

Comparación de los parámetros de calidad de las versiones españolas de tres escalas para la evaluación de la dependencia a nicotina: el ARU-SMQ-9, el CGI-N y el FTQ

F. GONZALEZ SAIZ

L. SALVADOR

I. LEONSEGUI

C. GUILLEN

M. ORTEGA MARLASCA

Grupo de Investigación en Medicina Psicosocial

Universidad de Cádiz. (España).

RESUMEN

La evaluación de la dependencia a nicotina es un paso previo para la instauración del tratamiento. La utilización de escalas y cuestionarios diagnósticos viene experimentando un interesante desarrollo en los últimos años. Sin embargo, el concepto de "dependencia" utilizado no es el mismo en todos ellos, con la consiguiente limitación en la comparación de resultados. En el presente trabajo se contribuye a la validación comparada de tres escalas cortas (ARU-SMQ-9, CGI-N y FTQ) respecto del diagnóstico de dependencia a nicotina según criterios nosológicos DSM-IV (APA, 1994). Se realiza el estudio sobre una muestra de 69 sujetos de ambos sexos, alumnos universitarios, a los que se aplica la batería de cuestionarios en dos ocasiones, con un intervalo entre ellas de 15 días. El ARU-SMQ-9 registró un valor alfa de 0.83 y una fiabilidad test-retest de moderada a fuerte en la totalidad de sus ítems. Presenta una sensibilidad de 1, una especificidad de 0.96 y un valor predictivo positivo de 0.83. Del análisis ROC, se desprende una mayor calidad de los parámetros de validez predictiva del ARU-SMQ-9, en comparación con el CGI-N y el FTQ, respecto de los criterios de referencia DSM-IV. Estos datos apoyan la validez de estas escalas, que pueden tener una aplicación especialmente interesante en atención primaria de salud.

Palabras Clave: Nicotina. Diagnóstico. Evaluación. Dependencia

CORRESPONDENCIA A:

Dr. F. González Saiz

Instituto de Medicina Psicosocial. Universidad de Cádiz.

Urbanización El Bosque. Ed. CYCAS 7.º d.

11405 Jerez de la Frontera. Cádiz. (España).

SUMMARY

The nicotine dependence assessment is a previous step to start the treatment. During the last years the use of the diagnostic scales and questionnaires is suffering an interesting development. However, the use of the concept of "dependence" is not the same in all of them, with the consequent limitation in the comparison of results. This work contributes to the compared validation of three short scales (ARU-SMQ-9, CGI-N, and FTQ) related to the nicotine dependence diagnostic, according to the DSM-IV (APA, 1994). The study was carried out in a sample of 69 subjects (male and female), university students. We have applied the questionnaire battery twice, with an interval of 15 days between them. The ARU-SMQ-9 gave an alpha value of 0.93 and test-retest reliability from moderate to strong in all of its items. It showed a sensitivity of 1, a specificity of 0.96 and a positive predictive value of 0.83. From ROC analysis it was observed a higher quality of the predictive parameters of the ARU-SMQ-9, compared with the CGI-N and the FTQ, according to the DSM-IV reference criteries. These data support the validity of these scales, which could have a specially interesting application in Primary Health Services.

Key Words: *Nicotine. Diagnostic. Assesment. Dependence.*

RÉSUMÉ

L'évaluation de la dépendance à nicotine est la condition préalable pour commencer le traitement. L'emploi d'échelles et questionnaires diagnostiques est en train d'expérimenter un intéressant développement dans les dernières années. Cependant, le concept de "dépendance" utilisé n'est par la même en tous ces instruments et ça constitue une limitation quand nous voulons comparer les résultats. Dans ce travail, on veut contribuer à la validation comparée de trois échelles courtes (ARU-SMQ-9, CGI-N, FTQ) par rapport au diagnostique de dépendance à nicotine selon des critères du DSM-IV (APA, 1994). On a réalisé l'étude sur un échantillonnage de 69 sujets (des deux sexes), élèves universitaires, auxquels on a appliqué les questionnaires deux fois, avec un intervalle de 15 hours entre eux. Nous avons enregistré, avec ARU-SMQ-9, un valeur alfa de 0.93 et une fiabilité test-retest entre modérée et forte dans tous les items. Il a présenté une sensibilité de 1, une spécificité de 0.96 et un valeur prédictif positif de 0.83. De l'analyse ROC, on peut déduire une plus grande qualité des paramètres de validité prédictive du ARU-SMQ-9, en comparaison au CGI-N et FTQ, par rapport aux critères de référence DSM-IV. Ces données confirment la validité de ces échelles, qui peuvent avoir une application spécialement intéressant dans les Services Primaires de la Santé.

Mots Clé: *Nicotine. Diagnostique. Evaluation. Dépendance.*

INTRODUCCION

El consumo de tabaco se inicia principalmente durante la adolescencia como una conducta social (Chassin et al. 1992; Díaz Fernández, 1993; Foreyt et al. 1993). Uno de los factores psicosociales que más predicen el hábito de fumar en un individuo, es el hecho de que también lo haga alguno de sus mejores amigos dentro de su grupo de rela-

ción. No obstante, cada vez se acumula una mayor evidencia en torno al papel de los factores genéticos en el inicio del consumo (Eaves y Eysenck, 1993; Meyer et al. 1993). La disponibilidad y el precio del producto, así como la publicidad juegan también un papel destacado. Con el consumo continuado de tabaco, algunos sujetos acaban desarrollando una Dependencia a Nicotina (DSM-IV), adquiriendo ésta, una cierta

autonomía de los factores que participaron en el inicio de la conducta.

