentos mostrais

Nas táboas seguintes, recóllese de maneira descritiva o comportamento do AUDIT en distintos estratos poboacionais, en función das variables sociodemográficas utilizadas no presente estudo.

En primeiro lugar, con relación á variable sexo, pódese ver claramente as diferenzas que este implica. Os homes presentan unha media no AUDIT significativamente maior que as mulleres ($t=10.71$; $\text{Sig}<0.001$), con case 4 puntos de diferenza. Vemos, ademais (táboa 28), que os percentís para uns e outros son sensiblemente distintos. Así, por exemplo, o percentil 75 para unha muller corresponderíase cunha puntuación de 4 no AUDIT, mentres que para un home corresponderíase cun 9. Estes resultados, por outra banda, non fan máis que recalcar a necesidade de levar a cabo unha baremación específica por segmentos poboacionais, cara á súa utilización como instrumento de *screening*.

Táboa 13. Descritivos acadados no AUDIT segundo o SEXO

		Puntuación total no AUDIT	
		Media	Desviación típica
Sexo	Home	7,14	4,61
	Muller	3,54	3,76

Táboa 14. Percentís acadados no AUDIT segundo o SEXO

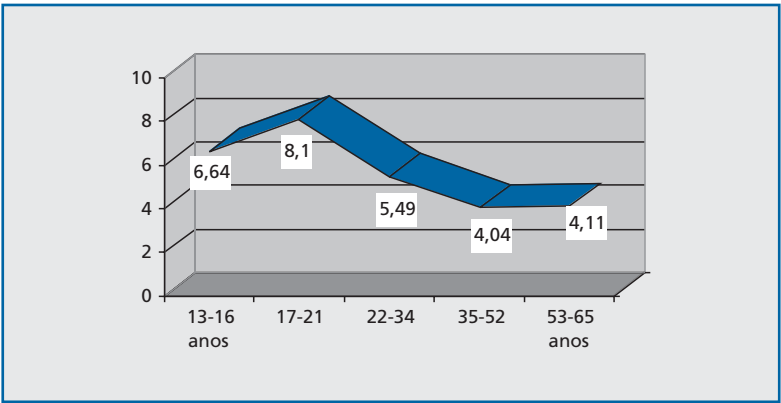
PUNTUACIÓN TOTAL NO AUDIT			PUNTUACIÓN TOTAL NO AUDIT		
Homes	Válidos	305	Mulleres	Válidos	325
	Perdidos	0		Perdidos	0
Percentiles	5	2,00	Percentiles	5	,00
	10	2,00		10	,00
	15	3,00		15	1,00
	20	4,00		20	1,00
	25	4,00		25	1,00
	30	4,00		30	1,00
	35	5,00		35	2,00
	40	5,00		40	2,00
	45	6,00		45	2,00
	50	6,00		50	2,00
	55	7,00		55	3,00
	60	7,00		60	3,60
	65	8,00		65	4,00
	70	9,00		70	4,00
	75	9,00		75	4,00
	80	10,00		80	5,00
	85	11,00		85	6,00
	90	14,00		90	8,00
	95	16,00		95	10,70

Polo que se refire á idade dos suxeitos, as diferenzas entre os 5 grupos establecidos son tamén estatisticamente significativas ($F=16.73$; $Sig<0.001$). O grupo que presenta unha media maior no AUDIT é o formado por aqueles con idades comprendidas entre os 17 e os 21 anos, seguido do grupo máis novo (13-16 anos). As puntuacións descenden considerablemente a partir dos 35 anos, onde o comportamento dos suxeitos na escala se estabiliza arredor dos 4 puntos (figura 3). A mesma tendencia se pode observar se tomamos como referencia os percentís.

Táboa 15. Descritivos acadados no AUDIT segundo o GRUPO DE IDADE

		Puntuación total no AUDIT	
		Media	Desviación típica
Grupo idade	13-16 anos	6,64	5,05
	17-21	8,10	5,57
	22,34	5,49	4,65
	35-52	4,04	3,58
	53-65 anos	4,11	3,50

Figura 3.
Comportamento no AUDIT dos diferentes grupos de IDADE



Táboa 16. Percentís acadados no AUDIT segundo o GRUPO DE IDADE

Puntuacións totais no AUDIT

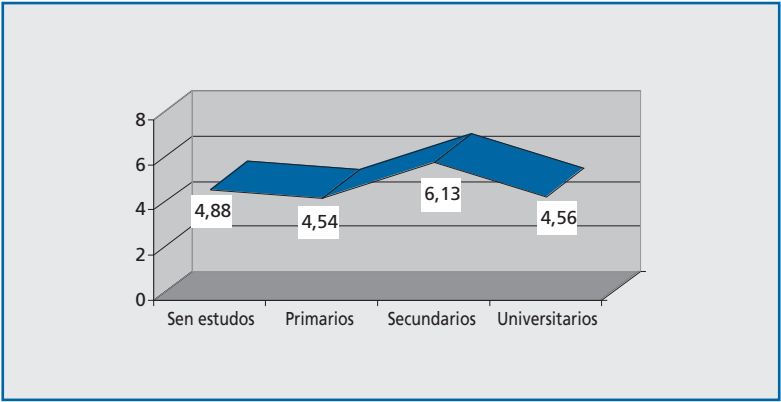
13-16 anos	Válidos	77	17-21 anos	Válidos	84	22-34 anos	Válidos	160
	Perdidos	0		Perdidos	0		Perdidos	0
Percentís	5	,00	Percentís	5	1,00	Percentís	5	1,00
	10	,00		10	2,00		10	1,00
	15	1,00		15	2,00		15	1,00
	20	1,60		20	4,00		20	2,00
	25	2,00		25	4,00		25	2,00
	30	3,00		30	5,00		30	2,00
	35	4,00		35	5,00		35	3,00
	40	5,00		40	6,00		40	3,00
	45	6,00		45	6,00		45	4,00
	50	6,00		50	7,00		50	4,00
	55	7,00		55	7,00		55	5,00
	60	8,00		60	8,00		60	6,00
	65	9,00		65	9,00		65	7,00
	70	10,00		70	9,50		70	7,00
	75	10,00		75	10,75		75	8,00
	80	10,00		80	13,00		80	9,00
	85	12,00		85	15,25		85	9,85
	90	12,20		90	17,00		90	11,00
	95	14,10		95	18,00		95	14,00
35-52 anos	Válidos	180	53-65 anos	Válidos	129			
	Perdidos	0		Perdidos	0			
Percentís	5	,00	Percentís	5	,00			
	10	1,00		10	1,00			
	15	1,00		15	1,00			
	20	1,00		20	1,00			
	25	2,00		25	2,00			
	30	2,00		30	2,00			
	35	2,00		35	2,00			
	40	3,00		40	3,00			
	45	3,00		45	4,00			
	50	4,00		50	4,00			
	55	4,00		55	4,00			
	60	4,00		60	4,00			
	65	4,00		65	4,00			
	70	4,00		70	5,00			
	75	5,00		75	5,00			
	80	6,00		80	6,00			
	85	6,85		85	7,00			
	90	8,90		90	8,00			
	95	12,00		95	10,00			

No tocante ao nivel de estudos, as diferenzas son tamén significativas ($F=5.93$; $Sig<0.01$), aínda que a pauta é máis complexa que no caso da idade. Neste caso, as diferenzas veñen xeradas unicamente polo grupo formado por aqueles que posúen estudos secundarios, que presentan unha puntuación no AUDIT entre 1,5 e 2 puntos maior que os restantes grupos.

Táboa 17. Descritivos acadados no AUDIT segundo ESTUDOS

		Puntuación total no AUDIT	
		Media	Desviación típica
Estudios	Sen estudos / Primarios non rematados	4,88	4,34
	EXB / Primarios	5,54	4,20
	Secundarios / Bacharelato / FP	6,13	5,13
	Universitarios	4,56	3,15

Figura 4.
Comportamento no AUDIT dos diferentes grupos segundo o NIVEL DE ESTUDIOS



Táboa 18. Percentís acadados no AUDIT segundo o NIVEL DE ESTUDOS

Puntuacións totais no AUDIT

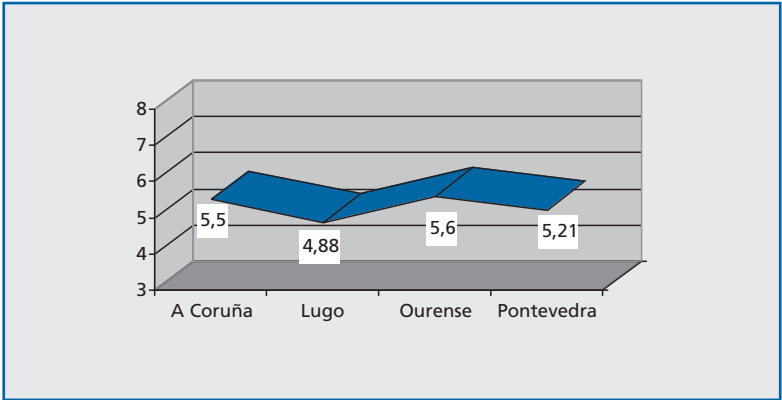
Sen estudos	Válidos	73
	Perdidos	0
Percentís	5	,70
	10	1,00
	15	1,00
	20	1,00
	25	2,00
	30	2,20
	35	3,90
	40	4,00
	45	4,00
	50	4,00
	55	4,00
	60	4,00
	65	5,00
	70	5,00
	75	6,00
	80	6,20
	85	8,00
	90	10,00
	95	14,60
Estudos primarios	Válidos	173
	Perdidos	0
Percentís	5	,00
	10	1,00
	15	1,00
	20	1,00
	25	2,00
	30	2,00
	35	3,00
	40	3,00
	45	4,00
	50	4,00
	55	4,00
	60	4,00
	65	4,00
	70	5,00
	75	6,00
	80	7,00
	85	8,00
	90	9,60
	95	12,00
Estudos secundarios	Válidos	278
	Perdidos	0
Percentís	5	,00
	10	1,00
	15	1,00
	20	2,00
	25	2,00
	30	2,00
	35	3,00
	40	4,00
	45	4,00
	50	5,00
	55	6,00
	60	6,00
	65	7,00
	70	8,00
	75	9,00
	80	10,00
	85	11,00
	90	14,00
	95	16,05
Estudos universitarios	Válidos	106
	Perdidos	0
Percentís	5	,35
	10	1,00
	15	1,00
	20	2,00
	25	2,00
	30	2,00
	35	3,00
	40	3,00
	45	4,00
	50	4,00
	55	4,00
	60	5,00
	65	6,00
	70	6,00
	75	7,00
	80	7,00
	85	8,00
	90	8,30
	95	10,65

Por provincias, non se atopan diferenzas significativas ($F=0.59$; $Sig=61$). A media no AUDIT é moi similar nos catro casos.

Táboa 19. Descriptivos acadados no AUDIT segundo a PROVINCIA

		Puntuación total no AUDIT	
		Media	Desviación típica
Provincia	A Coruña	5,50	5,00
	Lugo	4,88	4,54
	Ourense	5,60	3,46
	Pontevedra	5,21	4,31

Figura 5.
Comportamento no AUDIT dos diferentes grupos
segundo a PROVINCIA



Táboa 20. Percentís acadados no AUDIT segundo a PROVINCIA

Puntuacións totais no AUDIT

A CORUÑA	Válidos	233	LUGO	Válidos	123
	Perdidos	0		Perdidos	0
Percentís	5	1,00	Percentís	5	,00
	10	1,00		10	,00
	15	1,00		15	1,00
	20	2,00		20	1,00
	25	2,00		25	1,00
	30	2,00		30	2,00
	35	3,00		35	2,00
	40	3,00		40	2,00
	45	4,00		45	4,00
	50	4,00		50	4,00
	55	4,00		55	4,00
	60	5,00		60	5,00
	65	5,00		65	5,00
	70	6,00		70	6,00
	75	7,00		75	7,00
	80	9,00		80	8,20
	85	10,00		85	9,40
	90	12,60		90	11,60
	95	16,00		95	15,60
OURENSE	Válidos	47	Estudios universitarios	Válidos	227
	Perdidos	0		Perdidos	0
Percentís	5	1,00	Percentís	5	,00
	10	1,00		10	1,00
	15	2,00		15	1,00
	20	2,00		20	2,00
	25	3,00		25	2,00
	30	3,40		30	2,00
	35	4,00		35	3,00
	40	4,00		40	4,00
	45	4,00		45	4,00
	50	5,00		50	4,00
	55	5,40		55	5,00
	60	6,00		60	6,00
	65	6,20		65	6,00
	70	8,00		70	7,00
	75	9,00		75	7,00
	80	9,00		80	8,00
	85	9,00		85	9,00
	90	10,00		90	10,20
	95	12,00		95	13,60

Non se atopan tampouco diferenzas significativas entre a zona costeira e o interior de Galicia ($t=1.84$; $Sig=0.06$), se ben a media no AUDIT é lixeiramente maior na costa.

Táboa 21. Descritivos acadados no AUDIT segundo CONTORNO XEOGRÁFICO

		Puntuación total no AUDIT	
		Media	Desviación típica
Contorno	Interior	4,86	4,00
	Costa	5,52	4,84

Táboa 22. Percentís acadados no AUDIT segundo CONTORNO XEOGRÁFICO

Puntuacións totais no AUDIT

Interior	Válidos	227	Costa	Válidos	403
	Perdidos	0		Perdidos	0
Percentís	5	,00	Percentís	5	,00
	10	1,00		10	1,00
	15	1,00		15	1,00
	20	1,00		20	2,00
	25	2,00		25	2,00
	30	2,00		30	2,00
	35	3,00		35	3,00
	40	3,00		40	4,00
	45	4,00		45	4,00
	50	4,00		50	4,00
	55	4,00		55	5,00
	60	5,00		60	5,00
	65	5,00		65	6,00
	70	6,00		70	7,00
	75	7,00		75	8,00
	80	8,00		80	9,00
	85	9,00		85	10,00
	90	10,00		90	12,00
	95	12,60		95	15,80

Para rematar, hai que dicir que tampouco hai diferenzas significativas con respecto ao hábitat ou tamaño do municipio ($F=1.57$; $Sig=0.21$), se ben a media no AUDIT é lixeiramente maior no medio rural.

Táboa 23. Descritivos acadados no AUDIT segundo HÁBITAT

		Puntuación total no AUDIT	
		Media	Desviación típica
Hábitat	Urbano	5,21	4,52
	Semiurbano	4,90	4,76
	Rural	5,69	4,41

Táboa 24. Percentís acadados no AUDIT segundo HÁBITAT

Puntuacións totais no AUDIT

Rural	Válidos	215	Semiurbano	Válidos	189
	Perdidos	0		Perdidos	0
Percentís	5	,80	Percentís	5	,00
	10	1,00		10	1,00
	15	1,00		15	1,00
	20	2,00		20	1,00
	25	2,00		25	2,00
	30	3,00		30	2,00
	35	4,00		35	2,00
	40	3,00		40	3,00
	45	4,00		45	4,00
	50	5,00		50	4,00
	55	4,00		55	4,00
	60	6,00		60	4,00
	65	7,00		65	5,00
	70	6,00		70	6,00
	75	8,00		75	7,00
	80	9,00		80	8,00
	85	10,00		85	9,00
	90	12,00		90	10,00
	95	14,00		95	14,00
Urbano	Válidos	226			
	Perdidos	0			
Percentís	5	,00			
	10	1,00			
	15	1,00			
	20	2,00			
	25	2,00			
	30	2,00			
	35	3,00			
	40	3,00			
	45	4,00			
	50	4,00			
	55	4,00			
	60	5,00			
	65	6,00			
	70	6,00			
	75	7,00			
	80	8,00			
	85	9,95			
	90	12,30			
	95	15,65			

En definitiva...