El proceso de evaluación y diagnóstico de esta adicción a través de la utilización de instrumentos estandarizados, viene desarrollándose de manera significativa en los últimos años. Siempre se ha considerado al consumo de tabaco como un "hábito" difícil de modificar y sin embargo hasta hace relativamente poco tiempo no ha sido reconocido como una enfermedad adictiva (Royal College of Physicians, 1977; Surgeon General 1979, 1985, 1986; APA, 1980; OMS, 1985). El concepto de "dependencia a nicotina" como entidad nosológica propia se acepta desde 1980 en el sistema DSM-III (APA, 1980), lo que explica, al menos en parte, el inferior desarrollo de los instrumentos de evaluación de este trastorno respecto del que se ha producido para el estudio de otras sustancias de abuso. Llama la atención la heterogeneidad y confusión en la denominación y en los criterios de clasificación de las escalas y cuestionarios relacionados con el consumo de tabaco. Así, uno de los más usados, el *Fagerström Tolerance Questionnaire* (Fagerström, 1978) evalúa "nivel de adicción" sobre la base de la presencia de "tolerancia". En esta línea, aunque menos conocida, se sitúa la "Escala de dependencia al cigarrillo" de Sabogal y otros (1989). Otros cuestionarios evalúan "motivos para fumar", compuestos por un conjunto de items que responden a diversos atributos escasamente delimitados entre sí como autoeficacia, competencia situacional, aspectos tipológicos y "dependencia". Entre ellas, quizás la más conocida sea el "ARU Smoking Motivation Questionnaire" (Russell, Pato y Patel, 1974). La principal ventaja de estas escalas viene dada por su brevedad, estando entre sus limitaciones más importantes unos valores de fiabilidad relativamente bajos, así como algunas imprecisiones metodológicas en su validación.

A pesar del carácter provisional de todo sistema nosológico y de su permanente puesta a punto, existe ya un amplio consenso en reconocer el constructo de "dependencia" definido en el DSM-IV y CIE-10 como punto de referencia. Sin embargo apenas se

utilizan estos criterios como patrones en la validación de escalas cortas que pretendidamente evalúan "dependencia". Esto hace que en la actualidad se estén manejando distintos conceptos de aquélla, lo que limita la comparación en los resultados entre distintos trabajos. Aunque las entrevistas estandarizadas diseñadas para generar diagnósticos según criterios DSM y CIE, tales como la CIDI-SAM (Cottler et al, 1991) y SCAN (Wing et al, 1991), son las más fiables y válidas para la investigación epidemiológica y clínica, su uso en la práctica clínica viene dificultado por el tiempo necesario para su cumplimentación. El instrumento ideal tendría que ser breve, de forma que pueda ser utilizado en atención primaria y en psiquiatría de enlace, así como fiable y válido respecto de los criterios nosológicos actuales.

En el presente trabajo se contribuye a la estandarización de la versión española del ARU-SMQ-9, una escala de "dependencia" a nicotina compuesta de 9 items extraída de la escala *ARU Smoking Motivation Questionnaire* de M. A. H. Russell. Se analiza su consistencia interna, fiabilidad, así como su validez concurrente, convergente y predictiva respecto de criterios DSM-IV. Asimismo se analiza y compara la validez predictiva del *Fagerström Tolerance Questionnaire* y del *CGI-Nicotina* respecto de los mismos criterios.

MATERIAL Y METODOS

Sujetos

Se realiza el estudio sobre una muestra de 90 sujetos de ambos sexos, alumnos de 2.º curso de la Facultad de Medicina de Cádiz. Se utiliza un muestreo consecutivo no aleatorio, reclutándose a los alumnos en horario de seminarios, siendo la participación de carácter voluntario y anónimo. Para el análisis de validez predictiva la muestra considerada finalmente fue de 69 sujetos. La información de los 21 restantes no se incluyó por presentar respuestas incompletas o incongruentes. Los alumnos fueron convocados para una segunda prueba para evaluar la fiabilidad test-retest. En esta ocasión acudió el 58% de los entrevistados el primer día, y tras descartar 10 sujetos por

respuestas incompletas o incongruentes, la muestra definitiva para el análisis de fiabilidad fue de 40 individuos.

Instrumentos de medida

El *ARU Smoking Motivation Questionnaire* (Russell, 1974), es una escala autoadministrada de 24 ítems con respuestas tipo Likert de 4 grados. Inicialmente concebida como un cuestionario para evaluar "motivos para fumar", permite establecer una caracterización tipológica de fumadores a través de combinaciones específicas de ítems con base en constructos escasamente contrastados. Sin embargo algunos de los siete "tipos" ofrecen un especial interés, ya que la combinación de los ítems constitutivos de las categorías "fumador adictivo", "fumador automático" más otros tres aislados (1, 14 y 21) propuestos por Russell, conforman una subescala virtual ("puntuación total de dependencia"). Hipotetizamos que esta versión corta del instrumento a la que denominamos *ARU-SMQ-9* podría ser susceptible de estudio como una escala de aproximación al diagnóstico de dependencia a nicotina según criterios DSM-IV.

El *Fagerström Tolerance Questionnaire* (Fagerström, 1974), es uno de los instrumentos más conocidos y utilizados en los estudios sobre adicción al tabaco. Según los autores, evalúa el "grado de dependencia física" a la nicotina y su construcción está basada sobre el concepto de "tolerancia" a esta sustancia. Se trata de una escala autoadministrada de ocho ítems de respuestas cerradas, cinco de carácter dicotómico y tres de tipo ordinal de tres grados. A pesar de su amplia utilización, el FTQ sólo ha mostrado valores moderados en los análisis de fiabilidad y validez (McNabb, 1985; Lombardo, Hughes y Fross, 1988; Fagerström y Schneider, 1989; Pomerleau et al., 1989). Las recientes revisiones y modificaciones del instrumento han conducido a mejoras en la fiabilidad pero no han aportado datos nuevos sobre su consistencia interna y validez (Tate y Schmitz, 1993; Payne et al., 1994).