A puntuación media no AUDIT para a mostra galega foi de 5,28, cunha desviación típica de 4,56 e unha mediana que se corresponde cunha puntuación de 4. A distribución das puntuacións na escala non segue un patrón normal, senón que está caracterizada por unha marcada asimetría positiva, consecuencia dunha concentración das puntuacións na parte inferior da distribución. A puntuación media no AUDIT é significativamente maior no caso dos homes (7,14) que no das mulleres (3,54) e na franxa de idade de 17 a 21 anos (8,21). Tamén se aprecia unha media maior entre aqueles que posúen estudos secundarios e na zona costeira.

4.2. Resultados no ámbito psicométrico

4.2.1. Fiabilidade

Antes de analizar as propiedades psicométricas da versión en galego do AUDIT, ofrécense os estatísticos descritivos para cada ítem, xunto co índice de homoxeneidade corrixido (táboa 25). Como se comenta máis adiante, este índice representa a correlación dun ítem coa puntuación total na escala (unha vez eliminada a influencia deste), e permite coñecer en que medida as respostas a un ítem determinado son consistentes coas respostas ao resto das preguntas que compoñen a escala.

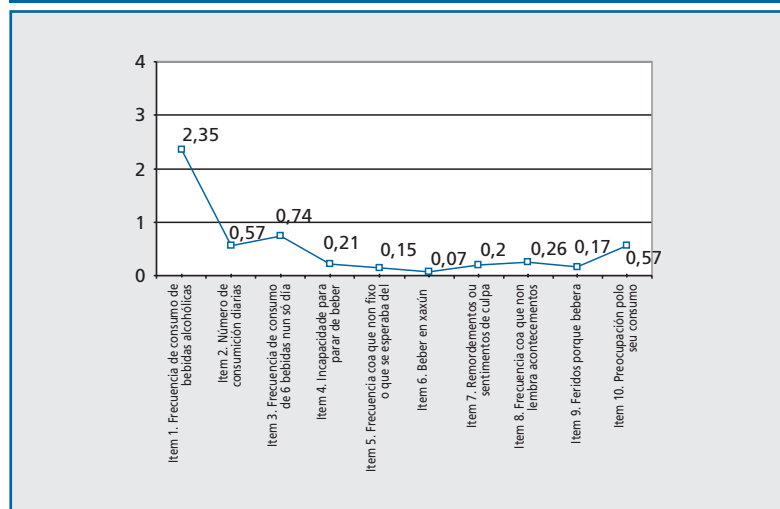
Táboa 25. Descritivos para os 10 elementos do AUDIT e a puntuación global

	DESCRITIVOS				
	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ	IHC
ÍTEM1	0	4	2,35	1,23	0,20
ÍTEM2	0	4	0,57	0,94	0,61
ÍTEM3	0	4	0,74	1,09	0,63
ÍTEM4	0	4	0,21	0,54	0,51
ÍTEM5	0	3	0,15	0,43	0,39
ÍTEM6	0	4	0,07	0,39	0,38
ÍTEM7	0	4	0,20	0,55	0,44
ÍTEM8	0	3	0,26	0,58	0,49
ÍTEM9	0	4	0,17	0,73	0,17
ÍTEM10	0	4	0,57	1,35	0,44
TOTAL	0	32	5,29	4,56	

Como podemos observar, a puntuación dos ítems oscila entre 0 e 4 na maioría dos casos, coa excepción dos ítems 5 e 8 (*¿Con que frecuencia, no último ano, non puido facer o que se esperaba de vostede porque bebera?* e *¿Con que frecuencia, no curso do último ano, non puido lembrar o acontecido na noite anterior porque estivera bebendo?*), nos que só se acadaron puntuacións máximas de 3, debido á gravidade que implican.

As medias obtidas nos diferentes ítems oscilan, pola súa parte, entre 0,07 e 2,35, e son os ítems 6 e 5 os que presentan medias inferiores, e os ítems 1 e 3 nos que se obteñen as maiores puntuacións.

Figura 6.
Descritivos para cada ítem



Polo que se refire á fiabilidade da escala, utilizouse como indicador desta a súa consistencia interna, operativizada a través do índice Alfa de Cronbach (táboa 26). De xeito complementario calculouse tamén a consistencia interna a partir do Método das dúas metades (Spearman-Brown), e obtívose un índice practicamente idéntico (0,72).

O feito de acadar un por enriba de 0,70 permite corroborar que o AUDIT, na súa versión en galego, posúe unha fiabilidade aceptable, aínda que non tan elevada como a obtida noutros estudos de validación. Rubio et al. (1998), por exemplo, obtiveron un α de 0,86, se ben traballaban cunha mostra máis reducida ($n=362$) e homoxénea, xa que os datos foron recollidos unicamente en dous ambulatorios.

Polo que se refire ás tres dimensións que compoñen a escala, obtivéronse de maneira individual coeficientes tamén aceptables, sobre todo se se ten en conta o reducido número de ítems que as compoñen (3 no caso do “risco” e a “dependencia” e 4 no caso dos “danos”). Habería que sinalar, precisamente, esta última, a subescala referida

aos danos ou consecuencias prexudiciais do consumo de alcohol, como a máis *problemática* en termos da consistencia dos seus ítems.

Táboa 26. Consistencia interna do AUDIT e das súas dimensións

	a de Cronbach
RISCO (3)	0.62
DEPENDENCIA (3)	0.57
DANOS (4)	0.45
TOTAL (10)	0.73

Con respecto ao índice de homoxeneidade corrixida (IHC) –corrección do ítem co total da escala eliminando o propio ítem–, os resultados permiten identificar dous ítems (o 1 e o 9) cun IHC de 0,17 e 0,20, respectivamente que semellan deteriorar a consistencia interna do AUDIT (ver táboa 25), na medida en que as respostas dos suxeitos da mostra a estes non gardan excesiva relación coas súas respostas no resto dos ítems. Pola contra, os ítems 3 e 2 (cun IHC de 0.63 e 0.61) son os que máis relación gardan coa puntuación final no AUDIT.

Polo que se refire ao ítem 1 (*¿Con que frecuencia consome algunha bebida alcohólica?*), habería que sinalar que se trata dun ítem no que moitas persoas puntúan alto, xa que teñen un consumo de alcohol case diario, implantado nos seus hábitos, pero que, posiblemente, se trate dun consumo en cantidades reducidas, o cal non se ve reflectido nunha puntuación elevada nos restantes ítems da escala e, por conseguinte, nun abuso ou dependencia alcohólica. Este resultado vese refrendado tamén polo feito de que autores como Contel, Gual e Colom (1999) lle outorguen, precisamente, a este ítem un papel secundario na utilización do AUDIT para o *screening* de consumo de risco.

Con respecto ao ítem 9 (*Vostede ou algunha persoa resultou ferido porque vostede estivera bebendo?*), a explicación da falta de consistencia pode vir dada polo feito de que se trata dunha pregunta excesivamente directa ou incluso “violenta”, o que fai que a inmensa maioría dos entrevistados dea unha resposta negativa á mesma (máis do 94% da mostra), independentemente do que responden ao resto das cuestións e da puntuación final que acadan na escala.

Por último, a pesar de que se puidese a pensar que a eliminación dos dous ítems menos consistentes debería supor un importante aumento na fiabilidade do AUDIT, púidose comprobar que, coa súa eliminación, a consistencia interna unicamente acada un valor de 0,76, o cal non é, en principio, argumento suficiente para xustificar a renuncia á información que proporcionan estes ítems.

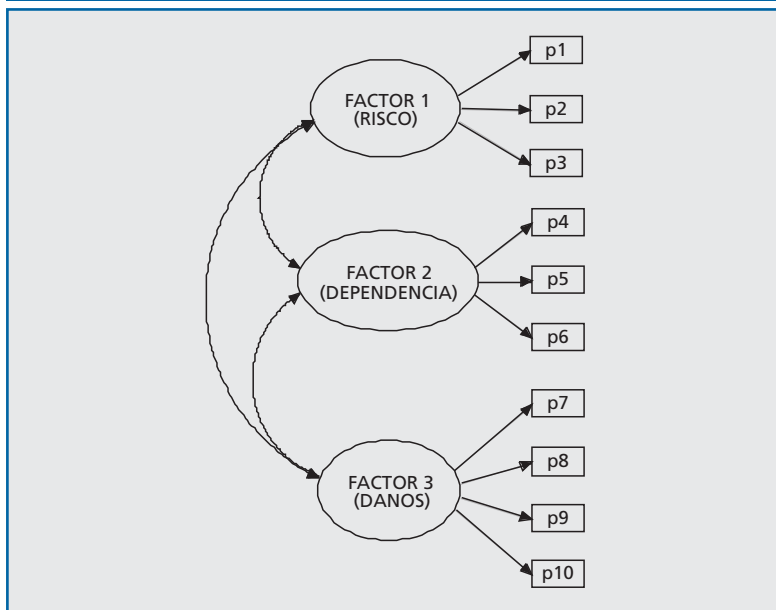
En definitiva...

En termos de fiabilidade (avaliada a través da súa consistencia interna), a adaptación ao galego do AUDIT acadou uns resultados aceptables, aínda que algo inferiores aos obtidos noutros estudos. Ao mesmo tempo, este primeiro indicador psicométrico revela que non todos os ítems son igual de consistentes e que, polo tanto, é posible facer uso dunha versión abreviada da escala (prescindindo dos ítems 1 e 9) sen que iso se traduza nunha perda de fiabilidade.

4.2.2. Validez de constructo

A pesar de que apenas existen estudos destinados a avaliar a estrutura factorial do AUDIT (Kelly e Donovan, 2001) e a maioría dos autores asumen sen máis a existencia das tres dimensións teóricas que se formularon orixinalmente, no presente traballo tentamos comprobar en que medida esas tres dimensións que teoricamente recolle a escala (RISCO, DEPENDENCIA E DANOS) aparecen reflectidas na estrutura factorial obtida a partir dos datos mostrais. Con ese fin, levouse a cabo unha análise factorial confirmatoria mediante estruturas de covarianzas, executado co programa AMOS 5.0. A análise realizouse inicialmente sobre un modelo con 10 indicadores e 3 factores (ver figura 7), tal e como formularon os autores orixinais do AUDIT.

Figura 7.
Estrutura factorial teórica do AUDIT



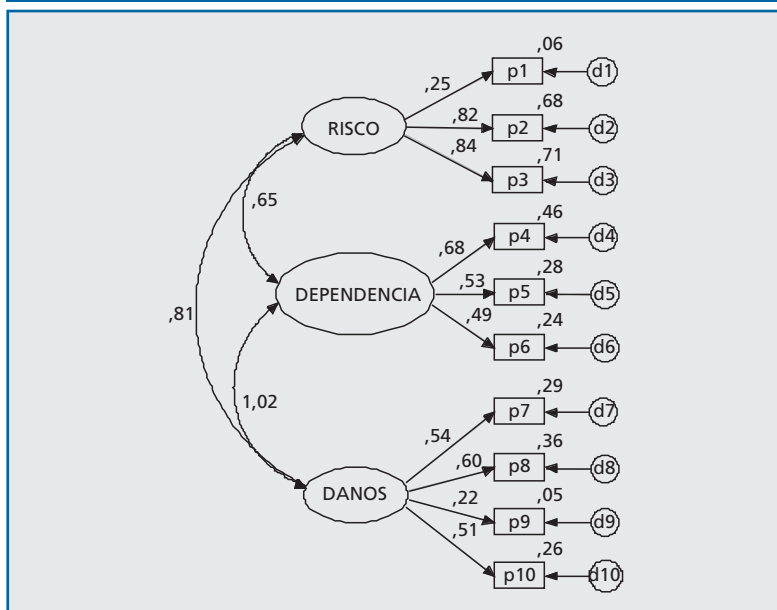
Os parámetros do modelo orixinal foron estimados seguindo o criterio de máxima verosimilitude. Na táboa 27, recóllese a información proporcionada polos índices de axuste máis utilizados (Bentler e Bonett, 1980; Tanaka, 1993; Rial, Varela e Abalo, 2005).

Táboa 27. Índices de bondade de axuste para os modelos orixinal e reespecificado

Índice de axuste	Modelo orixinal	Modelo reespecificado
χ^2	101,888	68,950
gl	32	19
P	<0,001	<0,001
RMSEA	0,059	0,065
GFI	0,969	0,974
AGFI	0,947	0,950
NFI	0,930	0,949
CFI	0,950	0,962

O feito de que o estatístico X^2 sexa moi sensible a variacións no tamaño da mostra fai que, na práctica, resulte difícil acadar un bo nivel de axuste global cando se traballa con mostras grandes, como acontece neste caso. Por isto, consideráronse de maneira complementaria outros índices como o GFI (*Goodness of Fit Index*), o RMSEA (*Root Mean Square Error of Approximation*), NFI (*Normed Fit Index*) ou o CFI (*Comparative Fit Index*). No caso do GFI, NFI e CFI, considéranse aceptables puntuacións por enriba de 0,90, e, no caso do RMSEA, por debaixo de 0,05. Como vemos, os resultados son bastante aceptables, o cal indica que os datos se axustan ben ao modelo teórico de partida. A estimación das cargas factoriais ou valores da matriz $\hat{\gamma}$, así como os erros de medida da variables observables (d) e a correlación entre os factores (f) ofrécense na figura 8.

Figura 8.
Parámetros estandarizados estimados
do modelo orixinal

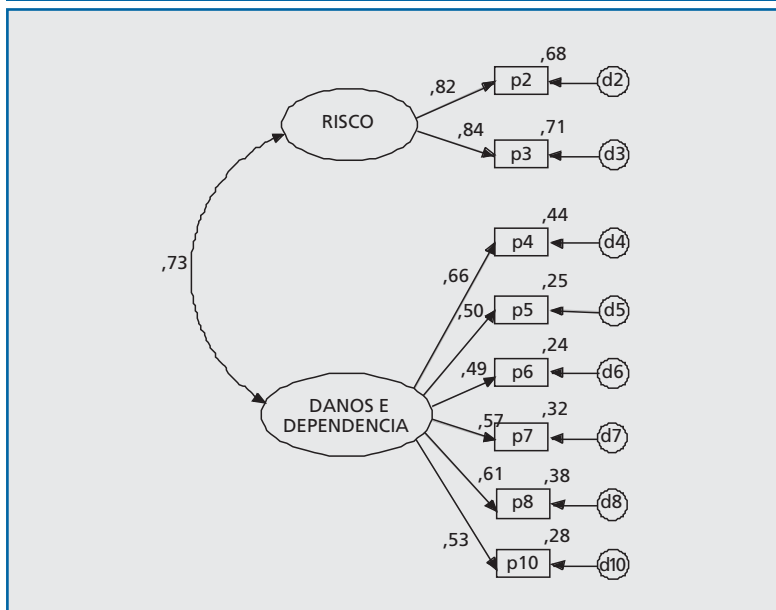


O bo axuste acadado no ámbito global contrasta coa presenza de erros de medida importantes asociados a algúns dos ítems, como é o caso do ítem 1 e o ítem 9 (cun d de 0,06 e 0,05, respectivamente), xunto con algunhas saturacións cruzadas non permitidas (suxeridas polos índices de modificación facilitados polo programa), o cal aconsella introducir cambios no modelo inicial e formular unha reespecificación deste. Por outra banda,

como se observa na figura 8, produciuse unha infracción na correlación entre os factores 2 e 3, acadouse un valor por enriba de 1 ($r=1,02$). Todas estas razóns levaron á reespecificación progresiva do modelo formulado inicialmente, mediante a eliminación secuencial e a redistribución dos indicadores nos factores latentes orixinais. Este proceso finalizou cunha proposta na que eran rexeitados os indicadores $p1$ e $p9$ e se fusionaban os factores 2 e 3 nunha soa dimensión ou variable latente.

Así pois, o modelo reespecificado quedaría composto unicamente por dúas dimensións, con 2 ítems a primeira e 6 a segunda. As estimacións estandarizadas obtidas para o modelo reespecificado móstranse na figura 9.

Figura 9.
Parámetros estandarizados estimados
do modelo reespecificado



Como se pode observar, o modelo final presenta, excepto para o indicador $p6$, saturacións superiores a 0,50 e fiabilidades por enriba de 0,25. Ademais, a correlación entre factores (0,73) indica que existe un forte relación entre eles, aínda que quedan perfectamente definidos como elementos conceptualmente diferentes. Os índices de bondade de axuste do modelo reespecificado son tan bos como os obtidos co modelo orixinal ou mellores.

A análise efectuada confirma un modelo de oito indicadores e dúas variables latentes, como unha representación plausible do constructo avaliado. Poderíase dicir, polo tanto, que, en comparación coa escala orixinal, unha versión abreviada de tan só oito ítems suporía unha medida máis parsimoniosa do constructo, que seguiría a encaixar globalmente coa concepción teórica de partida, pero que consideraría os danos manifestos do consumo de alcohol e os síntomas dependencia como compoñentes dunha mesma dimensión. Obtense tamén evidencia da súa validez converxente, no sentido de que cada factor mide un compoñente do constructo relativamente similar, aínda que independente.

En definitiva...

Dende o punto de vista do constructo a aplicación dunha análise factorial confirmatoria leva a pensar que a estrutura do AUDIT ten un carácter bidimensional, e é máis correcto falar de dous que de tres factores diferenzados. Todo semella indicar que o AUDIT mide consumo de risco, por un lado, e dependencia, por outro, e inclúe os danos do consumo prexudicial como un indicador da dependencia alcohólica. Púidose comprobar de novo que é plausible formular unha versión abreviada da escala (prescindindo dos ítems 1 e 9), co que se acaba, deste xeito, unha maior validez de constructo.

4.2.3. Validez de criterio

Chegados a este punto, dispoñemos de evidencias de que o AUDIT, aplicado sobre a poboación xeral galega, posúe unha xeitada fiabilidade (aínda que susceptible de mellora), ao tempo que encaixa globalmente coa estrutura factorial formulada no ámbito teórico, non tampouco sen matices. Ambos os descubrimentos (fiabilidade e validez de constructo) permitirían presentar a versión en galego do AUDIT como unha ferramenta válida e cun comportamento similar á ferramenta orixinal. Non obstante, faise necesario complementar a análise anterior con novas análises que proporcionen información acerca da capacidade diagnóstica da escala, ou, dito doutro xeito, da súa eficacia á hora de discriminar suxeitos segundo a problemática que presentan con relación ao consumo de alcohol. Para dar conta deste obxectivo (posiblemente o máis importante dende un punto de vista aplicado), seguíronse distintas estratexias complementarias.

4.2.3.1. Concordancia co DSM-IV (TR)

En primeiro lugar, tentouse comparar o diagnóstico levado a cabo a partir do AUDIT co diagnóstico realizado seguindo o DSM-IVTR, e tomouse este último como un criterio externo obxectivo. Como se pode ver na táboa 28, non parece existir unha excesiva concordancia entre o DSM-IVTR e o AUDIT. En xeral, poderíamos dicir que o AUDIT é moito menos sensible para detectar suxeitos cun consumo de risco, ou en certa medida máis permisivo coa poboación xeral. Como se observa na táboa, o AUDIT informaría dun 75,9% de persoas que fan un uso *NORMAL* do alcohol, mentres que se seguimos estritamente os criterios do DSM-IV(TR) tan só se podería falar dun 50,6%.

Táboa 28. Diagnóstico a partir do AUDIT e do DSM-IVTR

DIAGNÓSTICO AUDIT		DIAGNÓSTICO DSM-IVTR	
Normal (0-7)	75,9%	Normal	50,6%
Consumo de risco (8-15)	20%	Abuso	47,3%
Consumo prexudicial (+20)	3,2%	Dependencia	2,1%
Dependencia (+19)	1%		

Dado que o número de categorías diagnósticas coas que traballa un e outro instrumento é distinto, probouse a agrupar as dúas categorías intermedias do AUDIT (*consumo de risco* e *consumo prexudicial*) nunha (que se podería equiparar ao *abuso*), para dispor así do mesmo número de categorías que o DSM-IVTR (3) e ilustrar mellor as diferenzas entre os dous instrumentos. Concretamente, mentres que cos criterios do DSM-IVTR falaríamos dun 2,1% de dependencia, o AUDIT tan só nos informaría dun 1%. Mentres que co DSM-IV(TR) teríamos un 47,3% de abuso, co AUDIT falaríamos tan só dun 23,2%.

A discordancia entre os dous instrumentos pode verse de xeito máis preciso na seguinte táboa de continxencia.

Táboa 29. Táboa de continxencia AUDIT vs. DSM-IV(TR)

		Diagnóstico segundo o DSM-IVR		
		Normal	Abuso	Dependencia
Diagnóstico segundo o AUDIT	Normal	99,1%	54,4%	,0%
	Consumo risco	,9%	40,3%	23,1%
	Consumo prexudicial	,0%	5,0%	38,5%
	Dependencia	,0%	,3%	38,5%

En primeiro lugar, é necesario dicir que os resultados proporcionados polos dous instrumentos non se poden considerar independentes, como evidencia o contraste Chi-cadrado ($\chi^2=430.49$; Sig<0.001). Trátase, polo tanto, de dúas ferramentas que proporcionan unha información similar, que se traduce nunha asociación diagnóstica estatisticamente significativa. Non obstante, a contrastación realizada mediante Chi-cadrado permite verificar tan só se dúas variables son ou non independentes estatisticamente, pero non dá información acerca da forza da asociación entre elas.

Na táboa 30, recóllese o valor de tres medidas de asociación, unha delas baseada no estatístico Chi-cadrado (coeficiente de continxencia) e dúas na redución proporcional do erro (Tau de Goodman e Kruskal e o coeficiente de incerteza). A primeira corrixe o valor do Chi-cadrado, facéndolle tomar valores acotados entre 0 e 1, minimizando, ademais, o efecto do tamaño da mostra sobre a cuantificación do grao de asociación. Un valor próximo a 0 significa que as variables contrastadas son independentes, e un valor próximo a 1 indica unha asociación máxima.

As outras dúas medidas avalían a asociación e amosan en que proporción se reduce a probabilidade de cometer un erro ao clasificar un caso nalguna das categorías dunha variable, utilizando a outra como predictor. Así, 1 significa que se consegue reducir o erro por completo, e 0 que esa variable non contribúe en nada a reducir o erro nas predicións.

Táboa 30. Medidas de asociación entre o AUDIT e o DSM-IVTR

c2	Sig	Coef. continxencia	Tau Goodman e Kruskal	Coef. incerteza
430,49	<0,001	0,63	0,28	0,29

Como se pode observar, a concordancia entre os dous instrumentos é significativa, aínda que non excesivamente elevada, o cal estaría evidenciando que se trata de instrumentos con contidos e finalidades parcialmete distintos, se ben usados no mesmo eido.

A todos estes argumentos poderíase unir tamén o feito de que os criterios impostos polo DSM-IVTR para o diagnóstico de abuso ou dependencia puidesen ser considerados, en certa medida, excesivamente esixentes. Así, por exemplo, unha revisión destes revela que un individuo que, nalgunha ocasión no transcurso do último ano, consumise alcohol antes de conducir sería incluído xa no grupo de ABUSO. Na nosa opinión, este tipo de datos deberían ser considerados á hora de emitir un xuízo valorativo sobre a capacidade do AUDIT para levar a cabo un diagnóstico axeitado.

En definitiva...

O diagnóstico proporcionado polo AUDIT (utilizando os puntos de corte habituais) é similar ao proporcionado polo DSM-IV(TR), obténdose unha correlación de 0,63. Non obstante, a concordancia entre os dous instrumentos dista moito de ser plena, xa que o AUDIT é moito menos restritivo ou sensible para o diagnóstico de problemas vinculados ao consumo de alcohol. Este resultado, por outra banda, non fai máis que constatar que a súa finalidade é facilitar un *screening* do problema máis que un diagnóstico fidedigno do trastorno.

4.2.3.2. Sensibilidade e especificidade

Unha segunda estratexia para estudar a validez de criterio da escala é estudar a súa capacidade diagnóstica en termos de sensibilidade e especificidade. Para isto (como xa se indicou), utilizouse como criterio externo a información proporcionada polo DSM-IV(TR). Na táboa 31, recóllense os resultados acadados tomando como referencia diferentes puntos de corte, entre eles os formulados habitualmente na bibliografía e nos traballos orixinais de validación do AUDIT (Rubio, 1998; Babor et al., 2001). Os cálculos foron realizados mediante o programa G-Stat.

Táboa 31. Sensibilidade e especificidade do AUDIT para diferentes puntos de corte

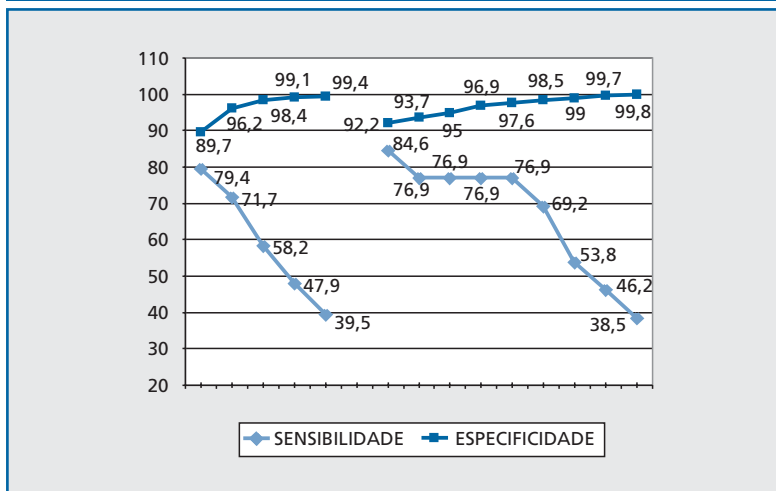
RISCO		SENSIBILIDADE	ESPECIFICIDADE
	CORTE 4	0,794	0,897
	CORTE 5	0,717	0,962
	CORTE 6	0,582	0,984
	CORTE 7	0,49	0,991
	CORTE 8	0,395	0,994
DEPENDENCIA	CORTE 12	0,846	0,922
	CORTE 13	0,769	0,937
	CORTE 14	0,769	0,95
	CORTE 15	0,769	0,969
	CORTE 16	0,769	0,976
	CORTE 17	0,692	0,985
	CORTE 18	0,538	0,99
	CORTE 19	0,462	0,997
	CORTE 20	0,385	0,998

Unha vez analizados os datos, pódese dicir que, tomando como referencia as puntuacións de corte orixinais (a partir dunha puntuación de 8 no AUDIT para o diagnóstico de consumo de *RISCO*, e de 20 para *DEPENDENCIA*), a capacidade diagnóstica da escala resulta pobre, fundamentalmente no tocante á súa sensibilidade.

Concretamente, estaríamos a falar dunha sensibilidade (ou capacidade para detectar suxeitos que realmente presentan un consumo de risco) dun 0,39. O que é o mesmo, seríamos capaces de detectar tan só o 39,5% dos suxeitos que teñen un consumo de risco real.

No caso da dependencia alcohólica, os resultados serían moi similares, cunha sensibilidade de 0,38 (detectaríamos unicamente o 38,5% dos *dependentes*). En definitiva, os puntos de corte formulados nas investigacións previas traduciríanse nunha reducida capacidade para detectar suxeitos alcohólicos ou con risco de padecer esta patoloxía.

Figura 10.
Sensibilidade e especificidade do AUDIT para diferentes
pontos de corte (valores expresados en porcentaxes)



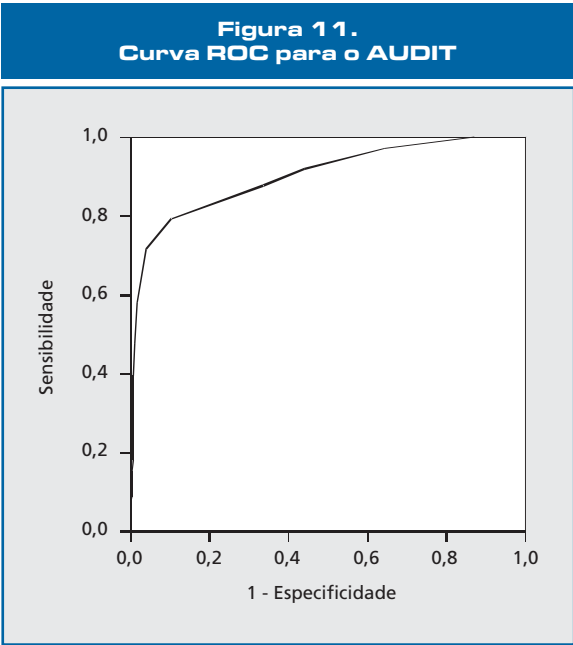
Non obstante, tal e como se recolle na figura 10, é posible ir variando paulatinamente os puntos de corte ata acadar unhas propiedades diagnósticas axeitadas, ou o que é o mesmo, un equilibrio entre a sensibilidade e a especificidade da escala. Os resultados levan a formular que o punto de corte teórico de 8 puntos para un bo *screening* de consumo de RISCO debería baixarse ata unha puntuación de 4 ou 5, co que se conseguiría unha sensibilidade próxima ao 0,8 (80%) e unha especificidade de arredor dun 0,9 (90%), valores similares aos obtidos no estudo de validación nunha mostra española levado a cabo por Rubio en 1998, para unha puntuación de corte de 8.

Do mesmo xeito, poderíase baixar o punto de corte para a DEPENDENCIA, dos teóricos 20 puntos ata 16 puntos, o cal se traduciría nunha sensibilidade dun 0,76 e nunha especificidade que acadaría o 0,97. Estes resultados virían coincidir coas formulacións de Miller, Zweben, DiClement e Rychtarik (1992), que recomentan utilizar como referencia unha puntuación maior ou igual a 16 para falar dun nivel alto de problemas co alcohol.

Porén para unha elección máis precisa dos puntos de corte óptimos, é posible recorrer a dúas estratexias adicionais. Por un lado, elaborar unha curva ROC (*Receiver Operating Characteristic*) e, por

outro, calcular o valor predictivo positivo e negativo asociado a cada punto de corte.