Hemos desarrollado (L. Salvador y F. González-Saiz) una adaptación del *Clinical*

Global Impression (Spitzer, 1980) para la valoración clínica de la severidad de la dependencia a nicotina (*CGI-N-8*). Se trata de un instrumento breve heteroadministrado, en el que se consideran ocho "estados" en relación con el consumo de tabaco escalados según un criterio de severidad creciente. Se basa en la evaluación conjunta del consumo (promedio de cigarrillos diarios durante el último mes), la "conducta de búsqueda" (*drug-seeking behaviour*; Stolerman y Shoaib, 1991) y la presencia del síndrome de abstinencia a nicotina (Hughes y Hatsukami, 1986; Hughes et al., 1991).

El sistema SCAN (Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry), está constituido por una batería de instrumentos desarrollados por la O. M. S. (Wing et al., 1990), para evaluar, medir y clasificar la psicopatología y las conductas asociadas a los principales trastornos psiquiátricos del adulto. Es una entrevista clínica semiestructurada, cuya información permite generar diagnósticos según criterios DSM-III-R y CIE-10. Tiene una construcción modular y algunas secciones, como en el caso de las sustancias de abuso, pueden ser administradas independientemente. La Sección 12 dedicada a "otras drogas" contiene un apartado opcional para la evaluación de la dependencia a la nicotina. El SCAN junto con la CIDI-SAM (Cottler et al., 1991), constituyen las únicas entrevistas estandarizadas validadas para el diagnóstico de la dependencia a nicotina según los criterios nosológicos actuales (OMS y APA), imprescindibles ya en la investigación sobre esta drogodependencia (Grunberg y Acri, 1991; Üstün y Wittchen, 1992). La información aportada por este instrumento se revisó para efectuar el diagnóstico clínico de dependencia según criterios DSM-IV.

Como criterio biológico del consumo reciente de tabaco se ha utilizado la medición de monóxido de carbono en aire espirado (CO) a través del dispositivo Smokerlyzer EC50 Bedfont. La evaluación de CO es un marcador indirecto validado de los niveles plasmáticos de carboxihemoglobina y se ha utilizado ampliamente en programas de tratamiento para dejar de fumar.

Procedimiento

A un total de 90 alumnos se aplicó simultáneamente una batería de instrumentos autoadministrados compuesta por el ARU-SMQ, el FTQ y el CGI-N-8, para los que no hubo control de tiempo. Previamente uno de los investigadores comentó los objetivos del estudio, aportó las instrucciones de cumplimentación y aseguró la confidencialidad.

Una vez finalizada la prueba, cada sujeto era entrevistado personalmente (Sección 12-Nicotina del SCAN) en otra sala por alguno de los cinco evaluadores que participaron en el estudio. Con experiencia en instrumentación psiquiátrica, todos ellos habían sido estandarizados en las escalas utilizadas. Finalmente, se medía el nivel de CO en aire expirado a través del Smokerlyzer, teniendo lugar para todos los sujetos entre las 16.30 y las 18.00 horas.

Se les volvió a convocar quince días después para la última prueba, en la que sólo se administró el ARU-SMQ. En la elección del período de tiempo entre ambas evaluaciones, se consideró el efecto que tiene la autoobservación sobre la disminución en la línea base de la conducta de fumar (Becoña y Gómez Durán, 1991). Estos autores encuentran que la cumplimentación de autoregistros previos a la instauración de un tratamiento para dejar de fumar, viene acompañado de un descenso del consumo de cigarrillos. Este efecto desaparece cuando el proceso de autoobservación dura más de dos semanas. Según esto, la mediación de la conducta de fumar durante este tiempo podría sesgar a la baja el nivel real de consumo. Aunque los cuestionarios sujetos a validación en nuestro estudio suponían una observación puntual, nos parecía razonable fijar en 15 días el período entre test y retest en aras de evitar una posible distorsión sobre la fiabilidad de los instrumentos.

RESULTADOS

La muestra estudiada estaba compuesta por alumnos de segundo curso, con una edad media de 19.7 años (SD.= 1.07), siendo mujeres el 65,2% y varones el 34.7%. Un 14.2% del total reunía criterios DSM-IV de

Trastorno por Dependencia a Nicotina (8.5% "con dependencia fisiológica" y 5.7% "sin dependencia fisiológica"). Un 32.8% de los sujetos consumió cigarrillos esporádicamente durante el último año sin constituir ningún diagnóstico y el 52.8% restante no fumó durante el mismo período.

1) Estudio del ARU-SMQ-9.

Se evaluó la **consistencia interna** de la combinación de ítems que constituía el ARU-SMQ-9 extraídos del cuestionario original ARU-SMQ. El análisis se efectuó calculando el Alfa de Cronbach, encontrando un valor de 0.83 con un intervalo de confianza del 95% de 0.72-0.94, datos que apoyan la unidimensionalidad de la escala.

El estudio de la **fiabilidad**, por tratarse de un instrumento autoadministrado, se hace a través de test-retest, calculando ítem a ítem los valores del porcentaje de acuerdo y de Kappa Ponderado. En la Tabla 1, aparecen los valores correspondientes al cuestionario original (ARU-SMQ) y a la versión corta (ARU-SMQ-9). Tal como puede verse en la Figura 1, el 87.4% de los ítems del ARU-SMQ presenta un acuerdo moderado o fuerte, según criterios Feinstein (1985) y en el caso del ARU-SMQ-9, la totalidad de sus ítems presentaba este nivel de acuerdo.

Se evaluó la **validez concurrente y convergente** del ARU-SMQ-9 respecto de los criterios de referencia, analizándose a través del Coeficiente de Correlación de Spearman, siendo $Rho = 0.70$ (IC 95% = 0.61-0.81) respecto de SCAN-Nicotina y 0.69 (IC 95% = 0.59-0.69) en relación a los niveles de CO. Asimismo se analizó la **validez predictiva** de diagnóstico "dependencia" del ARU-SMQ-9 respecto de la presencia de dependencia según criterios DSM-IV (Tabla 3). Los valores de sensibilidad y especificidad eran óptimos para un punto de corte de 2-3 ($S = 1$ y $E = 0.96$; IC 95% = 0.92-1), tal como se desprende del Análisis ROC o Curva de Sensibilidad-Tasa de Falsos Positivos (Figura 2). El Valor Predictivo Positivo es de 0.83, lo que significa que la probabilidad de que un sujeto diagnosticado de dependencia a través del ARU-SMQ-9 por encima del punto de corte P.C. = 3 sea también diagnosticado de dependencia según crite-

rios DSM-IV es del 83%. Su parámetro contrapuesto, el Valor Predictivo Negativo, es 1. La Razón de Probabilidad Positiva es 25, significando que en el grupo de sujetos diagnosticados de dependencia a nicotina según criterios DSM-IV, la probabilidad de encontrar un caso de dependencia según ARU-SMQ-9 es 25 veces mayor que entre los que se ha descartado este diagnóstico. Su valor contrapuesto, la Razón de Probabilidad Negativa, es 0. El Porcentaje de Mal Clasificados es de 2.8% correspondiendo a los sujetos que la escala clasifica como falsos positivos y como falsos negativos.

2) Estudio del CGI-N-8.

Se evalúa la validez concurrente y convergente del CGI-N-8 a través del Coeficiente de Spearman, siendo $Rho = 0.71$ (IC 95% = 0.61-0.81) respecto de SCAN-Nicotina y 0.62 (IC 95% = 0.51-0.73) respecto de los niveles de CO. Se estiman valores óptimos de sensibilidad y especificidad para un punto de corte de 3-4 ($S = 0.9$; IC 95% = 0.83-0.96 y $E = 0.98$; IC 95% = 0.94-1.01), tal como puede verse en la Figura 2. Los valores de VPP, VPN, RPP, RPN y PMC aparecen en la Tabla 3.

3) Estudio del FTQ

El FTQ muestra una buena correlación con respecto a SCAN-Nicotina (C. Spearman $Rho = 0.76$ / IC 95% = 0.66-0.86) y en relación a los niveles de CO ($Rho = 0.62$ / IC 95% = 0.51-0.73). Los valores óptimos de sensibilidad y especificidad se dan para un punto de corte de 3-4 ($S = 0.9$; IC 95% = 0.83-0.96 y $E = 0.93$; IC 95% = 0.97-0.94), tal como aparece en la Figura 2. Los demás valores pueden verse en la Tabla 3.

DISCUSION

La construcción de escalas para la evaluación de la dependencia a nicotina se ha fundamentado en la concepción teórica de ésta en cada momento. Hemos asistido a una evolución particularmente dinámica de los criterios diagnósticos en función de los avances en la investigación clínica y neurobiológica, lo que hace necesario revisar y evaluar la vigencia de algunos instrumentos.

El retraso en la aceptación de la nicotina como sustancia de abuso ha estado asociado a una concepción restrictiva de la dependencia (Jaffe, 1990). Clásicamente, una adicción "verdadera" venía caracterizada por una marcada tolerancia y un síndrome de abstinencia clínicamente significativo, así como por la presencia de un estado de intoxicación definido casi siempre por una alteración de las capacidades cognitivas y de la conducta. Se entendía que la nicotina no satisfacía estos criterios y en las reuniones del Comité de Expertos sobre Drogas de la OMS, en 1952 y 1957, se aceptaba que esta sustancia podía producir "hábito" aunque no "adicción". La distinción entre estos conceptos venía dada por el grado en que una droga era capaz de ejercer "control" sobre la conducta del sujeto, por la severidad del síndrome de abstinencia y por el grado en que producía "psicotoxicidad" y deterioro psicosocial. Esta concepción fue abandonada por la propia OMS en 1964 en favor del constructo bioconductual de "dependencia a drogas" (Edwards y Gross, 1976), en el que la tolerancia y el síndrome de abstinencia vienen a constituir un elemento más dentro del cuadro. Aunque con algunas restricciones, se aceptó como categoría nosológica en los sistemas ICD-9 (OMS, 1978) y DSM-III (APA, 1980). En el DSM-III-R (APA, 1987), alcanza "pleno derecho" y en DSM-IV (APA, 1994) desaparece la categoría de *abuso*, para quedar como único trastorno del consumo, la dependencia a nicotina.

El objetivo de este trabajo es contribuir a la estandarización de escalas cortas para la evaluación de la dependencia a nicotina. A la luz de nuestros datos, el ARU-SMQ-9 aparece como una escala unidimensional con una marcada consistencia interna y una buena fiabilidad test-retest. Aunque las tres escalas están en unos niveles aceptablemente altos, la validez predictiva del ARU-SMQ-9 tiene valores más óptimos que el FTQ y que el CGI-N-8. Esto hace de ellos unos instrumentos válidos para la aproximación al diagnóstico de dependencia según criterios DSM-IV.