Elaborouse a correspondente curva ROC (ver figura 11), mediante o paquete estatístico SPSS v.12, e obtívose unha área baixo a curva de 0,90 (sig<0.001), cun intervalo de confianza ao 95% de 0,87-0,92. Na táboa 32, recóllense as coordenadas da curva e os diferentes puntos de corte.

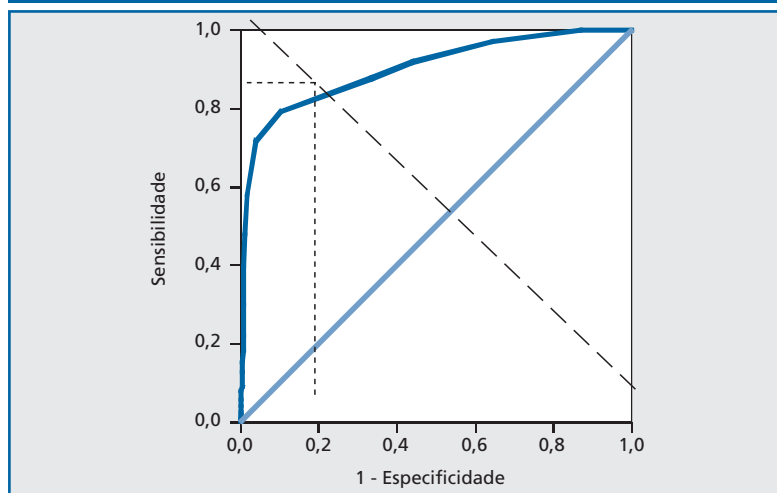


Táboa 32. Coordenadas da curva ROC

Variables resultado do contraste:
Puntuación total no AUDIT

Positivo se é maior ou igual que	Sensibilidade	1 - Especificidade
-1,00	1,000	1,000
,50	1,000	,871
1,50	,971	,643
2,50	,920	,439
3,50	,878	,335
4,50	,794	,103
5,50	,717	,038
6,50	,582	,016
7,50	,479	,009
8,50	,395	,006
9,50	,299	,006
10,50	,219	,006
11,50	,183	,006
12,50	,154	,003
13,50	,129	,003
14,50	,090	,003
15,50	,080	,000
16,50	,058	,000
17,50	,042	,000
18,50	,026	,000
19,50	,019	,000
23,00	,013	,000
26,50	,010	,000
28,00	,006	,000
30,50	,003	,000
33,00	,000	,000

Figura 12.
Curva ROC corrixida



A información das coordenadas recollida na táboa anterior, xunto co trazado das diagonais e das liñas perpendiculares de referencia sobre a curva (Pardo e Ruíz, 2002) permiten identificar a puntuación 4 como o punto de corte co que se acada un maior equilibrio entre a sensibilidade e a especificidade da escala.

Con relación ao valor predictivo positivo e negativo, trátase de índices que representan a porcentaxe de acertos cando o AUDIT emite un diagnóstico positivo ou negativo respectivamente. Estes índices, en ocasións esquecidos nos traballos encamiñados a validar instrumentos de diagnóstico en Ciencias da Saúde, supoñen un complemento necesario para os índices máis tradicionais, como son a sensibilidade e especificidade, e proporcionan información moi valiosa cara á facer unha elección máis axeitada dos puntos de corte.

Táboa 33. Sensibilidade, especificidade V+ e V- do AUDIT para diferentes puntos de corte

		SENSIBILIDADE	ESPECIFICIDADE	V+	V-
RISCO	CORTE 4	0,794	0,897	0,882	0,817
	CORTE 5	0,717	0,962	0,949	0,777
	CORTE 6	0,582	0,984	0,973	0,707
	CORTE 7	0,4,9	0,991	0,98	0,661
	CORTE 8	0,395	0,994	0,984	0,628
DEPENDENCIA	CORTE 12	0,846	0,922	0,186	0,996
	CORTE 13	0,769	0,937	0,204	0,995
	CORTE 14	0,769	0,95	0,244	0,995
	CORTE 15	0,769	0,969	0,345	0,995
	CORTE 16	0,769	0,976	0,40	0,995
	CORTE 17	0,692	0,985	0,50	0,993
	CORTE 18	0,538	0,99	0,538	0,99
	CORTE 19	0,462	0,997	0,75	0,989
	CORTE 20	0,385	0,998	0,833	0,987

Como se pode observar na táboa anterior, non parecen existir demasiadas dúbidas acerca da capacidade diagnóstica do AUDIT para detectar individuos con consumo de RISCO. Tanto a puntuación de corte de 4 como de 5 implican unhas magníficas propiedades diagnósticas, e acádanse valores elevados nos 4 indicadores. Pola contra, non está claro o punto de corte axeitado para o diagnóstico da DEPENDENCIA alcohólica, xa que non é posible falar dun punto de corte que consiga un equilibrio entre os diferentes índices. Se ben os valores de sensibilidade e especificidade aconsellan baixar o punto de corte de maneira considerable, os novos índices informan de que esa medida podería ser errónea. A consideración dos catro indicadores de maneira simultánea levarían por optar por unha puntuación de corte de 16 como a opción menos problemática.

En definitiva, todo parece indicar que o AUDIT xera resultados consistentes cando se pretende utilizar como instrumento de *screening* ou cribado (podendo ser máis ou menos esixentes á hora de con-

siderar un individuo como consumidor de risco ou non), e resulta algo menos fiable se se quere utilizar como ferramenta de diagnóstico para a dependencia de consumo de alcohol.

Non obstante, convén ter en conta que, a pesar de que se trata dunha mostra de tamaño relativamente grande ($n=630$), a incidencia de *dependencia alcohólica* é tan baixa (só 13 suxeitos da mostra cumpren os criterios establecidos polo DSM-IV(TR) que condiciona os resultados acadados a este nivel. Por isto, fórmulase nun apartado posterior a necesidade de complementar estas análises coa consideración dunha submostra clínica de comparación (ver apartado 4.2.3.3).

A continuación, na táboa 34, recóllense os valores de sensibilidade e especificidade para homes e mulleres e diferentes puntos de corte.

Táboa 34. Sensibilidade e especificidade do AUDIT para diferentes puntos de corte segundo SEXO

		HOMES		MULLERES	
		SENSIB.	ESPECIFIF.	SENSIB.	ESPECIFIF.
RISCO	CORTE 4	0,852	0,75	0,676	96
	CORTE 5	0,785	0,906	0,578	98,7
	CORTE 6	0,66	0,948	0,422	100
	CORTE 7	0,541	0,969	0,353	100
	CORTE 8	0,455	0,979	0,275	100
DEPENDENCIA	CORTE 12	0,833	0,881	1	0,96
	CORTE 13	0,75	0,898	1	0,972
	CORTE 14	0,75	0,915	1	0,981
	CORTE 15	0,75	0,952	1	0,985
	CORTE 16	0,75	0,962	1	0,988
	CORTE 17	0,667	0,98	1	0,991
	CORTE 18	0,50	0,99	1	0,991
	CORTE 19	0,417	0,997	1	0,997
	CORTE 20	0,337	1	1	0,997

Efectivamente, tal e como se evidencia en estudos previos (Álvarez, Gallego e Latorre, 2001), o punto de corte non debe ser o mesmo para homes e mulleres. Neste caso, para un cribado de consumo de RISCO, poderíase fixar en 5 o punto de corte para os homes, e en 4 para as mulleres. Para a DEPENDENCIA, quedaría en 16 no caso dun home, e en 19 ou 20 no caso dunha muller.

Por grupos de idade (táboa 35), para o *screening* do consumo de risco entre adolescentes, o punto de corte habería que situalo en 5 puntos, ao igual que para os grupos entre 17 e 21 anos e entre 22 e 34. Para suxeitos de maior idade, sería oportuno fixar o corte en 4.

Polo que se refire á dependencia, resulta moi difícil atopar un punto de corte axeitado para os diferentes grupos, xa que se está a traballar cun tamaño de mostra relativamente pequeno. Lembremos que segundo o DSM-IV (TR), tan só un 2,1% dos suxeitos entrevistados serían considerados *dependentes* (n=13).

En definitiva, os resultados presentados na táboa 34 para sensibilidade e especificidade do AUDIT no diagnóstico de dependencia en diferentes grupos de idade deben ser tomados con especial cautela, son necesarios estudos de maior envergadura para ofrecer datos fiables ao respecto.

Táboa 35. Sensibilidade e especificidade do AUDIT para diferentes puntos de corte segundo IDADE

		13-16 anos		17-21 anos		22-34 anos		35-52 anos		53-65 anos	
		SENSIB.	ESPEC.	SENSIB.	ESPEC.	SENSIB.	ESPEC.	SENSIB.	ESPEC.	SENSIB.	ESPEC.
RISCO	CORTE 4	0,935	0,839	0,873	0,714	0,831	0,944	0,647	0,92	0,689	0,893
	CORTE 5	0,891	0,903	0,81	0,905	0,753	0,986	0,529	0,973	0,622	0,964
	CORTE 6	0,761	0,935	0,683	0,952	0,629	0,986	0,397	1	0,444	0,988
	CORTE 7	0,717	0,968	0,571	0,952	0,483	1	0,324	1	0,333	0,988
	CORTE 8	0,63	0,968	0,46	0,952	0,393	1	0,265	1	0,267	1
DEPENDENCIA	CORTE 12	0,33	0,851	1	0,813	1	0,924	1	0,955	1	0,984
	CORTE 13	0,33	0,919	1	0,825	1	0,93	0,50	0,966	1	0,984
	CORTE 14	0,33	0,932	1	0,863	1	0,955	0,50	0,966	1	0,984
	CORTE 15	0,33	0,973	1	0,875	1	0,987	0,50	0,978	1	0,992
	CORTE 16	0,33	0,986	1	0,90	1	0,987	0,50	0,983	1	0,992
	CORTE 17	0,33	0,986	0,75	0,925	1	1	0,50	0,989	1	1
	CORTE 18	0	0,986	0,75	0,95	1	1	0	0,994	1	1
	CORTE 19	0	0,986	0,75	1	0,667	1	0	0,994	1	1
	CORTE 20	0	0,986	0,50	1	0,667	1	0	1	1	1

En definitiva...

A capacidade do AUDIT para o *screening* dun consumo alcohólico de risco é magnífica. Non obstante, as distintas análises realizadas poñen en interdicto a utilización dos puntos de corte orixinais para unha detección precoz dos problemas xerados polo alcohol. Na liña das formulacións dalgúns traballos recentes (Montero, Gallego e Latorre, 2001; Gual, Segura, Comtel e Colom, 2002), a utilización dun punto de corte está suxeita a variables como o sexo e a idade, ao mesmo tempo que a factores sociais e culturais.

O traballo empírico realizado en Galicia aconsella descender ata un punto de corte de 5 para un mellor *cribado do risco* entre a poboación xeral. De cara a un *cribado da dependencia* todo semella indicar que é preciso baixar tamén o punto de corte, dunha teórica puntuación de 20 ata 16, co que se acadará unha boa sensibilidade e especificidade.

4.2.3.3. Capacidade discriminatoria

A última estratexia para estudar a validez de criterio do AUDIT foi proporcionar datos acerca da súa capacidade para discriminar entre suxeitos sans e enfermos. Para isto, dispúxose dunha pequena mostra clínica composta por 18 pacientes diagnósticados de dependencia alcohólica e que estaban a seguir tratamento na Unidade de Alcohollismo do Complexo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

Seleccionouse tamén unha submostra aleatoria da mostra global, do mesmo tamaño que a mostra clínica ($n=18$) e aplicouse unha análise discriminante simple. Como variables Predictoras utilizáronse as puntuacións nos 10 ítems que compoñen o AUDIT e como variable Criterio a pertenza á mostra clínica ou a submostra extraída da poboación xeral. Seguiuse o método de pasos e utilizouse a distancia de Mahalanobis como criterio de selección dos predictores, dado o seu carácter ordinal. Os resultados amósanse na táboa 36.

Táboa 36. Resultados da análise discriminante

Variables no modelo (Coef. estandarizado)	X ²	Sig	I de Wilks	R ²	% suxeitos correctamente clasificados
P2 (0.76) P7 (0.45) P3 (0.43)	67,07	<0,001	0,127	0,87	97,2%

Tal e como se recolle na táboa anterior, o AUDIT presenta un elevada capacidade para discriminar suxeitos *dependentes* (xa diagnosticados) da poboación xeral. A varianza explicada pola función (correlación canónica ao cadrado) chega ata 0,87, mentres que a porcentaxe de casos correctamente clasificados é do 97,2%. Tan só un dos 36 suxeitos utilizados para a análise quedaría mal clasificado pola función discriminante. Hai que sinalar, ademais, que a submostra extraída de maneira aleatoria da mostra global podía incluír tamén algún suxeito con abuso ou dependencia alcohólica, pero que non estaba diagnosticado como tal, nin recibira ningún tipo de atención médica. De feito, dado que se dispón dese dato, foi posible corroborar que efectivamente así era, trátase do suxeito n.º 117 da mostra, que acadou unha puntuación de 12 no AUDIT e sería diagnosticado con *abuso* segundo os criterios do DSM-IV.

Por outra parte, son tres os ítems do AUDIT que máis contribúen a discriminar entre as dúas submostras; concretamente (e por esa orde), trátase do ítem 2 (*¿Con que frecuencia consume algunha bebida alcohólica?*), do ítem 7 (*¿Con que frecuencia, no curso do último ano, tivo remordementos ou sentimentos de culpa por beber?*), e do ítem 3 (*¿Con que frecuencia toma 6 ou máis bebidas alcohólicas nun só día?*). Estes resultados están en concordancia cos obtidos en estudos previos (Seppä, Lepistö e Sillanaukee, 1998; Boush, Babor e Kranzler, 1995; Kraus e Augustin, 2001; Gual, Segura, Contel, Heather e Colom, 2002), onde se formulan versións do AUDIT de tan só 3, 4 ou 5 ítems.

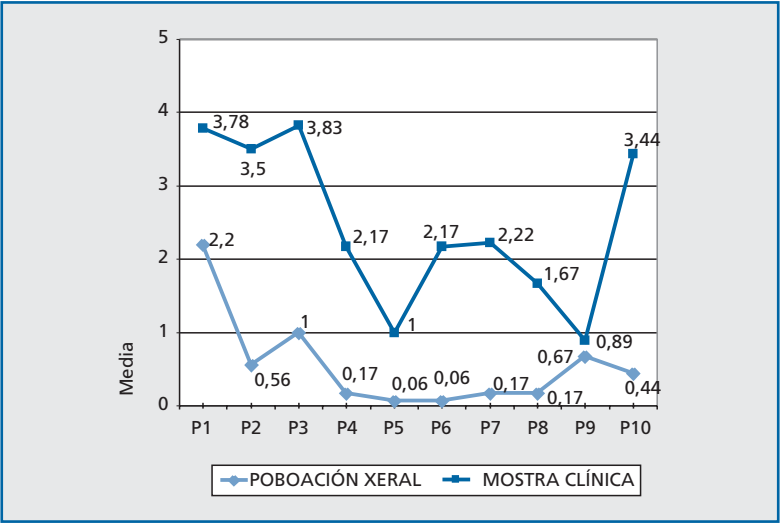
É importante ter en conta tamén o feito de que tan só tres ítems formen parte da función discriminante como preditores estatisticamente significativos non quere dicir que a información proporcionada polos sete ítems restantes do AUDIT non proporcionan información relevante, ou que a súa capacidade para discriminar os dous grupos sexa nula. Na táboa 37 recóllese a diferenza de medias para cada ítem, xunto co contraste “t” de Student entre os dous grupos.