Llama la atención la posición relativa del FTQ (fig. 2), que podría cuestionar o al

menos hacer reconsiderar las bases conceptuales de esta escala, por otro lado, de las más utilizadas. Publicada en 1974, evalúa el "grado de dependencia física" fundamentada en la existencia de "tolerancia". Hemos visto cómo la *dependencia física* (entendida universalmente como la presencia del síndrome de abstinencia) y la tolerancia, sólo son dos atributos más en el Trastorno por Dependencia (DSM-IV) que incluso pueden no estar presentes. El FTQ no evalúa claramente síntomas de abstinencia y el concepto de tolerancia que maneja puede ponerse en entredicho. La validez concurrente se midió respecto de la tasa cardíaca y temperatura corporal (Fagerström, 1978), tasa cardíaca y flujo sanguíneo (Lombardo, Hughes y Fross, 1988) y de la presión sanguínea diastólica. Actualmente (Stolerman y Shoaib, 1991; Balfour, 1994; Hughes, Higgins y Bickel, 1994) se entiende que la tolerancia a la nicotina se puede manifestar como la ausencia de náuseas y mareos o la disminución de los efectos de mejora de ejecución de tareas cuando se consumen las mismas dosis tras un período de tiempo. Por otro lado, la consistencia interna del FTQ es baja (Lichtenstein y Mermelstein, 1986; Pomerleau et al., 1990). El FTQ fue modificado posteriormente, sustituyendo las escalas dicotómicas e incrementando el rango de respuestas, con lo que aumentaba la variabilidad y el coeficiente de consistencia interna (Heatherton, Kozlowski, Frecker y Fagerström, 1991), pasando a denominarse *Fagerström Test of Nicotine Dependence (FTND)*. Se realizó una nueva revisión del FTND (Tate y Schmitz, 1993), el *RTQ (Revised*

Tolerance Questionnaire) aumentando a 10 el número de items y consiguiendo con ello una mejora en la fiabilidad test-retest. En este trabajo se evaluó la validez concurrente respecto del nivel de monóxido de carbono pero no de los criterios de dependencia de la OMS o APA.

La ventaja que presentaba en el momento del estudio el ARU-SMQ-9 respecto del FTQ era precisamente que en el primero las respuestas escaladas en 4 grados permitían una variabilidad aceptable y una buena consistencia interna, con un valor alfa de 0.83. El nuevo RTQ tiene un alfa de 0.61, y su constructo no ha variado básicamente desde la primera versión. No obstante, sería interesante comprobar si RTQ supone una mejora en la validez predictiva sobre FTQ.

Probablemente el interés práctico que puedan despertar los trabajos de validación de escalas cortas de dependencia a nicotina sea el de su utilización en atención primaria, dada la escasez de tiempo para emplear entrevistas más fiables, pero largas, como el sistema SCAN o la CIDI-SAM, aplicadas más en el ámbito de la investigación. Nuestra adaptación del criterio clínico CGI simplifica aún más esta tarea dotando al mismo tiempo de un instrumento fiable y válido.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo ha sido subvencionado por la Dirección General de Investigación Científica y Técnica (DGICYT), Proyecto PM91-0206.

TABLA 1. Fiabilidad Test-Retest del ARU-SMQ.
(En negrita los ítems correspondientes a la versión corta ARU-SMQ-9)

ITEM	% ACUERDO	W. KAPPA	(IC 95%)
* 1	0.57	0.60	0.45-0.75
* 2	0.95	0.64	0.50-0.78
3	0.57	0.46	0.31-0.61
4	0.77	0.62	0.47-0.77
5	0.55	0.56	0.41-0.71
6	0.90	0.70	0.56-0.84
7	0.60	0.46	0.31-0.61
8	0.70	0.65	0.51-0.79
* 9	0.75	0.62	0.47-0.77
10	0.75	0.60	0.45-0.75
* 11	0.72	0.61	0.46-0.76
12	0.65	0.61	0.46-0.76
13	0.65	0.62	0.47-0.77
* 14	0.85	0.65	0.51-0.79
* 15	0.85	0.53	0.38-0.68
16	0.62	0.49	0.34-0.64
17	0.85	0.82	0.71-0.93
* 18	0.70	0.43	0.28-0.58
19	0.90	0.57	0.42-0.72
* 20	0.65	0.58	0.43-0.73
* 21	0.72	0.73	0.60-0.86
22	0.87	0.70	0.56-0.84
23	0.95	0.84	0.73-0.95
24	0.42	0.37	0.23-0.51

TABLA 2. Parámetros de validez predictiva de los tres instrumentos.
(En negrita los valores correspondientes a los puntos de corte óptimos).

	P.C.	S	E	VPP	VPN	RPP	RPN	PMC
ARU-SMQ-9	1	1	0.93	0.71	1	14.28	0	5.7
	2	1	0.94	0.76	1	16.60	0	4.3
	3	1	0.96	0.83	1	25	0	2.8
	4	0.9	1	1	0.98	-	0.1	1.4
	5	0.7	1	1	0.95	-	0	4.3
CGI-N-9	2	1	0.81	0.47	1	5.26	0	15.9
	3	1	0.91	0.33	1	11.1	0	7.2
	4	0.9	0.98	0.9	0.98	45	0.1	2.8
	5	0.2	1	1	0.88	-	0.8	11.5
FTC	2	1	0.84	0.52	1	6.25	0	13.04
	3	0.9	0.88	0.56	0.98	7.5	0.1	11.5
	4	0.9	0.93	0.69	0.98	12.85	0.1	7.2
	5	0.7	0.98	0.87	0.95	35	0.3	5.7
	6	0.4	1	1	0.90	-	0.6	8.6

P.C.: Punto de corte; S: Sensibilidad; E: Especificidad; VPP: Valor Predictivo Positivo; VPN: Valor Predictivo Negativo; RPP: Razón de Probabilidad Positiva; RPN: Razón de Probabilidad Negativa. PMC: Porcentaje de Mal Clasificados.

TABLA 3. Criterios diagnósticos de dependencia a sustancias (DSM-IV).

Patrón desadaptativo de consumo de una sustancia, que conduce a un deterioro clínicamente significativo, manifestado por tres (o más) de los siguientes síntomas que tienen lugar en el mismo período de un año:

- (1) tolerancia, definida por alguno de los siguientes síntomas:
 - a) una marcada necesidad de incrementar las cantidades de la sustancia para alcanzar la intoxicación o el efecto deseado;
 - b) afecto marcadamente disminuido con el uso continuado de la misma cantidad de la sustancia;
- (2) abstinencia, manifestada por alguno de los siguientes síntomas:
 - a) síndrome de abstinencia característico para cada sustancia;
 - b) se toma la misma sustancia (o una cercanamente relacionada) para aliviar o evitar los síntomas de la abstinencia;
- (3) con frecuencia, el uso de la sustancia se hace en mayor cantidad o por un período más largo de lo que el sujeto pretendía;
- (4) un deseo persistente o uno o más esfuerzos inútiles para suprimir o controlar el uso de la sustancia;
- (5) una gran parte del tiempo se emplea en actividades necesarias para obtener la sustancia. (ej. robo, visitar muchos médicos, conducir grandes distancias), consumirla (ej. fumando en cadena), o recuperarse de sus efectos;
- (6) reducción considerable o abandono de actividades sociales, laborales o recreativas a causa del uso de la sustancia;
- (7) uso continuado de la sustancia a pesar de ser consciente de tener un problema social, psicológico o físico, persistente o recurrente, que está provocado o estimulado por el uso de tal sustancia (ej. consumo actual de cocaína a pesar de reconocer una depresión inducida por la cocaína, o seguir bebiendo a pesar de que se sabe que el consumo de alcohol puede agravar una úlcera).

Especificar si:

con dependencia fisiológica: evidencia de tolerancia o abstinencia (presencia del ítem 1 o el 2).

sin dependencia fisiológica: no hay evidencia de tolerancia ni abstinencia (no están presentes ni el ítem 1 ni el 2).

Especificadores del curso:

- Remisión precoz completa
- Remisión precoz parcial
- Remisión sostenida completa
- Remisión sostenida parcial
- En tratamiento con agonistas
- En ambiente controlado

Tomado de: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ed. 4. Copyright American Psychiatric Association, Washington, 1994.*

**FIGURA 1: Fiabilidad test-retest (Criterios Feinstein, 1985).
Valores Porcentuales**

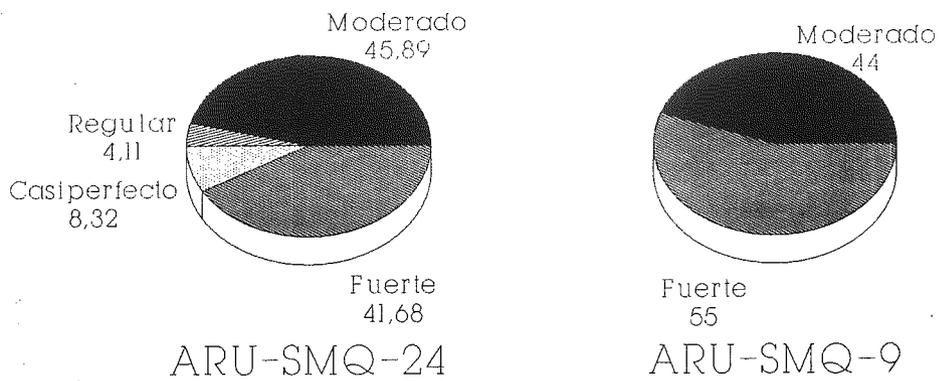
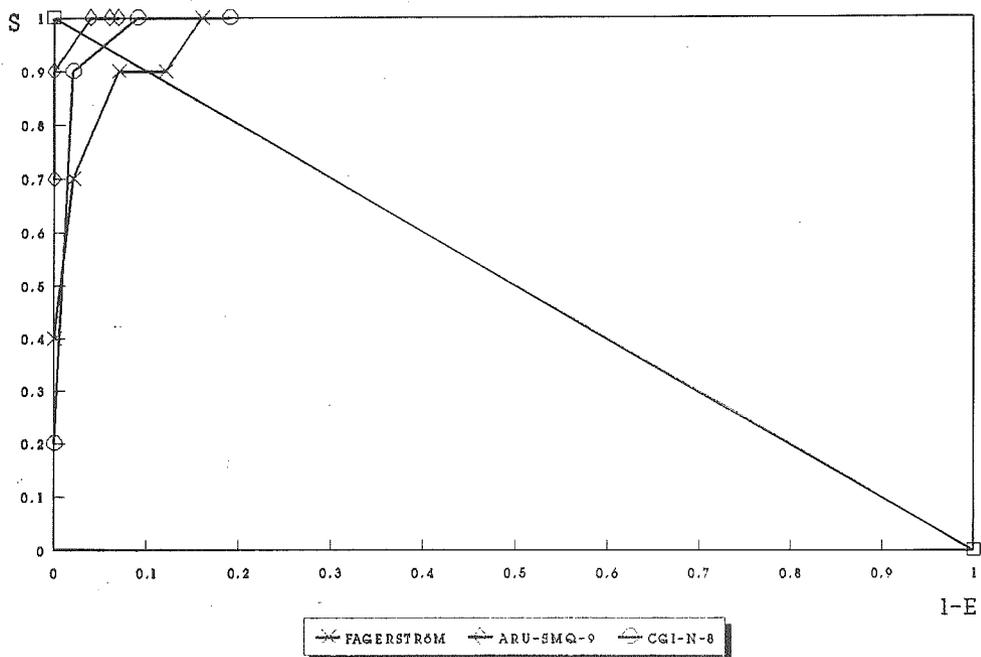


FIGURA 2. Curvas ROC. (Validez Predictiva Comparada).



ANEXO 1. Escala ARU-SMQ-9 (Russell, 1974)

Las siguientes situaciones están presentes en muchas personas que fuman. Rodee con un círculo el número que hace referencia a la medida en que puedan estar presentes en usted.