Táboa 37. Diferenza de medias e contraste “t” para cada ítem

	t	Sig.	Diferenza de medias
P1 (Frecuencia de consumo)	-4,401	,000	-1,556
P2 (Número de consumicións)	-11,834	,000	-2,944
P2 (Frecuencia de consumo de 6 ou máis bebidas)	-8,974	,000	-2,833
P4 (Incapaz de parar de beber)	-4,899	,000	-2,000
P5 (Non fixo o que se esperaba del)	-2,647	,012	-,944
P6 (Beber en xaxún)	-5,478	,000	-2,111
P7 (Remordementos)	-5,211	,000	-2,056
P8 (Non lembrar acontecementos da noite anterior)	-4,123	,000	-1,500
P9 (Feridos pola súa culpa)	-,430	,670	-,222
P10 (Preocupación doutras persoas)	-6,839	,000	-3,000

Efectivamente, pódese comprobar (ver figura 13) que as maiores diferenzas se dan nos ítems 2, 3 e 7, aínda que tamén se observan diferenzas importantes no ítem 10 e 6. Pódese ver tamén que o ítem 9 (*¿Vostede ou algunha persoa resultaron algunha vez feridos porque vostede estivera bebendo?*) apenas diferenza entre suxeitos dependentes e a poboación xeral, presentando medias case idénticas (0,89 e 0,67, respectivamente).

Figura 13.
Medias obtidas nos 10 ítems do AUDIT pola submostra
extraída da poboación xeral e a mostra clínica



Por último, na táboa 38 téntase completar a información anterior con datos acerca do grao de asociación entre cada un dos ítems que compoñen o AUDIT e o grupo de pertenza do suxeito. Ofrécense concretamente dous estatísticos como son o coeficiente eta-cadrado e o coeficiente de incerteza. Os resultados, na liña dos comentarios anteriores, revelan a estreita relación entre a puntuación que os suxeitos presentan nos ítems 2, 3, 10, 4, 6 e 7, e o feito de pertencer á mostra clínica ou á submostra extraída da poboación xeral. Noutras palabras, estes coeficientes estarían informando que, coñecendo a puntuación dun individuo en calquera destes ítems, temos unha alta capacidade de predicir se se trata dun individuo san ou enfermo.

Táboa 38. Medidas de asociación entre os ítems do AUDIT e o grupo de pertenza

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
Eta2	0,40	0,86	0,85	0,52	0,18	0,51	0,50	0,36	0,06	0,60
Coeficiente incerteza	0,35	0,86	0,84	0,50	0,17	0,47	0,46	0,33	0,06	0,50

Para rematar este apartado, dado que se dispón de 18 suxeitos obxectivamente diagnosticados e tratados como *dependentes*, analizouse de novo a sensibilidade e especificidade do AUDIT, tentando achegar máis evidencias acerca de cal debe ser o punto de corte máis axeitado.

Táboa 39. Sensibilidade, especificidade do AUDIT para diferentes puntos de corte no diagnóstico da dependencia alcohólica (mostra clínica)

		SENSIBILIDADE	ESPECIFICIDADE	V+	V-
DEPENDENCIA	CORTE 14	1	0.944	1	0,947
	CORTE 15	1	0,944	1	0,947
	CORTE 16	0,944	0,944	0,944	0,944
	CORTE 17	0,889	1	1	0,90
	CORTE 18	0,889	1	1	0,90
	CORTE 19	0,889	1	1	0,90
	CORTE 20	0,833	1	1	0,857

Os resultados obtidos constatan que o punto de corte 16 supón un axeitado equilibrio entre os diferentes índices diagnósticos acadados polo AUDIT, o que soluciona as dúbidas suscitadas na epígrafe anterior.

En definitiva...

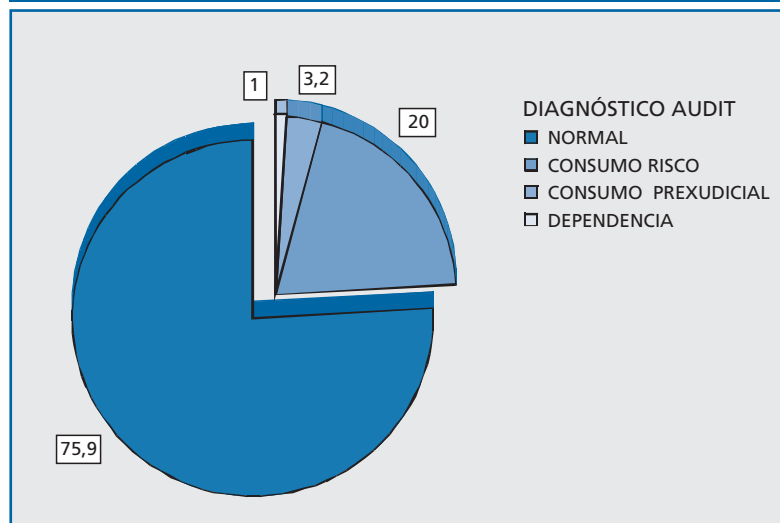
Dende o punto de vista da capacidade discriminatória, o AUDIT demostrou ter un excelente comportamento á hora de clasificar correctamente suxeitos pertencentes a unha mostra clínica e suxeitos extraídos da poboación xeral. Por outra banda, a realización dunha análise discriminatória simple permitiu identificar tres ítems cunha especial capacidade discriminatória (os ítems 2, 3 e 7). Estes resultados fan plausible pensar nunha escala reducida, na liña das formulacións de autores que propoñen incluso versións de tan só 3, 4 ou 5 ítems.

Por outra banda, o feito de dispoñer de 18 suxeitos diagnosticados con dependencia alcohólica permitiu achegar novos datos acerca da sensibilidade e especificidade do AUDIT para diferentes puntos de corte. Os resultados obtidos levan a manter unha puntuación de 16 como corte máis axeitado para o diagnóstico de dependencia.

4.3. Resultados no ámbito epidemiolóxico

Neste apartado ofrécese datos de carácter epidemiolóxico que poden servirllles de referencia aos profesionais e expertos do sector, así como aos responsables do Sistema Sanitario Público Galego. No gráfico seguinte recóllese o diagnóstico inicial que se levaría a cabo na poboación galega, no caso de aplicar o AUDIT cos puntos de corte propostos pola OMS.

Figura 14.
Prevalencia dos trastornos de consumo de alcohol en Galicia segundo os puntos de corte propostos pola OMS



Os resultados obtidos levan a falar dunha prevalencia de dependencia alcohólica na poboación xeral galega dun 1%, dun 3,2% de consumo claramente prexudicial e dun 20% de consumo de risco.

Se se ten en conta que, segundo o último censo de poboación facilitado polo Instituto Galego de Estatística (referido ao ano 2001), a poboación galega entre 13 e 65 anos ascende a aproximadamente 1.895.567 habitantes, poderíase dicir que existen, na actualidade, en Galicia 379.113 persoas que presentan un consumo de alcohol que se podería considerar de risco; 60.658 cun consumo que xa comeza a ser prexudicial para a súa saúde e 18.955 persoas con problemas graves debidos ao consumo de alcohol.

Táboa 40. Epidemioloxía dos trastornos por consumo de alcohol segundo o AUDIT

	PREVALENCIA	INCIDENCIA
NORMAL	75,9%	1.438.735
RISCO	20%	379.113
PREXUDICIAL	3,2%	60.658
DEPENDENCIA	1%	18.955

Por outra parte, se se teñen en conta as análís realizadas, se optamos por modificar os puntos de corte, os índices de prevalencia experimentarían unha importante variación (táboa 41), que levarían a cifras algo máis preocupantes. Concretamente, pasaríamos a ter un 33,4% de consumidores de risco e un 4% de individuos con dependencia alcohólica.

Táboa 41. Epidemioloxía dos trastornos por consumo de alcohol segundo o AUDIT cos puntos de corte modificados

	PREVALENCIA	INCIDENCIA
NORMAL (menos de 5)	62,7% %	1.188.520
RISCO-PREXUDICIAL (6-15)	33,4%	631.223
DEPENDENCIA (16 ou máis)	4%	75822

A continuación, recóllense nas seguintes táboas os datos de prevalencia referidos aos diferentes segmentos poboacionais considerados. Utilízanse os puntos de corte orixinais, co fin de poder establecer comparacións con resultados obtidos noutros estudos e noutras comunidades autónomas.

Táboa 42. Prevalencia dos trastornos de consumo de alcohol ssegundo o AUDIT por SEXO

		SEXO	
		Home	Muller
Diagnóstico AUDIT	Normal	62,0%	88,9%
	Consumo risco	31,1%	9,5%
	Consumo prexudicial	5,6%	,9%
	Dependencia	1,3%	,6%

Táboa 43. Prevalencia dos trastornos de consumo de alcohol segundo o AUDIT por GRUPO DE IDADE

		GRUPO DE IDADE				
		13-16	17-21	22-34	35-52	53-65
Diagnóstico AUDIT	Normal	55,8%	56,0%	73,1%	87,8%	87,6%
	Consumo risco	41,6%	28,6%	23,8%	10,0%	10,9%
	Consumo prexudicial	1,3%	13,1%	1,9%	2,2%	,8%
	Dependencia	1,3%	2,4%	1,3%	,0%	,8%

Táboa 44. Prevalencia dos trastornos de consumo de alcohol segundo o AUDIT por NIVEL DE ESTUDOS

		ESTUDOS			
		Sen estudos /Primarios non rematados	EXB /Primarios	Secundarios /Bacharelato/FP	Universitarios
Diagnóstico AUDIT	Normal	83,6%	83,2%	66,5%	83,0%
	Consumo risco	12,3%	15,0%	26,3%	17,0%
	Consumo prexudicial	2,7%	,6%	6,1%	,0%
	Dependencia	1,4%	1,2%	1,1%	,0%

Táboa 45. Prevalencia dos trastornos de consumo de alcohol segundo o AUDIT por CONTORNO XEOGRÁFICO

		CONTORNO	
		Interior	Costa
Diagnóstico AUDIT	Normal	78,0%	74,7%
	Consumo risco	19,4%	20,3%
	Consumo prexudicial	2,2%	3,7%
	Dependencia	,4%	1,2%

Táboa 46. Prevalencia dos trastornos de consumo de alcohol segundo o AUDIT por HÁBITAT ou TAMAÑO DO MUNICIPIO

		HABITAT		
		Urbano	Semiurbano	Rural
Diagnóstico AUDIT	Normal	78,3%	78,8%	70,7%
	Consumo risco	16,4%	18,0%	25,6%
	Consumo prexudicial	4,9%	1,6%	2,8%
	Dependencia	,4%	1,6%	,9%

En definitiva...

A utilización do AUDIT sobre unha mostra representativa da poboación galega de 13 a 65 anos revela unha prevalencia de consumo alcohólico de risco ou prexudicial dun 23,2% e unha dependencia dun 1%. Non obstante, unha rebaixa nos puntos de corte na procura dunha maior sensibilidade e especificidade (situándoos nun 5 para o risco e nun 16 para a dependencia) levaría a falar dunha prevalencia máis elevada, concretamente, dun 33,4% para o consumo de risco ou prexudicial e dun 4% para a dependencia. Os resultados por segmentos amosan unha maior prevalencia entre os homes que entre as mulleres, no grupo de idade de 17-21 anos e nas poboación costeiras.

4.4. Propiedades psicométricas para unha versión

Ao longo do presente traballo fóronse recollendo evidencias da plausibilidade de propoñer unha versión abreviada do AUDIT, que fixese aínda máis doada a recollida da información na práctica diaria dos profesionais de atención primaria, sen que iso derivase nunha perda nin da fiabilidade da escala, nin da súa capacidade de *screening*. Efectivamente, as distintas análises realizadas permiten constatar que isto é posible prescindindo dos ítems 1 e 9 da escala orixinal (*¿Con que frecuencia consume algunha bebida alcohólica?*, e *¿Vostede ou algunha outra persoa resultaron feridos porque vostede estivera bebendo?*).

Concretamente, esta versión abreviada (que poderíamos denominar *AUDIT-8*) tería dunha consistencia interna algo superior á da esca-

la orixinal, acadando un α de Cronbach de 0.76.

Polo que se refire á validez de constructo, tería un carácter bidimensional, xa que os seus ítems estruturaríanse arredor de dous grandes factores: un primeiro que recollería dous indicadores dun *consumo de risco* (ítems 2 e 3); e un segundo que recollería seis indicadores destinados a evidenciar a presenza de síntomas manifestos dun *consumo prexudicial ou de dependencia* (ítems 4, 5, 6, 7, 8 e 10).

En canto os puntos de corte que se recomenda utilizar na práctica, na táboa 47 recóllense os valores obtidos para a sensibilidade e a especificidade.

		SENSIBILIDADE	ESPECIFICIDADE
RISCO	CORTE 1	0,859	0,781
	CORTE 2	0,795	0,887
	CORTE 3	0,688	0,944
	CORTE 4	0,567	0,972
DEPENDENCIA	CORTE 7	0,923	0,857
	CORTE 8	0,923	0,90
	CORTE 9	0,846	0,925
	CORTE 10	0,692	0,938
	CORTE 11	0,692	0,963

Táboa 47. Sensibilidade e especificidade do AUDIT-8 para diferentes puntos de corte

Os resultados obtidos levan a propoñer unha puntuación no AUDIT-8 de 2 como punto de corte para o cribado dun *consumo de risco*, e acádase unha sensibilidade e unha especificidade moi próximas a 0,80 e 0,90, respectivamente. Para un cribado de *dependencia* recoméndase utilizar unha puntuación de corte de 9, o que se correspondería cunha sensibilidade de 0,84 e unha especificidade de 0,92.

Calculouse tamén a sensibilidade e especificidade en funcion do sexo e do grupo de idade.

Táboa 48. Sensibilidade e especificidade do AUDIT para diferentes puntos de corte segundo SEXO

		HOMES		MULLERES	
		SENSIB.	ESPECIFIF.	SENSIB.	ESPECIFIF.
RISCO	CORTE 1	0,914	0,604	0,765	0,857
	CORTE 2	0,852	0,781	0,706	0,933
	CORTE 3	0,746	0,875	0,608	0,973
	CORTE 4	0,636	0,927	0,480	0,991

De novo volvemos ter evidencias de que o punto de corte non debe ser o mesmo para homes e mulleres. Neste caso, para un cribado de consumo de RISCO, o punto de corte de 2 serviría para os homes, pero sería pouco sensible para as mulleres, polo que é recomendable baixar a 1.

Por grupos de idade (táboa 49), para o *screening* do consumo de risco entre adolescentes, o punto de corte habería que situalo en 3 puntos, en 4 para o grupo comprendido entre os 17 e os 21 anos, e descender para os grupos de idade restantes, ata situalo en tan só 1 punto para os maiores de 53 anos.

Non se ofrecen os resultados para a dependencia, dado que convén lembrar que tan só se dispón de 13 suxeitos *dependentes* para a realización dos cálculos, o cal privaría de calquera tipo de validez a información que se proporcionase e podería inducir a erros de interpretación na práctica diaria. Somos conscientes da necesidade de novos estudos que lles permitan ofrecer aos profesionais sanitarios datos fiables de referencia para o un uso eficiente da escala sobre diferentes segmentos da poboación.

Táboa 49. Sensibilidade e especificidade do AUDIT para diferentes puntos de corte segundo IDADE

		13-16 anos		17-21 anos		22-34 anos		35-52 anos		53-65 anos	
		SENSIB.	ESPEC.	SENSIB.	ESPEC.	SENSIB.	ESPEC.	SENSIB.	ESPEC.	SENSIB.	ESPEC.
RISCO	CORTE 1	1	0,645	0,937	0,333	0,91	0,704	0,721	0,884	0,756	0,8869
	CORTE 2	0,957	0,774	0,937	0,524	0,865	0,859	0,588	0,946	0,667	0,964
	CORTE 3	0,957	0,839	0,841	0,714	0,730	0,958	0,515	0,973	0,467	0,988
	CORTE 4	0,826	0,871	0,778	0,905	0,607	0,986	0,368	0,991	0,356	0,988

A continuación, nas táboas e figuras seguintes, recóllense os des-
critivos que corresponderían coa puntuación total no AUDIT-8.

Táboa 50. Descritivos para a puntuación global no AUDIT-8

			Estatístico	Erro tip.
AUDIT8	Media		2,7651	,15692
	Intervalo de confianza para a media ao 95%	Límite inferior	2,4569	
		Límite superior	3,0732	
	Media recortada al 5%		2,2725	
	Mediana		1,0000	
	Varianza		15,512	
	Desv. tip.		3,93856	
	Mínimo		,00	
	Máximo		28,00	
	Rango		28,00	
	Amplitude intercuartil		4,00	
	Asimetría		2,034	,097
	Curtose		5,629	,194

Figura 15.
Histograma correspondente á puntuación global no
AUDIT-8

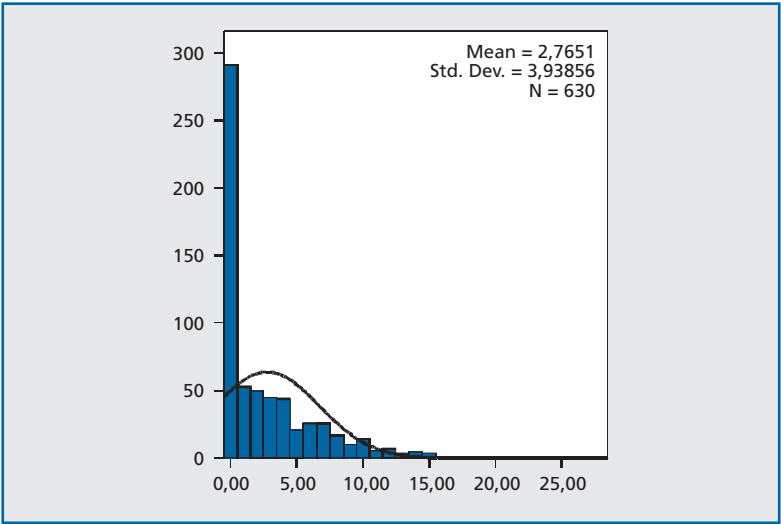
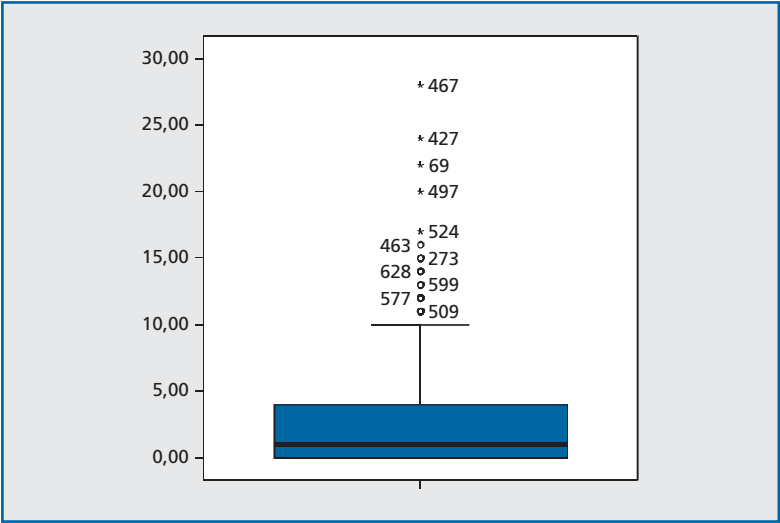


Figura 16.
Boxplot correspondente á puntuación global no AUDIT-8



Táboa 51. Percentís para a puntuación global no AUDIT-8

Puntuacións totais no AUDIT

N.º	Válidos	630
	Perdidos	0
Percentís	5	,0000
	10	,0000
	15	,0000
	20	,0000
	25	,0000
	30	,0000
	35	,0000
	40	,0000
	45	,0000
	50	1,0000
	55	2,0000
	60	2,0000
	65	3,0000
	70	4,0000
	75	4,0000
	80	5,8000
	85	7,0000
	90	8,0000
	95	11,0000

CONCLUSIÓN

Os trastornos vinculados ao consumo de alcohol adquiriron nos últimos anos un protagonismo especial, xa que están na base de boa parte dos accidentes de tráfico, dos episodios de violencia doméstica, dos accidentes e do absentismo laboral etc., e constitúen unha das principais causa de morte (directa ou indirectamente) na sociedade occidental. Se a isto se une o considerable gasto que implica tanto en termos económicos como de recursos sociosanitarios, faise primordial a súa detección precoz e a posta en marcha de programas de prevención.

Aínda que son moitos os instrumentos existentes para o cribado ou *screening* dos trastornos xerados polo consumo de alcohol, un deles, o AUDIT, vén acaparando boa parte da investigación aplicada nos últimos anos. Esta escala, composta por tan só 10 ítems, pasa por ser un instrumento especialmente útil pola súa brevidade, como mecanismo de detección precoz no Sistema Sanitario Público, concretamente para os profesiniais de Atención Primaria. Non obstante, un uso eficiente e riguroso deste implica necesariamente levar a cabo estudos de validación e baremación nas distintas poboacións nas que se pretenda utilizar. O presente estudo fórmulase, precisamente, con ese obxectivo: validar empiricamente o AUDIT na poboación galega; tendo en conta, iso sí, o seu fin último que é proporcionar a información e as claves necesarias para que os nosos profesionais fagan un uso axeitado del, eficaz e de garantías.

A elaboración deste estudo implicou pasar o AUDIT, xunto cunha entrevista individual con diferentes cuestións adicionais e criterios diagnósticos, a unha mostra de 630 individuos, de ambos os sexos e diferentes idades, seleccionados mediante o correspondente procedemento de mostraxe para garantir a súa representatividade.

Os resultados acadados poden ser considerados en diferentes ámbitos. En primeiro lugar, no ámbito psicométrico cabe dicir que o AUDIT, na súa versión en galego e aplicado sobre a poboación xeral, posúe unha fiabilidade aceptable, cunha consistencia interna por enriba de 0,70, similar á acadada en outros traballos (Saunders et al., 1993; Rubio, 1998; Babor et al., 2001).

No ámbito de validez de constructo, a aplicación dunha análise factorial confirmatoria leva a formular que sería máis axeitado falar de dúas dimensións en lugar de tres, fundindo a dimensión referida aos *danos* e á *dependencia* nun só factor. A pesar de que a preocupación fundamental con relación ao AUDIT é de carácter aplicado, vinculada á súa capacidade de detección precoz de trastornos xerados polo consumo de alcohol, é importante resaltar o feito de que apenas existen traballos que afondasen sobre a dimensionalidade da escala (Kelly e Donovan, 2001), polo que se fai necesario o inicio de novos estudos que inclúan este apartado como un obxectivo adicional.

No ámbito de capacidade para discriminar entre suxeitos sans e enfermos, os resultados son excelentes, e infórmanos ademais, de cales son os ítems de maior capacidade discriminatória. Estes datos reforzan a posibilidade de utilizar unha versión abreviada do AUDIT para un *screening* rápido en atención primaria. Precisamente, existe xa unha versión coñecida como AUDIT-C (desenvolvida por Bush et al. en 1998), e que tan só conta cos tres primeiros ítems, referidos ao consumo de risco. Asemade, nos últimos anos son moitas as iniciativas que perseguen unha versión reducida da escala (3, 4 ou 5 ítems) cunhas axeitadas propiedades psicométricas (Boush et al., 1995; Seppä et al., 1998; Fiellin, Reid e O'Connor, 200; Kraus e Augustin, 2001; Gual et al, 2002). Non obstante, como se sinala na revisión de Montero, Gallego e Latorre (2001), os resultados ata o de agora non están a ser excesivamente consistentes. Nese sentido, froito das diferentes análises levadas a cabo no presente estudo, propónse unha versión de 8 ítems (AUDIT-8) que presenta unha elevada consistencia interna (0,76) ao tempo que unha boa sensibilidade e especificidade (próximas a 0,80 e 0,90, respectivamente).

Os resultados obtidos no ámbito do diagnóstico levan a pensar que o comportamento da versión orixinal AUDIT na poboación galega presenta uns baremos relativamente diferentes aos obtidos noutras poboacións, o que recalca a pertinencia de traballos empíricos que permiten adaptar a escala e baremala para cada unha das poboacións sobre as que desexa ser aplicada. Estes resultados, por outra banda, non fan máis que referendar os evidenciados en traballos anteriores, sinalando a variabilidade que parece ser inherente ao comportamento do AUDIT en diferentes poboacións, segmentos ou culturas (Babor, Higgins-Biddle, Saunders e Monteiro, 2001). Ofrecense, en todo caso, os valores dos percentís acadados para a poboación xeral e para os diferentes segmentos poboacionais, en función de diferentes variables de interese (sexo, grupo de idade, provincia, contorno xeográfico etc.). Asemade, propórcionanse datos actualizados

da prevalencia de trastornos por consumo de alcohol na poboación galega.

Polo que se refire aos puntos de corte idóneos para a utilización do AUDIT no traballo diario dos profesionais de atención primaria, as diferentes análises realizadas aconsellan reducir o punto de corte inicial de 8 para o consumo de *risco* a unha puntuación de 5 no caso dos homes e de 4 para mulleres, co que se acadan índices diagnósticos equilibrados e aceptables.

Convén lembrar que, a pesar de que boa parte dos estudos publicados informan dunha sensibilidade próxima a 0,90 e unha sensibilidade de arredor de 0,80, tampouco faltan traballos nos que se recomendan baixar os puntos de corte para poder alcanzar tales resultados (Miller, Zweben, DiClemnet e Rychtarik, 1992).

Por outra banda, a dificultade para acadar un punto de corte óptimo para o diagnóstico da *dependencia* lévanos a pensar que o AUDIT é un instrumento especialmente útil para o cribado e detección precoz dos problemas vinculados ao consumo de alcohol, encamiñados a poñer en marcha accións preventivas en segmentos da poboación específicos, pero un instrumento menos preciso para o diagnóstico da dependencia alcohólica, para o cal se fai insubstituíble a entrevista clínica levada a cabo por un facultativo.

Este mesmo feito foi evidenciado xa en traballos anteriores (Fiellin et al., 2000; Montero, Gallego e Latorre, 2001), e suscitouse unha viva polémica ao respecto. En definitiva, a partir dos resultados obtidos, a nosa proposta é utilizar para a práctica diaria en Galicia os puntos de corte avalados polos datos empíricos, aínda que, co fin de posibilitar a comparabilidade con estudos realizados noutras comunidades ou países, se poden utilizar os cortes orixinais propostos pola OMS.

Como conclusión cabe dicir, polo tanto, que o estudo levado a cabo para a validación empírica do AUDIT na poboación galega permite garantir que se trata dun instrumento cunhas propiedades psicométricas aceptables, válido e fiable, ao tempo que de fácil aplicación. Non obstante, póñense sobre a mesa tres temas de discusión xa recollidos na bibliografía sobre o tema:

- a) A súa variabilidade intercultural e sociodemográfica, o que cuestiona a pertinencia de utilizar puntos de corte universais, ao tempo que recalca a necesidade de baremacións *ad hoc*, para unha utilización eficaz como instrumento de cribado.

- b) A posibilidade (e pertinencia) de acadar unha versión reducida que facilite o traballo dos profesionais de atención primaria. No presente estudo remátase propoñendo unha versión de 8 ítems cunhas excelentes propiedades psicométricas.
- c) A dimensionabilidade da escala. Dende o punto de vista do constructo non está excesivamente claro cales son os factores ou dimensións que realmente mide. Os datos do presente estudo levan a defender unha estrutura bidimensional do AUDIT, cun primeiro factor vinculado ao *screening* dun consumo de risco, e un segundo factor que recollería indicios dun consumo prexudicial ou de dependencia, con danos manifestos sobre a saúde dos individuos.

Por último, no anexo I recóllese a ficha técnica para a adaptación do AUDIT á poboación galega, cunhas breves instrucións de pase e corrección, así como un resumo das súas propiedades psicométricas, xunto con algunhas recomendacións para os profesionais de atención primaria. No anexo II recóllese esta mesma información para a versión reducida (AUDIT-8).

BIBLIOGRAFÍA

Bibliografía

- Aertgeerts, B.; Buntinx, F.; Sansoms, S. and Fevery, J. (2001) "Screening properties of questionnaires and laboratory tests for the detection of alcohol abuse or dependence in a general practice population". *British Journal of General Practice* 51, 206–217.
- Altisent, R.; Córdoba, R.; Delgado, M. T.; Pico, M. V.; Melus, E.; Aranguren, F.; Alvira, U.; Barberá, C.; Moran, J. and Reixa, S. (1997) "Estudio multicéntrico sobre la eficacia del consejo para la prevención del alcoholismo en atención primaria (EMPA)". *Medicina Clínica* 109, 121–124.
- Anderson, P. (1996) *Alcohol and Primary Health Care*. World Health Organization Regional Office, Copenhagen.
- Babor, T. F. and Grant, M. (1992) WHO Collaborating investigators project on identification and management of alcohol-related problems. Combined analyses of outcome data: the cross-national generalizability of brief interventions. Report on phase II: a randomized clinical trial of brief interventions in primary health care. World Health Organization Regional Office, Copenhagen.
- Bohn, M. J.; Babor, T. F. and Kranzler, H. R. (1995) "The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): validation of a screening instrument for use in medical settings". *Journal of Studies on Alcohol* 56, 423–432.
- Bush, K.; Kivlahan, D. R.; McDonell, M. S.; Fihn, S. D. and Bradley, K. A. (1998) "The AUDIT Alcohol Consumption Questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking". *Archives of Internal Medicine* 158, 1789–1795.
- Calafat, Amador; Amengual Munar, Miguel. Actuar es posible. Educación sobre el alcohol. Ministerio do Interior.
- Contel, M.; Gual, A. e Colom, J. (1999). "Test para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT): traducción y validación del audit. Al catalán y castellano". *Adicciones* 11(4), 337- B47.

Dawson, D. A. and Archer, L. D. (1993) "Relative frequency of heavy drinking and the risk of alcohol dependence". *Addiction* 88, 1509–1518.