	No	Un poco	Bastante	Mucho
1. Cuando hago una pausa en mi actividad, siento un deseo irrefrenable de fumar	0	1	2	3
2. Enciendo un cigarrillo sin darme cuenta de que aún tengo uno encendido en el cenicero	0	1	2	3
3. Fumo de forma automática, sin darme cuenta de lo que hago	0	1	2	3
4. Estar sin cigarrillos me resulta insoportable, hasta que los consigo	0	1	2	3
5. Me cuesta aguantar una hora sin fumar.	0	1	2	3
6. Me sorprende fumando y no recuerdo haber encendido el cigarrillo	0	1	2	3
7. Tengo un hambre persistente cuando llevo un rato sin fumar	0	1	2	3
8. Me doy más cuenta de los ratos en que estoy sin fumar que de aquellos en los que estoy fumando	0	1	2	3
9. Me costaría aguantar una semana sin fumar	0	1	2	3

Puntuación total

ANEXO 2. Escala CGI-N (L. Salvador y F. González-Sáiz)

Aquí aparecen 8 posibles situaciones en las que pueden encontrarse las personas en relación al consumo de tabaco. Rodee con un círculo o subraye aquella que más se ajuste a usted DURANTE EL ÚLTIMO MES:

0. No he fumado ningún cigarrillo.
1. He fumado sólo 1 ó 2 a la semana (menos de 10 cigarrillos cada uno de esos días).
2. Suelo fumar diariamente menos de 7 cigarrillos, sin aumentar este número.
3. Suelo fumar diariamente entre 7 y 20 cigarrillos, y cuando estoy minutos u horas sin fumar no experimento síntomas incómodos (*).
4. Suelo fumar diariamente entre 7 y 20 cigarrillos, y cuando estoy minutos u horas sin fumar, sí experimento síntomas incómodos (*).
5. Suelo fumar diariamente más de 20 cigarrillos.
6. Suelo fumar diariamente más de 40 cigarrillos.
7. Consumo más de tres paquetes diarios, o aún consumiendo menos, sigo haciéndolo a pesar de las advertencias médicas sobre la necesidad de dejar de fumar porque empiezo a tener problemas de salud relacionados con el tabaco.

(*) Síntomas incómodos cuando dejo de fumar durante minutos u horas. (No es necesario tenerlos todos):

- Deseo o ganas más o menos intensas de fumar.
- Irritabilidad o mal humor.
- Ansiedad.
- Falta de concentración.
- Inquietud.
- Dolor de cabeza.
- Otros.

BIBLIOGRAFIA

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Third edn. American Psychiatric Association, Washington, DC.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1987). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Third edn. Revised. American Psychiatric Association, Washington, DC.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth edn. American Psychiatric Association, Washington, DC.
- BECOÑA, E.; GOMEZ-DURAN, B. J. (1991). Descenso de la línea base y eficacia de un programa para dejar de fumar. Rev. Esp. Drogodep. 16 (4): 277-283.
- BALFOUR, D. J. K. (1994). Neural mechanisms underlying nicotine dependence. Addiction: 89: 1419-1423.
- BARTKO, J. J.; CARPENTER, W. T. (1976). On the methods and theory of reliability. J. Nerv. Men Dis 163 (5): 307-317.
- BARTKO, J. J. (1991). Measurement and reliability: statistical thinking considerations. Schiz Bull 17 (3): 483-488.
- CARRASCO GIMENEZ, T. J.; LUNA ADAME, M.; VILA CASTELLAR, J. (1994). Validez del Fagerström Tolerance Questionnaire como medida de dependencia física de la nicotina: una revisión. Rev. Esp. Drogodep. 19 (1): 3-14.
- CHASSIN, L.; PRESSON, CC.; SHERMAN, S. J.; EDWARDS, D. A. (1992). The natural history of cigarette smoking and young adult social roles. J. Health Soc. Behav. 33: 328-347.
- COTTLER, L. B. et al. (1991). The CIDI- Core Substance Abuse and Dependence Questions: cross-cultural and nosological issues. Br. J. Psychiatry 159: 653-658.
- DIAZ FERNANDEZ, O.; SANABRIA CARRETERO, M. A. (1993). Variables relacionadas con el inicio del consumo de tabaco. Adicciones 5(3): 287-304.
- EAVES, L. J.; EYSENK, H. J. (1993). New approach to the analysis of twin data and their application to smoking behavior. En H. J. Eysenk (Ed.) The causes and effects of smoking. London: Maurice Temple Smith.
- EDWARDS, G.; GROSS, M. M. (1976). Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. Br. Med. J. 1: 1058-61.
- FAGERSTRÖM, K. O. (1978). Measuring degree of physical dependence on tobacco smoking with reference to individualization of treatment. Add. Behav. 3: 235-241.
- FAGERSTRÖM, K. O.; SCHNEIDER, N. (1989). A review of the Fagerström Tolerance Questionnaire. J. Behav. Med. 12: 159-182.
- FAGERSTRÖM, K. O. (1991). Towards better diagnoses and more individual treatment of tobacco dependence. Br. J. Add. 1: 86 (5): 543-548.
- FEINSTEIN, A. R. (1995). Clinical Epidemiology. Philadelphia, WB Saunders.
- FOREYT, J. P. et al. (1993). Psychological profile of college students who use smokeless tobacco. Add. Behav. 18: 107-116.
- GRUNBERG, N. E.; ACRI, J. B. (1991). Conceptual and methodological considerations for tobacco addiction research. Br. J. Add. 86: 637-641.
- HEALTH, A. C.; MARTIN, N. G. (1993). Genetic model for the natural history of smoking: evidence for a genetic influence on smoking persistence. Add. Behav. 18: 19-34.
- HEATHERTON, T. F. et al. (1991). The Fagerström test for nicotine dependence: A revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. Br. J. Add. 86: 1119-1127.
- HUGHES, J. R.; HATSUKAMI, D. (1986). Signs and symptoms of tobacco withdrawal. Arch. Gen. Psych 43: 289-294.
- HUGHES, J. R. et al. (1991). Symptoms of tobacco withdrawal: a replication and extension. Arch. Gen. Psych. 48 (1): 52-59.
- HUGHES, J. R.; HIGGINS, S. T.; BICKEL, W. K. (1994). Nicotine withdrawal versus other drug withdrawal syndromes: similarities and dissimilarities. Addiction 89: 1461-1470.