De Llama Arauz Belén; Jubete Vázquez, M^a. Teresa; Piñeira Tames, Marbella; Lañizáres Peregrín, Pedro. Adicción al alcohol: diagnóstico y tratamiento en Atención Primaria.

Dirección General para el Plan Nacional de Drogas (DGPND) (2001) *Informe n.º 4-Marzo del 2001 del Observatorio Español sobre Drogas*. Ministerio del Interior, España.

DSM-IV-TR. American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3^o, Washington DC.

Fernández, M. I.; Bermejo, C. J.; Alonso, M.; Herreros, B.; Nieto, M.; Novoa, A. and Marcelo, M. T. (1997) "Efectividad del consejo médico breve para reducir el consumo de alcohol en bebedores". *Atención Primaria* 19, 127–132.

Fiellin, D. A.; Reid, M. C. and O'Connor, P. G. (2000) "Screening for alcohol problems in primary care: a systematic review". *Archives of Internal Medicine* 160, 1977–1989.

Fleming, M. F.; Mundt, M. P.; French, M. T.; Manwell, L. B.; Stauffacher, E. A. and Barry, K. L. (2000) "Benefit-cost analysis of brief physician advice with problem drinkers in primary care settings". *Medical Care* 38, 7–18

Gomel, M. K.; Saunders, J. B.; Burns, L.; Hardcastle, D. M. and Sumich, M. (1994) "Dissemination of early intervention for harmful alcohol consumption in general practice". *Health Promotion Journal of Australia* 4, 65–69.

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

Gual, A.; Martos, A. R.; Lligona, A. and Llopis, J. J. (1999). "Does the concept of a standard drink apply to viticultural societies?" *Alcohol and Alcoholism* 34, 153–60.

Gual, A.; Segura, L.; Contel, M. and Colom, J. (2001) "The ISCA (Systematic Interview of Alcohol Consumption), a new instrument to detect risky drinking". *Medicina Clínica (Barcelona)* 117, 685–689.

- Gual, A.; Segura, L.; Contel, M.; Heather, N. e Colom, J. (2002). "AUDIT-3 and AUDIT-4: Effectiveness of two short forms of the Alcohol Use Disorders Identification Test". *Alcohol & Alcoholism* 37, 591-596.
- Hanley, J. A. and McNeil, B. J. (1983) "A method of comparing the areas under receiver operating characteristic curves derived from the same cases." *Radiology* 148, 839-843.
- Heather, N.; Champion, P. D.; Neville, R. G. and Maccabe, D. (1987) "Evaluation of a controlled drinking minimal intervention for problem drinkers in general practice (The DRAMS scheme). *Journal of the Royal College of General Practitioners* 37, 358-363.
- Higgins-Biddle, J. C. and Babor, T. F. (1996) "Reducing Risky Drinking: A Report on Early Identification and Management of Alcohol Problems Through Screening and Brief Intervention". (Report to Robert Wood Johnson Foundation.) Alcohol Research Center, University of Connecticut Health, Farmington, CT.
- Hollingshead, A. (1957) *Two-factor Index of Social Position*. New Haven, CT.
- Guía más información menos riesgos. Plan Nacional de Drogas.
- Informe N.º 6. Noviembre 2003. Observatorio Español Sobre Drogas. Ministerio do interior.
- Kelly, T. M.; Donovan, J. E. (2001) "Confirmatory factor analyses of the alcohol use disorders identification test (AUDIT) among adolescents treated in emergency departments". *Journal of studies on alcohol* 62, 6, 838-842.
- Kraus, L. and Augustin, R. (2001) Measuring alcohol consumption and alcohol-related problems: comparison of responses.
- Martínez, J. M. (1996) Validación de los cuestionarios breves: AUDIT, CAGE y CBA para la detección precoz del síndrome de dependencia de alcohol en Atención Primaria. Tese de doutoramento, Departamento de Neurociencias, Universidade de Cádiz.
- Murray, C. M. and Lopez, A. (1996) *The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries, and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020*. World Health Organization, Xénova.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (1995) *Screening and Brief Intervention Package*. NIAAA, Rockville, MD.

- Nuffield Institute for Health (1993) "Brief interventions and alcohol use". *Effective Health Care Bulletin* 7, 1–14.
- Òrgan Tècnic de Drogodependències (1996) *Dossier Beveu Menys*. Departamento de Sanidade e Seguridade Social, Barcelona.
- Pascual Pastor, F. (2002) "Imagen social de las bebidas alcohólicas". *Adicciones* 14, suplemento 1.
- Piccinelli, M.; Tessari, E.; Bortolomasi, M.; Piasere, O.; Semenzin, M.; Garzotto, N. and Tansella, M. (1997) "Efficacy of the Alcohol Use Disorders Identification Test as a screening tool for hazardous alcohol intake and related disorders in primary care: a validity study". *British Medical Journal* 314, 420–424.
- Portella, E.; Ridao, M.; Carrillo, E.; Ribas, E.; Ribó, C. and Salvat, M. (1998) *El alcohol y su abuso: impacto socioeconómico*. Ed. Médica Panamericana, Madrid.
- Rubio, G.; Bermejo, J.; Caballero, M. C. and Santo-Domingo, J. (1998) "Validación de la prueba para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT) en atención primaria. *Revista Clínica Española* 198, 11–14.
- A. Sáiz P. A; G-Portilla, M.^a P.; Paredes, M.^a B.; Bascarán, M.^a J.; Bobes, J. (2002) "Instrumentos de evaluación en alcoholismo". *Adicciones* 14, suplemento 1.
- Sánchez Pardo, L. (2002) "Consumo alcohólico en la población española". *Adicciones* 14, suplemento 1.
- Prada, C.; Del Río, M. C.; Yañez, J. L. and Alvarez, F. J. (1996) "Mortalidad relacionada con el consumo de alcohol". *Gaceta Sanitaria* 10, 161–168.
- Saunders, J. B. and Aasland, O. G. (1987) WHO Collaborative Project on the identification and treatment of persons with harmful alcohol consumption. Report on phase I: development of a screening instrument. World Health Organization, Xénova.
- Saunders, J. B.; Aasland, O. G.; Babor, T. F.; de la Fuente, J. R. and Grant, M. (1993) "Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption — II". *Addiction* 88, 791–804.

- Seppä, K., Lepistö, J. and Sillanaukee, P. (1998) "Five-shot questionnaire on heavy drinking". *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 22, 1788–1791.
- Volk, R. J.; Steinbauer, J. R.; Cantor, S. B. and Holzer, C. E. (1997) "The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a screen for at-risk drinking in primary care patients of different racial/ethnic backgrounds". *Addiction* 92, 197–206.
- Wallace, P.; Cutler, S. and Haines, A. (1988) "Randomized controlled trial of general practitioner intervention in patients with excessive alcohol consumption". *British Medical Journal* 297, 663–668.
- World Health Organization (2000) *International Guide for Monitoring Alcohol Consumption and Related Harm*. Department of Mental Health and Substance Dependence. World Health Organization, Xénova.
- World Health Organization (2001) *Alcohol in the European Region — Consumption, Harm and Policies*. World Health Organization Regional Office, Copenhagen.

ANEXOS

ANEXO I:

FICHA TÉCNICA PARA A ADAPTACIÓN GALEGA DO AUDIT

CUESTIONARIO DE IDENTIFICACIÓN DOS TRASTORNOS DEBIDOS AO CONSUMO DE ALCOHOL (AUDIT)

XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE

DATA: ____/____/____ CENTRO _____ MUNICIPIO _____
 NOME _____ APELIDOS _____ N.º HISTORIA CLÍNICA _____

O sentido deste cuestionario é examinar aspectos do estilo de vida dos cidadáns que poden ter un efecto nocivo sobre a súa saúde, e favorecer así unha mellor atención sanitaria. Dado que os seus hábitos de consumo poden afectar á súa saúde e interferir con certos medicamentos e tratamentos, é importante que responda a algunhas preguntas sobre o consumo de alcohol NESTE ÚLTIMO ANO. Teña en conta que todas as respostas son absolutamente confidenciais e que a información terá un uso exclusivamente médico, por iso lle rogamos a maior sinceridade posible. **Riscar cunha "X" a opción correspondente e recoller a suma na parte inferior.**

	0	1	2	3	4
¿Con que frecuencia consome algunha bebida alcohólica? (viño, cervexa, whisky, licores...)	Nunca	Unha ou menos veces ao mes	De 2 a 4 veces ao mes	De 2 a 3 veces á semana	4 ou máis veces á semana
¿Cantas consumicións de bebidas alcohólicas adoita facer nun día de consumo normal?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	De 7 a 9	10 ou máis
¿Con que frecuencia toma 6 ou máis bebidas alcohólicas nun só día?	Nunca	Menos de unha vez ao mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario ou case a diario
¿Con que frecuencia, no último ano, foi incapaz de par de beber unha vez que empezou?	Nunca	Menos de unha vez ao mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario ou case a diario
¿Con que frecuencia, no último ano, non puido facer o que se esperaba de vostede porque bebera?	Nunca	Menos de unha vez ao mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario ou case a diario
¿Con que frecuencia, no curso do último ano necesitou beber en xaxún para recuperarse despois de beber moito o día anterior?	Nunca	Menos de unha vez ao mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario ou case a diario
¿Con que frecuencia, no último ano, tivo remordementos ou sentimentos de culpa por beber?	Nunca	Menos de unha vez ao mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario ou case a diario
¿Con que frecuencia, no último ano, non puido lembrar o acontecido na noite anterior porque estivera bebendo?	Nunca	Menos de unha vez ao mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario ou case a diario
¿Vostede ou algunha outra persoa resultaron algunha vez feridos porque vostede estivera bebendo?	Non		Si, pero non no último ano		Si, no último ano
¿Algún familiar, amigo, médico ou profesional sanitario mostrou preocupación polo seu consumo de bebidas alcohólicas ou lle suxeriu que deixase de beber?	Non		Si, pero non no último ano		Si, no último ano
				TOTAL	

OBSERVACIÓNS _____

FICHA TÉCNICA	
Validación	Plan de Galicia sobre Drogas - Febreiro 2005
Fiabilidade	Consistencia interna de 0,72
Dimensións	Dimensión I: Risco
	Dimensión II: Danos manifestos/Dependencia
Propiedades diagnósticas	Sensibilidade: 0,71 para o Risco e 0,76 para a Dependencia Especificidade: 0,96 para o Risco e 0,97 para a Dependencia
Capacidade discriminatoria	97,2% de casos correctamente clasificados con respecto a unha mostra clínica

NORMAS PARA UNHA AXEITADA CORRECCIÓN E INTERPRETACIÓN

Cada pregunta do AUDIT pode ser puntuada entre 0 e 4. A puntuación final correspóndese directamente coa suma dos 10 ítems, sen ponderación ningunha. En función da puntuación global (entre 0 e 40), o AUDIT clasifica os entrevistados en catro categorías:

- ▶ **NORMAL (puntuación inferior a 5).** Corresponderíase con suxeitos que ou ben non consumen alcohol ou o uso que fan deste non implica risco ningún para súa saúde nin para a saúde dos demais.
- ▶ **CONSUMO DE RISCO (puntuacións entre 5 e 11 puntos).** Corresponderíase cun patrón de consumo que aumenta o risco de consecuencias negativas para o bebedor e para os demais. Adoita corresponderse con suxeitos que consomen alcohol a diario e en determinadas cantidades (polo menos 3 ou catro consumicións ao día) ou, o que é o mesmo, que puntuán alto nos dous primeiros ítems da escala. Un bo cribado en termos preventivos debe considerar estes casos xa como un primeiro grupo de risco, e é recomendable que o facultativo aconselle debidamente os pacientes, facéndolles ver os perigos do uso indebido do alcohol. No caso de mulleres ou de persoas de certa idade (maiores 50 anos), recoméndase baixar o punto de corte a 4.
- ▶ **CONSUMO PREXUDICIAL (puntuacións entre 12 e 15 puntos).** Trataríase de individuos que seguen un patrón de consumo que implica un alto risco de que comecen a aparecer as primeiras consecuencias físicas, mentais e sociais. Adoita corresponderse con suxeitos que beben unha vez á semana altas cantidades de alcohol (normalmente as fins de semana), que nalgúñas ocasións deixaron de cumprir coas súas obrigas por ter bebido e aos que os seus achegados os advertiron dos perigos que o consumo de alcohol supón. Para este segundo nivel de risco é importante que o facultativo se deteña de maneira especial e, ademais de aconsellar os pacientes, inicie un seguimento específico.
- ▶ **DEPENDENCIA (puntuacións de 16 ou superiores).** Corresponderíase cuns hábitos de consumo claramente perigosos, xa que as súas consecuencias se observan no ámbito, mental e comportamental. Para este terceiro nivel de risco, recoméndaselle ó facultativo derivar o paciente a atención especializada.

Esta clasificación non debe ser interpretada como categorías diagnósticas propiamente ditas, senon como **ZONAS DE RISCO** ou referencias para unha mellor atención aos pacientes, que podería ir dende o consello simple, a aplicación dunha terapia breve e unha monitoraxe continuada, ata a derivación a atención especializada para unha axeitada avaliación diagnóstica e o correspondente tratamento. Merecen especial atención as preguntas 2, 3, 7 e 10, xa que amosaron ter un poder discriminatorio especialmente elevado. Unha rápida inspección visual das respostas a estas catro preguntas permítille ao facultativo facer unha primeira interpretación cualitativa de cada caso.

RECOMENDACIÓNS

Aínda que o AUDIT pode ser cuberto polo propio paciente, recoméndase recorrer a unha entrevista individual para facilitar a comprensión das diferentes cuestións e garantir a calidade da información. Recoméndase, ademais, que o facultativo faga especial fincapé na confidencialidade da información e o uso exclusivamente clínico e preventivo que se lle vai dar ás respostas do suxeito, fomentando así unha maior sinceridade. É importante que as preguntas se fagan tal e como están escritas e na orde indicada, co fin de facilitar a comparabilidade entre diferentes centros e subpoboacións. Dado que as preguntas do AUDIT, en xeral, están expresadas en termos de frecuencia ("Nunca", "Menos dunha vez ao mes"...), ou cantidades ("1 ou 2", "3 ou 4"...), convén lembrar en cada pregunta as diferentes opcións de resposta. Aconséllase facer unha escolta activa da resposta, repetíndoa ou reformulándoa se é preciso, para cerciorarse de que se trata da resposta conscientemente elixida polo entrevistado. As 10 preguntas que compoñen o AUDIT compléntanse cun apartado de *Observacións*, no cal o facultativo pode anotar calquera tipo de incidencia ou comentario que lle pareza relevante tanto para a interpretación da puntuación final, como para establecer unha prescripción axeitada. Por último, o AUDIT supón unha ferramenta de cribado ou *screening* de grande utilidade na atención primaria, pero nunca debe substituír a entrevista clínica realizada polo especialista para un axeitado diagnóstico.