- JAFFE, J. H.; JARVICK, M. E.** (1978). Tobacco use disorder. En Psychopharmacology: a generation of progress. Edited by M. A. Lipton, A. Dimascio and K. F. Killam. Raven Press, New York.
- JAFFE, J. H.** (1990). Tobacco smoking and nicotine dependence. En Nicotine Psychopharmacology: Molecular, Cellular and Behavioural Aspects. Edited by S. Wonnacott, M. A. H. Russell, and I. P. Stolerman. Oxford University Press.
- JAFFE, J. H.** (1992). Current concepts of addiction. En Addictive States Ed. by Charles P. O'Brien and Jerome H. Jaffe. Raven Press, New York.
- LICHTENSTEIN, E.; MERMELSTEIN, R. J.** (1986). Some methodological cautions in the use of Tolerance Questionnaire. Add Behav. **11**: 439-442.
- LOMBARDO, T. W.; HUGHES, J. R.; FROSS, J. D.** (1988). Failures to support the validity of the Fagerström Tolerance Questionnaire as a measure of physiological tolerance to nicotine. Add. Behav. **13**: 87-90.
- MAC NABB, M. E.** (1985). Nicotine Tolerance Questionnaire scores and plasma nicotine: no correlation. Add. Behav. **10**: 329-332.
- MAHALSKY, P. A.; MC. GEE, R.; SILVA, P. A.** (1993). Reasons for smoking or not smoking in early adolescence. Add. Behav. **18**: 321-329.
- MURPHY, J. M.** (1987). Performance of screening and diagnostic test. Application of Receiver Operating Characteristic Analysis. Arch. Gen. Psych. **44**: 550-555.
- PAYNE, T. J. et al.** (1994). Assessing nicotine dependence: a comparison of the Fagerström Tolerance Questionnaire (FTC) with the Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND) in a clinical sample. Add. Behav. **19** (3): 307-317.
- POMERLEAU, C. S.; MAJCHRAK, M. I.; POMERLEAU, O. F.** (1989). Nicotine dependence and the Fagerström Tolerance Questionnaire: a brief review. J. Subst. Abuse **1**: 471-477.
- POMERLEAU, C. S. et al.** (1990). Relationship between Nicotine Tolerance Questionnaire score plasma cotinine. Add. Behav. **15**: 73-80.
- ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS.** (1977). Smoking or health. The third report. Pittman Medical Publishing Co. Ltd., Tunbridge Wells, Kent.
- RUSSELL, M. A. H.; PETO, J.; PATEL, U. A.** (1974). The classification of smoking by factorial structure of motives. J. Royal St. Soc. **137**: 313-346.
- RUSSELL, M. A. H. et al.** (1983). Effect of nicotine chewing gum as an adjunct to general practitioners' advice against smoking. Br. Med. J. **287**: 1782-1785.
- SABOGAL, F. et al.** (1989). Medición de la dependencia al cigarrillo: validación de una escala corta para latinos. Av. Ps. Clin. Lat. **7**: 89-104.
- SPITZER, R. L.; CANTWELL, D. P.** (1980). The DSM-III classification of the psychiatric disorders of infancy, childhood and adolescence. J. Am. Academy Psychiatry. **19**: 356-370.
- STAPLETON, J. A. et al.** (1995). Dose effects and predictors of outcome in a randomized trial of transdermal nicotine patches in general practice. Addiction; **90** (1): 31-42.
- STOLERMAN, I. P. SHOAB, M.** (1991). The neurobiology of tobacco addiction. TIPS; **12**: 467-473.
- SURGEON GENERAL (US DEPARTMENT OF HEALTH, EDUCATION AND WELFARE)** (1979). Smoking and Health: a report of a Surgeon General. DHEW Publication Number (PHS) 79-50066, Rockville, MD.
- SURGEON GENERAL (US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES)** (1985). The health consequences of smoking. Cancer and chronic lung disease in the workplace: a report of the Surgeon General. DHHS Publication Number (PHS) 85-50207, Public Health Services, Office on Smoking and Health, Rockville, MD.
- SURGEON GENERAL (US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES)** (1988). Health consequences of involuntary smoking: nicotine addiction. A report of the surgeon general. DHHS Publication Number (CDC)

97-8398. Public Health Services, Office on Smoking and Health, Rockville, M. D.

TATE, J. C.; SCHMITZ, J. M. (1993). A proposed revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. Add. Behav. 19: 135-143.

TIFFANY, S. T.; DROBES, D. J. (1991). The development and initial validation of a questionnaire on smoking urges. Br. J. Add. 86: 1467-1476.

ÜSTUN, T. B.; WITTCHEN, H. V. (1992). Instrument for the assessment of substance use disorders. Current Opinion Psych.: 5: 412-419.

WING, J. K. et al. (1990). SCAN: Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry. Arch. Gen. Psych. 47: 589-593.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (1978). Mental disorders: glossary to their classification in accordance with the ninth revision of the international classification of diseases. Geneva.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (1985). WHO Programme on tobacco or health. Report by the director general. Seventy-seventh Session, Executive Board, WHO, Geneva.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (1991). SCAN: Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry Geneva: WHO.