ANEXO II:

FICHA TÉCNICA PARA A O AUDIT-8

CUESTIONARIO DE IDENTIFICACIÓN DOS TRASTORNOS
DEBIDOS AO CONSUMO DE ALCOHOL (AUDIT-8)XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE

DATA: ____/____/____ CENTRO _____ MUNICIPIO _____
 NOME _____ APELIDOS _____ N.º HISTORIA CLÍNICA _____

O sentido deste cuestionario é examinar aspectos do estilo de vida dos cidadáns que poden ter un efecto nocivo sobre a súa saúde, e favorecer así unha mellor atención sanitaria. Dado que os seus hábitos de consumo poden afectar á súa saúde e interferir con certos medicamentos e tratamentos, é importante que responda a algunhas preguntas sobre o consumo de alcohol NESTE ÚLTIMO ANO. Teña en conta que toda as respostas son absolutamente confidenciais e que a información terá un uso exclusivamente médico, por iso lle rogamos a maior sinceridade posible. **Riscar cunha "X" a opción correspondente e recoller a suma na parte inferior.**

	0	1	2	3	4
¿Cántas consumicións de bebidas alcohólicas acostumbra a facer nun día de consumo normal?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	De 7 a 9	10 ou máis
¿Con que frecuencia toma 6 ou máis bebidas alcohólicas nun só día?	Nunca	Menos de unha vez ao mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario ou case a diario
¿Con que frecuencia, no último ano, foi incapaz de parar de beber unha vez que empezou?	Nunca	Menos de unha vez ao mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario ou case a diario
¿Con que frecuencia, no último ano, non puido facer o que se esperaba de vostede porque bebera?	Nunca	Menos de unha vez ao mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario ou case a diario
¿Con que frecuencia no curso do último ano, necesitou beber en xaxún para recuperarse despois de beber moito o día anterior?	Nunca	Menos de unha vez ao mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario ou case a diario
¿Con que frecuencia, no último ano, tivo remordementos ou sentimentos de culpa por ter bebido?	Nunca	Menos de unha vez ao mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario ou case a diario
¿Con que frecuencia no último ano non puido lembrar o acontecido na noite anterior porque estivera bebendo?	Nunca	Menos de unha vez ao mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario ou case a diario
¿Algún familiar, amigo, médico ou profesional sanitario mostrou preocupación polo seu consumo de bebidas alcohólicas ou lle suxeriu que deixase de beber?	Non		Si, pero non no último ano		Si, no último ano
				TOTAL	

OBSERVACIÓNS _____

FICHA TÉCNICA

Validación	Plan de Galicia sobre Drogas - Febreiro 2005
Fiabilidade	Consistencia interna de 0,76
Dimensións	Dimensión I: Risco Dimensión II: Danos manifestos/Dependencia
Propiedades diagnósticas	Sensibilidade: 0,79 para o Risco e 0,84 para a Dependencia Especificidade: 0,94 para o Risco e 0,92 para a Dependencia
Capacidade discriminatoria	97,2% de casos correctamente clasificados con respecto a unha mostra clínica

CORRECCIÓN E INTERPRETACIÓN

Cada pregunta do AUDIT pode ser puntuada entre 0 e 4. A puntuación final correspóndese directamente coa suma dos 8 items, sen ponderación ningunha. En función da puntuación global (entre 0 e 32) o AUDIT-8 clasifica os entrevistados en catro categorías:

- ▶ **NORMAL (puntuación inferior a 2).** Corresponderíase con suxeitos que ou ben non consumen alcohol ou o uso que fan deste non implica risco ningún para súa saúde nin para a saúde dos demais.
- ▶ **CONSUMO DE RISCO (puntuacións entre 2 e 5 puntos).** Corresponderíase cun patrón de consumo que aumenta o risco de consecuencias negativas para o bebedor e para os demais. Adoita corresponderse con suxeitos que consomen alcohol tódolos días, en cantidades relativamente elevadas (5 ou 6 consumicións ó día), ou ben con suxeitos que inda que non consuman alcohol a diario, si con certa frecuencia (polo menos unha vez ao mes) o fan en cantidades altas (máis de 6 consumicións ao día). Un bo cribado en termos preventivos debe considerar estes casos xa como un primeiro grupo de risco, e é recomendable que o facultativo aconselle debidamente os pacientes, facéndolle ver os perigos do uso indebido do alcohol. No caso de mulleres ou de persoas de certa idade (maiores 50 anos), recoméndase baixar o punto de corte a 1.
- ▶ **CONSUMO PREXUDICIAL (puntuacións entre 6 e 8 puntos).** Trataríase de individuos que seguen un patrón de consumo que implica un alto risco de que comecen a aparecer as primeiras consecuencias físicas, mentais e sociais. Adoita corresponderse con suxeitos que beben unha vez á semana altas cantidades de alcohol (normalmente as fins de semana), que nalgúñas ocasións deixaron de cumprir coas súas obrigas por ter bebido e aos que os seus achegados os advertiron dos perigos que o consumo de alcohol conleva. Para este segundo nivel de risco é importante que o facultativo se detera de maneira especial e, ademais de aconsellar os pacientes, inicie un seguimento específico.
- ▶ **DEPENDENCIA (puntuacións de 9 ou superiores).** Corresponderíase cuns hábitos de consumo claramente perigosos, xa que as súas consecuencias se observan no ámbito físico, mental e comportamental. Para este terceiro nivel de risco, recoméndaselle ó facultativo derivar o paciente a atención especializada.

Esta clasificación non debe ser interpretada como categorías diagnósticas propiamente ditas, senón como *ZONAS DE RISCO* ou referencias para unha mellor atención aos pacientes, que podería ir dende o consello simple, a aplicación dunha terapia breve e unha monitoraxe continuada, ata a derivación a atención especializada, para unha axeitada avaliación diagnóstica e o correspondente tratamento. Merecen especial atención as preguntas 1, 2, 6 e 8, xa que amosaron ter un poder discriminatorio especialmente elevado. Unha rápida inspección visual das respostas a estas catro preguntas permíttelle ao facultativo facer unha primeira interpretación cualitativa de cada caso.

RECOMENDACIÓNS

Ainda que o AUDIT pode ser cuberto polo propio paciente, recoméndase recorrer a unha entrevista individual para facilitar a comprensión das diferentes cuestións e garantir a calidade da información. Recoméndase, ademais, que o facultativo faga especial fincapé na confidencialidade da información e o uso exclusivamente clínico e preventivo que se lle vai dar ás respostas do suxeito, fomentando así unha maior sinceridade. É importante que as preguntas se fagan tal e como están escritas e na orde indicada, co fin de facilitar a comparabilidade entre diferentes centros e subpoboacións. Dado que as preguntas do AUDIT, en xeral, están expresadas en termos de frecuencia ("Nunca", "Menos dunha vez ao mes...") ou cantidades ("1 ou 2", "3 ou 4",...), convén lembrar en cada pregunta as diferentes opcións de resposta. Aconséllase facer unha escoita activa da resposta, repetíndoa ou reformulándoa se é preciso, para cerciorarse de que se trata da resposta conscientemente elixida polo entrevistado. As 10 preguntas que compoñen o AUDIT complétanse cun apartado de *Observacións*, no cal o facultativo pode anotar calquera tipo de incidencia ou comentario que lle pareza relevante tanto para a interpretación da puntuación final, como para establecer unha prescrición axeitada. Por último, o AUDIT supón unha ferramenta de cribado ou *screening* de grande utilidade na atención primaria, pero nunca debe substituír a entrevista clínica realizada polo especialista para un axeitado diagnóstico.

ANEXO III:

CUESTIONARIO UTILIZADO


ESTUDO DE VALIDACIÓN DO AUDIT
Novembro 2004

XUNTA DE GALICIA
 CONSELLERÍA DE SANIDADE

 Data: _____ / _____ / 2004 CENTRO _____ MUNICIPIO _____
 PROVINCIA _____ ENTREVISTADOR _____ CUESTIONARIO N.º _____

Bos días/tardes, a Universidade de Santiago está a facer un estudo en colaboración coa Consellería de Sanidade sobre hábitos de consumo en Galicia. Se ten cinco minutos, agradeceríamoslle que nos respondese a unha serie de preguntas dun xeito totalmente anónimo. O sentido deste cuestionario é examinar aspectos do estilo de vida dos cidadáns que poden ter un efecto nocivo sobre a súa saúde, e favorecer así unha mellor atención sanitaria. Dado que os seus hábitos de consumo poden afectar a súa saúde e interferir con certos medicamentos e tratamentos, é importante que nos responda a algunhas preguntas sobre o seu consumo NESTE ÚLTIMO ANO. É moi importante que teña en conta que toda as súas respostas serán absolutamente confidenciais. Non se lle vai pedir o seu nome nin ningún tipo de número identificador (DNI, cartilla da Seguridade Social...). Por iso lle rogamos a maior sinceridade posible.

	0	1	2	3	4
1. ¿Con que FRECUENCIA consume algunha bebida alcohólica?(viño, cervexa, whisky, licores...)	Nunca	Unha ou menos veces ao mes	De 2 a 4 veces ao mes	De 2 a 3 veces á semana	4 ou máis veces á semana
2. ¿CÁNTAS CONSUMICIÓNs de bebidas alcohólicas adoita facer nun día de consumo normal?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	De 7 a 9	10 ou máis
3. ¿Con que frecuencia toma 6 OU MÁIS BEBIDAS alcohólicas nun só día?	Nunca	Menos de unha vez ao mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario ou case a diario
4. ¿Con que frecuencia, no último ano, foi INCAPAZ DE PARAR DE BEBER unha vez que empezou?	Nunca	Menos de unha vez ao mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario ou case a diario
5. ¿Con que frecuencia, no último ano, non puido FACER O QUE SE ESPERABA DE VOSTEDE porque bebera?	Nunca	Menos de unha vez ao mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario ou case a diario
6. ¿Con que frecuencia, no curso do último ano, necesitou BEBER EN XAXÚN PARA RECUPERARSE despois de beber moito o día anterior?	Nunca	Menos de unha vez ao mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario ou case a diario
7. ¿Con que frecuencia, no curso do último ano, tivo REMORDEMENTOS OU SENTIMENTOS DE CULPA por beber?	Nunca	Menos de unha vez ao mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario ou case a diario
8. ¿Con que frecuencia, no curso do último ano, non puido LEMBRAR O ACONTECIDO NA NOITE ANTERIOR porque estivera bebendo?	Nunca	Menos de unha vez ao mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario ou case a diario
9. ¿Vostede ou algunha outra persoa resultaron algunha vez FERIDOS PORQUE VOSTEDE ESTIVERA BEBENDO?	Non		Si, pero non no último ano		Si, no último ano
10. ¿Algún familiar, amigo, médico ou profesional sanitario mostrou PREOCUPACIÓN POLO SEU CONSUMO de bebidas alcohólicas ou lle suxeriu que deixase de beber?	Non		Si, pero non no último ano		Si, no último ano

 OBSERVACIÓNS _____

A continuación sería importante que me respondese a unas preguntas más. Lembre que toda esta información é absolutamente confidencial, xa que non lle pedimos o seu nome nin ningún tipo de documentación. Polo tanto, pediríamolle a máxima sinceridade nas suas respostas. Todas as preguntas están referidas ao que fixo NO ÚLTIMO ANO.

P1. ¿Chegou vostede algunha ocasión TARDE AO SEU TRABALLO/CLASE debido ao consumo de alcohol?

SI () NON ()

No caso de que NON TRABALLE NIN ESTUDE, preguntar: ¿Descoidou vostede a persoas que se atopaban ao seu cargo (nenos, anciáns, enfermos...) a causa do seu consumo de alcohol?

P2. ¿Tivo, algunha ocasión, que PASAR HORAS NA CAMA a causa da resaca?

SI () NON ()

P3. Algunha vez consumiu alcohol antes de levar a cabo ACTIVIDADES PERIGOSAS como conducir, manexar maquinaria, practicar deportes de risco...?

SI () NON ()

Se é MULLER, preguntar: ¿Consumía alcohol durante o embarazo?

P4. ¿Nalgunha ocasión tomou vostede alcohol mentres sufría unha GRAVE ENFERMEDADE?

SI () NON ()

P5. ¿Participou vostede algunha vez en LIORTAS baixo os efectos do alcohol?

SI () NON ()

SE NON QUEDA CLARO, preguntar: ¿Deliverono ou estiveron a piques de facelo algunha ocasión polo seu comportamento cando bebe?

P6. ¿Foi vostede MULTADO algunha ocasión por conducir baixo os efectos do alcohol?

SI () NON ()

P7. ¿Segue vostede a beber a pesar de que este sexa o principal MOTIVO DE DISCUSIÓN coa súa parella?

SI () NON ()

NO CASO DE NON TER PARELLA, preguntar: ¿Segue bebendo aínda que sospeta que perderá o seu emprego?

P8. ¿Segue vostede a beber aínda que sabe que está PERDENDO a moitos dos seus AMIGOS?

SI () NON ()

P9. ¿Cre vostede que cada vez "AGUANTA" MELLOR o alcohol?

SI () NON ()

P10. ¿Precisa BEBER MÁIS ALCOHOL que hai anos para que lle faga efecto?

SI () NON ()

P11. ¿Nota que se ENCONTRA MAL CANDO DEIXA DE BEBER?

SI () NON ()

Por ATOPARSE MAL entendemos: tremor de mans, náuseas, ansiedade...

P12. ¿Séntese vostede NERVIOSO se lle falta o alcohol?

SI () NON ()

P13. ¿Nalgunha ocasión foi vostede INCAPAZ DE DEIXAR DE BEBER tras tomar as primeiras copas?

SI () NON ()

P14. ¿Tratou vostede algunha vez de DEIXAR O ALCOHOL OU DIMINUIR A CANTIDADE que consome?

SI () NON ()

→ ¿Chegou a acadalo? SI () NON ()

P15. ¿Tratou vostede algunha ocasión de EVITAR CERTOS LUGARES OU COMPANÍAS para moderar o consumo de alcohol?

SI () NON ()

→ ¿Chegou a acadalo? SI () NON ()

P16. ¿As veces, bebe vostede SÓ ?

SI () NON ()

P17. ¿FALTOU vostede algunha ocasión AO TRABALLO por ter bebido demasiado?

SI () NON ()

No caso de que leve MOITO TEMPO SEN TRABALLAR, preguntar: ¿Perdeu vostede algún empregopolo seu consumo de alcohol?

P18. ¿Pensa que o consumo de alcohol está DETERIORANDO AS SUAS AMIZADES?

SI () NON ()

P19. ¿Tivo algunha vez PROBLEMAS ECONÓMICOS debido ao seu consumo de alcohol?

SI () NON ()

P20. ¿Nalgunha ocasión SEGUIU A BEBER a pesar de que o médico lle dixo que o alcohol era o CAUSANTE DOS SEUS PROBLEMAS?

SI () NON ()

P21. ¿Cál é a túa VALORACIÓN DIAGNÓSTICA?

Uso normal ()
Abuso ()
Dependencia ()

P22. Valoración do grao de sinceridade do entrevistado (de 0 a 10)

SEXO: () Home () Muller

IDADE: _____

ESTUDOS: _____

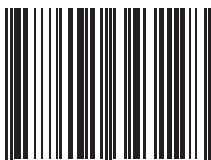
OCUPACIÓN:

Autónomo ()
Traballador do sector público ()
Traballador do sector privado ()
Ama de casa ()
Estudiante ()
Desempregado ()
Xubilado/pensionista ()
Outro _____ ()

NOME: _____

TELÉFONO: _____

ISBN 84-453-4312-2



9 788445 343128

COLECCIÓN DROGODEPENDENCIAS

ESTUDOS



XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE

