

Validación de los cuestionarios KFA (CBA) y CAGE para el diagnóstico del alcoholismo

Dra. A. RODRIGUEZ-MARTOS DAUER

CAID Sarrià *

Dña. R. M. NAVARRO

Dra. C. VECINO

CAID Garbívent *

Dña. R. PEREZ

Hospital Santa Creu (Vic)

* Programa DROSS. Area de Servicios Sociales. Ayuntamiento de Barcelona.

RESUMEN

El presente trabajo fue presentado como comunicación libre en las XIII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol, celebradas en Palma de Mallorca del 21 al 23 de noviembre de 1985.

En él se expone el estudio de validación de la versión española de dos tests autoadministrables para el diagnóstico del alcoholismo: el KFA y el CAGE. La iniciativa se inscribe en el proyecto de búsqueda de instrumentos capaces de facilitar el diagnóstico de la dependencia alcohólica, siquiera incipiente.

Se investigan: a) la **validez** respectiva de cada cuestionario (capacidad discriminativa, especificidad, sensibilidad), b) el **punto de corte** correspondiente, c) la **correlación** entre las puntuaciones de KFA y CAGE entre sí y frente al MALT (criterio de comparación), y d) establecer las **indicaciones** respectivas de cada test y su óptima rentabilidad.

Se confirma la validez de ambos tests problema, dotados ambos de una eficacia diagnóstica de 196 y se concluye que KFA (CBA), CAGE y MALT no se excluyen mutuamente, sino que se complementan.

PALABRAS CLAVE: ADS (Alcohol Dependence Syndrom o síndrome de dependencia alcohólica). KFA (CBA), Cuestionario Breve para Alcohólicos. MALT (Münchner Alkoholismus Test). Diagnóstico.

SUMMARY

This paper was read, as free communication, at the XIII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol, celebrated in Palma de Mallorca the 21st, 22nd and 23rd of November 1985.

It presents the validation study of the Spanish version of two self-administered questionnaires for the diagnosis of alcoholism. Our work aims to search for instruments which facilitate the diagnosis of the Alcohol Dependence Syndrom, even in the early stage.

We investigate: a) the validity of both questionnaires (discriminative power, specificity and sensitivity), b) the corresponding cut-off points, c) the correlation between the scores of KFA and CAGE and of then in relation to MALT (external critery of comparision), and d) establishing indications of each tests and its optimal rentability.

Validity of the two above mentioned tests is confirmed by a diagnostic efficiency of 196 for both. We concluded that KFA (CBA), CAGE and MALT don't exclude one another, but compliment each other.

KEY WORDS: ADS (Alcohol Dependence Syndrom). KFA (CBA), (Brief Questionary for Alcoholics). MALT (Münchner Alkoholismus Test).

Introducción

La innegable existencia de ciertos hábitos tóxicos enraizados profundamente en algunas culturas hace que se tienda a banalizar y aun a ignorar los riesgos y perjuicios derivados de los mismos.

Tal es el caso del uso-abuso de bebidas alcohólicas en nuestro país, donde un elevado porcentaje de la población debería inscribirse como de «riesgo elevado» de alcoholismo, y otro porcentaje nada desdeñable merecería el diagnóstico de «síndrome de dependencia del alcohol».

Muchos de estos casos de enfermedad y la mayoría de los sujetos en vías de alcoholización ignoran su situación.

Si a ello añadimos la diferencia de conceptos y exploraciones al respecto y lo farragoso que, por otra parte, puede ser un estudio específico o base de tests y análisis, no será de extrañar que el alcoholismo continúe siendo nuestro gran «iceberg», que avanza inexorable bajo las aguas de una sociedad que brinda por su bienestar...

El MALT (Münchner Alkoholismus Test) (1, 2), cuya versión española y su correspondiente validación realizamos en 1981 y 1983 (3, 4, 5, 6), ha demostrado ser un valioso instrumento para estudios transculturales (7, 8).

Empero, aun siendo el más «ágil» de los tests completos, la relativa laboriosidad de su pasación, sobre todo el exigir cumplimentar una parte «médica», resta operatividad al test a la hora de querer emprender grandes estudios de población.

El MALT seguiría siendo el instrumento diagnóstico de referencia, por su elevada fiabilidad, en cualquier gabinete profesional.

Pero, a la hora de emprender estudios epidemiológicos o de detección precoz y de sujetos en situación de riesgo elevado, sería interesante poder emplear un método de autoevaluación como instrumento de *screening* fiable.

Con este objetivo, en 1975 Feuerlein y cols. (9, 10) presentaron el KFA (CBA: Cuestionario Breve para Alcohólicos o personas en riesgo de alcoholismo), test autoadministrable.

Sus ítems derivan del MAST, de un cuestionario de la Clínica Especializada de Ringgenhof y de preguntas utilizadas en la práctica del Max-Planck-Institut de Múnich.

Incluye 4 niveles de diagnóstico:

1. Dependencia física (ítems 1, 2, 3 y 10).
2. Aspectos psíquicos (ítems 4, 5, 6, 9 y 11).
3. Aspectos sociales (ítems 14, 15, 21 y 22).
4. Conducta dependiente del alcohol (ítems 7, 8, 12, 13, 16, 17, 18, 19 y 20).

Los ítems contestados con «Si» merecen 1 punto; los ítems 3, 7, 8 y 14 se valoran con 4 puntos. La suma indica el diagnóstico (alcoholismo = al menos 6 puntos).

Los autores procedieron a la realización de un análisis empírico estadístico del KFA (CBA) con una muestra de varones (120 alcohólicos y 80 pacientes control de hospital general), utilizando el diagnóstico clínico como criterio de validación.

Los ítems resultaron todos ellos discriminativos, siendo los ítems 5 y 6 los de menor poder discriminativo.

Situando la línea divisoria entre los valores 5 y 6, se dieron un 4% de falsos negativos y un 12,5% de falsos positivos.

En una segunda fase, los autores procedieron a una validación cruzada con una muestra femenina. Esta vez el instrumento diagnóstico para separar la población alcohólica de la muestra no alcohólica de control fue el test MALT. Los resultados fueron comparables a los de la muestra masculina.

El KFA se considera un test de *screening* fiable y eficiente, operativo por su brevedad (22 ítems) y fácil manejo (autoevaluación). Su sensibilidad (97%) es superior a su especificidad (87%), diagnosticando correctamente al 97% de casos diagnosticados por el MALT.

En la pasada década se difundió, sobre todo en medios anglosajones (Ewing y Rouse, Murray, Mayfield, Barrison y otros, 11, 12 y 13), el test autoadministrable CAGE, cuyas siglas obedecían a la inicial de la cuestión aludida en cada una de sus cuatro preguntas, destinado a la detección de bebedores problema. La bibliografía no resulta unívoca al respecto de los *cut-off points* correspondientes a este test, aunque suele proponerse el criterio de dos respuestas positivas. Su aceptación se ha visto además dificultada por la desconfianza con que suelen acogerse los métodos muy simples.

Por nuestra parte, la buena experiencia recogida con el MALT (Feuerlein y cols.), unida al deseo de poder contar con su test de *screening* fiable, pero todavía más ágil (autoadministrable), nos ha llevado a traducir y validar el KFA (Feuerlein y cols.).

Puestos en ello, quisimos validar también el breve cuestionario CAGE, que podría merecer un interés, siquiera orientativo.

Partimos de la HIPOTESIS de que ambos tests problema (KFA y CAGE) son capaces de discriminar los sujetos con una dependencia, incluso incipiente, del alcohol frente a los sujetos sanos de control.

Nuestro OBJETIVO ha sido:

- 1) Validar la versión española de los dos tests de autoevaluación.
- 2) Aceptados los *cut-off points* propues-

tos para su versión original (6 puntos para el KFA y 2 puntos para el CAGE), corroborarlos para la versión española.

3) Establecer la posible correlación entre las puntuaciones respectivas de los tests MALT, KFA y CAGE.

4) Establecer cuál es la máxima rentabilidad de cada uno y las consiguientes aplicaciones respectivas.

5) Encontrar el modo de llevar a cabo una auténtica detección precoz, inclusive de los individuos en estadios prodrómicos, en los estudios amplios de población. Detectar el síndrome de dependencia alcohólica en cualquier situación médica.

Material y métodos

Se han estudiado dos muestras de enfermos de ambos sexos (cuadro 1):

— La muestra «a» la constituían 50 enfermos diagnosticados de alcoholismo y tratados en régimen ambulatorio (CAID Sarrià y Garbivent): 42 varones y 8 hembras, con una edad media de 43'36 años.

— La muestra «b» la constituían 50 enfermos ingresados en un hospital general (Htal. Sta. Creu de Vic) diagnosticados de no alcoholismo: 22 varones y 28 hembras, con una edad media de 39'46 años.

El instrumento diagnóstico utilizado para clasificar las muestras que el MALT, contando como positivos los que obtenían 11 o más puntos, y negativos los que puntuaron por debajo de 6 puntos (se despreciaron puntuaciones de «sospecha» de 6 a 10).

El test KFA (CBA: Cuestionario Breve para Alcohólicos) (anexo I) se tradujo textualmente al español, salvo el ítem 22, cuyo redactado se modificó según el criterio propio adecuado a nuestro ambiente.

El test CAGE (anexo II) se vertió tal cual a nuestro idioma.

El estudio se estructuró a base de dos entrevistas, la primera de las cuales servía para hacer el diagnóstico a través del MALT (exploración + determinación de analítica—MALT—0 y cuestionario autoadministrable—MALT—S), y la segunda, una vez clasificado el paciente en el correspondiente grupo muestra, en la que se pasaban los tests autoadministrables problema. Entre ambas entrevistas mediaban 7-10 días.

Sólo se aceptaron como controles aquellos pacientes con un MALT inferior a 6 puntos.

Con respecto a los respectivos cuestionarios a cumplimentar por el enfermo, se advertía que todas las preguntas se referían al último par de años (lo que evita posibles errores debidos a cambios de conducta circunstanciales).

Como **cut-off points** o «puntaje de corte» se aceptaron los criterios al uso.

CUADRO 1

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACION ESTUDIADA				
Muestra	N.º	Varones	Hembras	Edad media
«a» (alcohólicos)	50	48	8	43'36
«b» (no alcohólicos o control)	50	22	28	39'46

La elaboración de resultados incluye:

- Dentro de cada muestra,
 - N.º de pacientes de cada sexo.
 - Edad media.
 - Puntuación media de cada test.
 - Prueba de independencia (coeficiente de correlación 'xy).
- Entre las dos muestras,
 - Poder discriminativo de cada ítem a través de la prueba χ^2 para cada uno de ellos.
 - Sensibilidad de los tests problema.
 - Especificidad de los tests problema.
 - Validez de los tests problema.
 - Cut-off points** o «puntuación de corte» en los tests problema.

Resultados

1. El grupo «a», o alcohólico, compuesto por 50 personas (N = 50) con una media de edad de 43'36 años, diagnosticados como tales a través del test MALT, obtuvo una puntuación media en el mismo de $X_{MALT} = 32'58$, así como una puntuación media de $X_{KFA} = 19'54$ y de $X_{CAGE} = 3'32$.

El grupo «b» o control, compuesto por 50 personas (N = 50) no alcohólicas, con una media de edad de 39'46 años, diagnosticadas como no alcohólicas a través del test MALT, obtuvo en el mismo una puntuación media de $X_{MALT} = 1'22$, y respectivamente de $X_{KFA} = 0'98$ y $X_{CAGE} = 0'02$ para los tests problema. (Ver cuadro 2.)

CUADRO 2

GRUPO DE ENFERMOS ALCOHOLICOS			
Puntuación media para cada test			
X MALT	X KFA	X CAGE	
32'58	11'54	3'32	
GRUPO CONTROL O NO ALCOHOLICO			
Puntuación media para cada test			
MALT	KFA	CAGE	
1'22	0'98	0'02	

2. Dentro de cada muestra se estudió la relación de los tests KFA y CAGE entre sí, y de cada uno de ellos frente al test empleado como instrumento diagnóstico (MALT), utilizando la prueba de independencia entre 2 caracteres cuantitativos: COEFICIENTE DE CORRELACION 'xy. Los coeficientes de correlación obtenidos fueron respectivamente (ver cuadro 3):

$${}^1\text{MALT-KFA} = 0'740 (\alpha = 0'01)$$

$${}^1\text{MALT-CAGE} = 0'428 (\alpha = 0'01)$$

para la muestra «a», o grupo de alcohólicos.

$${}^1\text{MALT-KFA} = 0'148 (\alpha = 0'01)$$

$${}^1\text{MALT-CAGE} = 0'131 (\alpha = 0'10)$$

para la muestra «b», o grupo control.

Estos resultados indican una relación de dependencia entre cada uno de los tests problema y aquel utilizado como criterio diagnóstico (MALT), lo que equivale a afirmar que los tests KFA y CAGE son capaces de diagnosticar (con un riesgo alfa) lo mismo que el MALT, y, a la inversa, que cuando un individuo es diagnosticado como alcohólico a través del KFA o CAGE lo más probable (con un riesgo de error « α » o muy bajo) es que merezca dicho diagnóstico en el MALT.

CUADRO 3

**COEFICIENTE DE CORRELACION
DE LOS TESTS PROBLEMA
FRENTE AL MALT**

Muestra «a»

$${}^1\text{MALT-KFA} = 0'740 (\alpha = 0'01)$$

$${}^1\text{MALT-CAGE} = 0'428 (\alpha = 0'01)$$

Muestra «b»

$${}^1\text{MALT-KFA} = 0'148 (\alpha = 0'01)$$

$${}^1\text{MALT-CAGE} = 0'131 (\alpha = 0'10)$$

Estudiada la correlación entre los dos tests problema, hallamos diferencias, según se trate del grupo alcohólico o del grupo control (ver cuadro 4).

En efecto, en la muestra «a», de enfermos alcohólicos, la relación es de dependencia (${}^1\text{KFA-CAGE} = 0'468 [\alpha = 0'001]$), pero no así en el grupo control o muestra «b» ($r = \text{KFA-CAGE} = 0'02$).

Cabe explicarse este hecho por las diferencias de matiz inherentes a cada uno de los tests problema. En efecto, si el enfermo es un alcohólico puede ser detectado tanto por el KFA como por el CAGE, que detectaría dependencia alcohólica consolidada. En el grupo de no alcohólicos; en cambio, la positividad del KFA no implicaría la del CAGE, midiendo aquél también la situación crítica o prodrómica.

Según sus autores (9, 10), los items del KFA pueden agruparse, de acuerdo con los

CUADRO 4

**COEFICIENTE DE CORRELACION
ENTRE LOS TESTS KFA Y CAGE**

Muestra «a» (grupo alcohólico)

$${}^1\text{KFA-CAGE} = 0'468 (\alpha = 0'01)$$

Muestra «b» (grupo no alcohólico)

$${}^1\text{KFA-CAGE} = 0'02 (\text{NS})$$

aspectos que investigan, en 4 niveles diagnósticos. Si distribuimos los items de los tests problema conforme a los mismos criterios, se agruparían respectivamente según figura en el cuadro 5, permitiéndonos el estudio de la posible concordancia por niveles entre los respectivos tests. Es de señalar que, de los 4 items cuya positividad merece 4 puntos en el KFA, ninguno refleja los «aspectos psíquicos». Por otra parte, la positividad de los items dentro de un mismo nivel no parece ofrecer una concordancia significativa entre los tests estudiados. Esta aparente discrepancia con respecto a la concordancia de los tests, globalmente considerados, acaso obedece a la discutible clasificación y homologación de los items en teóricos niveles.

CUADRO 5

**DISTRIBUCION DE ITEMS POR NIVELES
DIAGNOSTICOS**

NIVEL DIAGNOSTICO	ITEMS KFA	ITEMS MALT	ITEMS CAGE
1. Dep. física	1, 2, (3)*, 10	1, 2, (3), 5, 25	(4)
2. Aspectos psíquic.	4, 5, 6, 9, 11	13, 9, 4, 26, 18	3
3. Aspectos sociales	(14)*, 15, 21, 22	(10), 12, 21, 24	(2)
4. Conducta depend.	(7)*, (8)*, 12, 13, 16, 17, 18, 19, 20	(6), (17), 14, 11, (7)*, 8, 11 bis, 15, 16, 18, 19, 20, 22, 23	(1)

* Items cuya positividad merece 4 ptos. en el KFA.

3. Estudiamos el poder discriminativo de cada ítem en cada uno de los 2 tests problema a partir de la comparación de las muestras «a» y «b» dentro de cada uno de ellos, a través de la prueba de independencia entre 2 caracteres cualitativos (ley X^2), utilizando la concordancia o discordancia de frecuencias positivas y negativas.

El poder discriminativo de cada test se estudia con la prueba de comparación de medias en muestras grandes con datos independientes.

Según refleja la tabla I, en el test KFA resultan discriminativos todos los items menos tres (13, 19 y 22), relativos a repercusiones socioculturales. La mayor parte de items resultan discriminativos, con un nivel de significación del 0'001. El nivel de significación hallado para cada item en la versión española no es superponible al correspondiente a la versión original, dándose el caso de que, de los 4 items más valorados en el KFA alemán, uno

TABLA I
CAPACIDAD DISCRIMINATIVA DE LOS ITEMS DEL KFA
(estudio comparativo entre las muestras «a» y «b»)

ITEM	Frecuencia resp. + (%)		X ²	Nivel
	«a» Alcohólicos	«b» No alcohólicos		
1	86%	14%	13'52	0'001
2	50%	6%	9'68	0'005
3	80%	0%	18	0'001
4	72%	28%	9'68	0'005
5	90%	2%	38'72	0'001
6	66%	16%	12'5	0'001
7	74%	0%	27'38	0'001
8	74%	0%	27'38	0'001
9	78%	0%	30'42	0'001
10	90%	8%	33'62	0'001
11	84%	2%	33'62	0'001
12	40%	4%	6'48	0'02
13	20%	0%	2	NS
14	44%	0%	9'68	0'005
15	54%	6%	11'52	0'001
16	86%	2%	35'28	0'001
17	66%	8%	16'82	0'001
18	40%	0%	8	0'005
19	10%	0%	0'5	NS
20	72%	0%	25'92	0'001
21	32%	0%	5'12	0'02
22	14%	0%	0'98	NS

de ellos, el 14, obtiene para nosotros un nivel de significación de 0'005. En cambio, los menos significativos del test alemán —el 4 y el 6— nos dan respectivamente una significación de 0'005 y 0'001.

La diferencia de medidas es estadísticamente significativa.

En el test CAGE (tabla II) todos los items discriminan con un nivel de significación de $\alpha = 0'001$.

La diferencia de medias es estadísticamente significativa.

Por lo que respecta a la **sensibilidad y especificidad** de cada uno de los tests problema, éstas pueden deducirse de la distribución de pacientes por grupos y puntajes dentro de cada test (ver tablas III y IV).

Con el KFA, ningún paciente control llega a obtener 6 puntos (el puntaje de corte propuesto para la versión original del test). En cuanto a los pacientes alcohólicos, sólo 2 se habrían «escapado», colocando la línea divi-

TABLA II
CAPACIDAD DISCRIMINATIVA DE LOS ITEMS DEL CAGE
(estudio comparativo entre las muestras «a» y «b»)

ITEM	Frecuencia resp. + (%)		X ²	Nivel
	«a» Alcohólicos	«b» No alcohólicos		
1	96%	—	46'06	0'001
2	76%	—	28'88	0'001
3	90%	—	40'5	0'001
4	74%	—	27'38	0'001

TABLA I-II
CAPACIDAD DISCRIMINATIVA DE LOS TESTS KFA Y CAGE
(Prueba de comparación de las puntuaciones medias obtenidas)

	Media		Z	P
	«a» Alcohólicos	«b» No alcohólicos		
KFA	19'50 ± 7'50	0'98 ± 1'16	17'34	0'001
CAGE	3'32 ± 0'90	0'02 ± 0'1	33	0'001

TABLA III
TEST KFA
Distribución de pacientes por grupos y puntajes

PUNTUACION	Grupo Alcohólico		Grupo no alcohólico	
	N	%	N	%
0-4	1	2	49	98
5	1	2	1	2
6	1	2	—	—
7	—	—	—	—
8	1	2	—	—
9	1	2	—	—
10	45	90	—	—
Total	50	100	50	100

TABLA IV
TEST CAGE
Distribución de pacientes por grupos y puntajes

PUNTUACION	Grupo Alcohólico		Grupo no alcohólico	
	N	%	N	%
—	—	—	49	98
1	2	4	1	2
2	5	10	—	—
3	17	34	—	—
4	26	52	—	—
Total	50	100	50	100

soria en un puntaje de 6. De ahí que, aceptando tales cut-off points, el test merecería una especificidad del 100%, con una sensibilidad del 96%. Con un puntaje de corte de 5 aumen-

ta la sensibilidad (98%), perdiéndose especificidad (98%). (Ver cuadro 6.)

Con el CAGE, ningún paciente control es falsamente diagnosticado de alcohólico, aceptando los cut-off points de 2. El mismo puntaje de corte dejaría de diagnosticar al 4% de alcohólicos, con lo que también este test tendría una especificidad del 100%, con una sensibilidad del 96%. Con unos cut-off points de 1 la sensibilidad pasaría a ser del 100%, pero en detrimento de la especificidad (98%). (Ver cuadro 6.)

La línea divisoria o cut-off points propuestos en las respectivas versiones originales, de 6 puntos para el KFA y 2 para el CAGE, quedan corroborados en la versión española, y tendrían así una especificidad del 100%.

CUADRO 6

VALORACION DIAGNOSTICA		
Test KFA		
Cut-off points	Sensibilización	Especificidad
5 *	48/50 = 96	50/50 = 100
6	47/50 = 94	50/50 = 100
Test CAGE		
Cut-off points	Sensibilización	Especificidad
1	50/50 = 100	49/50 = 98
2 *	48/50 = 96	50/50 = 100

* Criterio propuesto.

Comentario

En la muestra de enfermos alcohólicos (grupo «a») se pudo pasar los tres cuestionarios sin dificultad ni reticencias, siendo en aquéllos el motivo de consulta precisamente su alcoholismo. En todos los casos el paciente cumplimenta las respuestas en presencia de un profesional, al que podía recurrir para pedir una aclaración en caso de duda. Dicha situación se presentó, aunque con escasa frecuencia, para el caso del MALT.

En el grupo «b», de enfermos presuntamente no alcohólicos, se detectó precisamente algún enfermo al aplicar el test MALT, siendo remitido al Dispensario Antialcohólico del propio Hospital de la Sta. Creu y desestimándose, por supuesto en tal caso, para la muestra control.

También en dicha población de hospital general los cuestionarios eran acogidos a menudo con cierta extrañeza y a veces con un cierto nerviosismo, sobre todo al ir avanzando las preguntas. Alguno sonreía, otros inquirían el porqué de tales cuestionarios, y en dos casos se observó un franco recelo. La encuestadora constató, en cambio, cómo, por lo

general, los cuestionarios despertaron interés sobre el tema, sobre el cual quisieron profundizar después los encuestados. Las dudas a la hora de interpretar las preguntas se presentaron sobre todo para el MALT, donde desconcertaban a los abstemios precisamente los ítems que dan por sobreentendido que se está bebiendo.

Es de señalar que, en los casos aceptados como control, pacientes catalogados por tanto de no alcohólicos a través del MALT (O y S), las puntuaciones más altas en los respectivos tests KFA y CAGE, aunque por debajo del puntaje de corte, correspondieron a 2 pacientes alcohólicos rehabilitados abstinentes, a 2 varones jóvenes y «marchosos» y a una enferma con antecedentes psicóticos.

Tanto la pasación como la corrección posterior de los cuestionarios KFA y CAGE resultaron ágiles en ambas muestras.

Los resultados obtenidos del estudio comparado de ambas muestras, para el KFA, denunciaron la no significación de 3 ítems, todos ellos referentes a connotaciones socioculturales de la ingesta abusiva. Creemos que su eliminación no merma la validez diagnóstica del test, quedando la línea divisoria tan lejos del número total de ítems y no correspondiendo ninguno de los eliminados a aquellos cuya positividad merecía 4 puntos.

Aceptando como puntaje de corte los 6 puntos propuestos por KFA original, obtenemos en su versión española una sensibilidad algo inferior (96% frente a 97%), pero una especificidad superior (100% frente a 87%) a la de aquélla, lo que nos llevaría a afirmar justamente lo contrario que sus autores: el KFA (CBA) resulta más específico que sensible. Empero, considerando que el test se destina tanto a la detección de alcoholismos encubiertos como a la de sujetos en situación prodrómica de ADS, pretendemos que el test resulte lo más sensible posible, sin renunciar a una especificidad aceptable, lo que nos lleva a proponer un nivel de cut-off points de 5, con el cual nos queda una sensibilidad y una especificidad de un 98%.

Para el caso del CAGE, curiosamente ponderado como no intimidante por sus autores, detectaría con mayor fidelidad síndromes de dependencia alcohólica o «problem drinkers» que sujetos en riesgo o bebedores abusivos (12). Su especificidad aumenta y su sensibilidad disminuye a medida que colocamos el punto de corte más alto. Sus autores consideran que, exigiendo 4 respuestas positivas, la absoluta especificidad implica una ausencia de sensibilidad. Con una puntuación de 2-3, el coeficiente de correlación sería de $r = 89$ (11). En nuestra experiencia, con cut-off points de 2, se obtiene un 100% de especificidad.

alidad con una sensibilidad de 96%, con lo que se cumplirían las expectativas con respecto a dicho cuestionario, al cual, dado el contenido de sus ítems, ha de pedírsele la máxima especificidad. La sensibilidad sería, en cambio, del 100%, reduciéndose al 98% la especificidad si estableciéramos el diagnóstico con sólo una pregunta positiva. Empero, el no concederle valor diagnóstico a una única respuesta afirmativa no implica que tal resultado no merezca ulterior investigación como sospechoso (13).

Conclusiones

1. Se confirma la hipótesis de que tanto el KFA como el CAGE son capaces de discriminar los sujetos alcohólicos frente a los no alcohólicos.

2. La concordancia de ambos tests dentro del grupo de alcohólicos no aparece en el grupo control, dada la amplificación del test KFA a sujetos de alto riesgo.

3. El poder discriminativo de cada ítem, dentro del test respectivo es corroborado, salvo para los ítems 13, 19 y 22 del KFA, a cuya supresión se procede.

4. Se proponen los siguientes **cut-off points** respectivamente:

KFA: 5 puntos, con una sensibilidad del 98% y una especificidad del 98%.

CAGE: 2 puntos, con una sensibilidad del 96% y una especificidad del 100%.

Dicha propuesta se fundamenta en la utilidad prevista para cada instrumento: dado que el CAGE alude a conductas alcoholómanas, nos interesa sobre todo su especificidad; en cambio, pretendiendo del KFA no sólo la detección de un alcoholismo ignorado, sino también la de sujetos en riesgo, preferimos primar en él la sensibilidad, sin renunciar a un alto grado de especificidad, como respeta el puntaje propuesto.

5. Ambos tests estudiados se consideran así **validados** en su versión española y dotados ambos de **sensibilidad y especificidad** muy elevadas.

6. El KFA tendría una máxima rentabilidad para estudios de grandes poblaciones presuntamente sanas (estudios epidemiológicos, revisiones médicas rutinarias, etc.), cuyas pautas alcohólicas podría revelar.

7. El test CAGE tendría utilidad para el médico a la hora de sospechar o detectar la presencia de un síndrome de dependencia alcohólica en una persona atendida por cualquier motivo, inclusive en el marco de un chequeo. Dado que el CAGE despierta suspicacias por lo incisivo de sus cuestiones, creemos que convendría camuflarlas en el contexto del protocolo médico empleado en cada circunstancia (hospital, ambulatorio, servicio

médico de empresa...). La inclusión de un par de parámetros biológicos, como la determinación de la GGT y del VCM, fácilmente obtenibles en el «setting» médico, informarían además acerca de la eventual alcoholización del sujeto. La utilización del CAGE camuflado y enriquecido no contradice la opinión de sus autores (12, 13).

Aceptando como diagnóstica de alcoholismo sólo una puntuación de 2 o más, la presencia de una única respuesta positiva cabría recogerla, empero, como «sospecha» y el paciente merecería un estudio más detallado.

8. Como **aplicaciones preferenciales** de cada test proponemos, en conclusión, las siguientes:

— **KFA**, cuyas siglas deben cambiarse por las de **CBA**:

- grupos de población general (estudios epidemiológicos).
- grupos grandes de poblaciones concretas (revisiones rutinarias).

Un resultado de 5 o más puntos indica la existencia de problema alcohólico, siquiera incipiente.

— **CAGE**:

- grupos de población «médica» (pacientes identificados, revisiones médicas).

Un resultado de dos o más respuestas positivas diagnostica la existencia de dependencia alcohólica. Una respuesta afirmativa induciría a sospechar que tal dependencia existe.

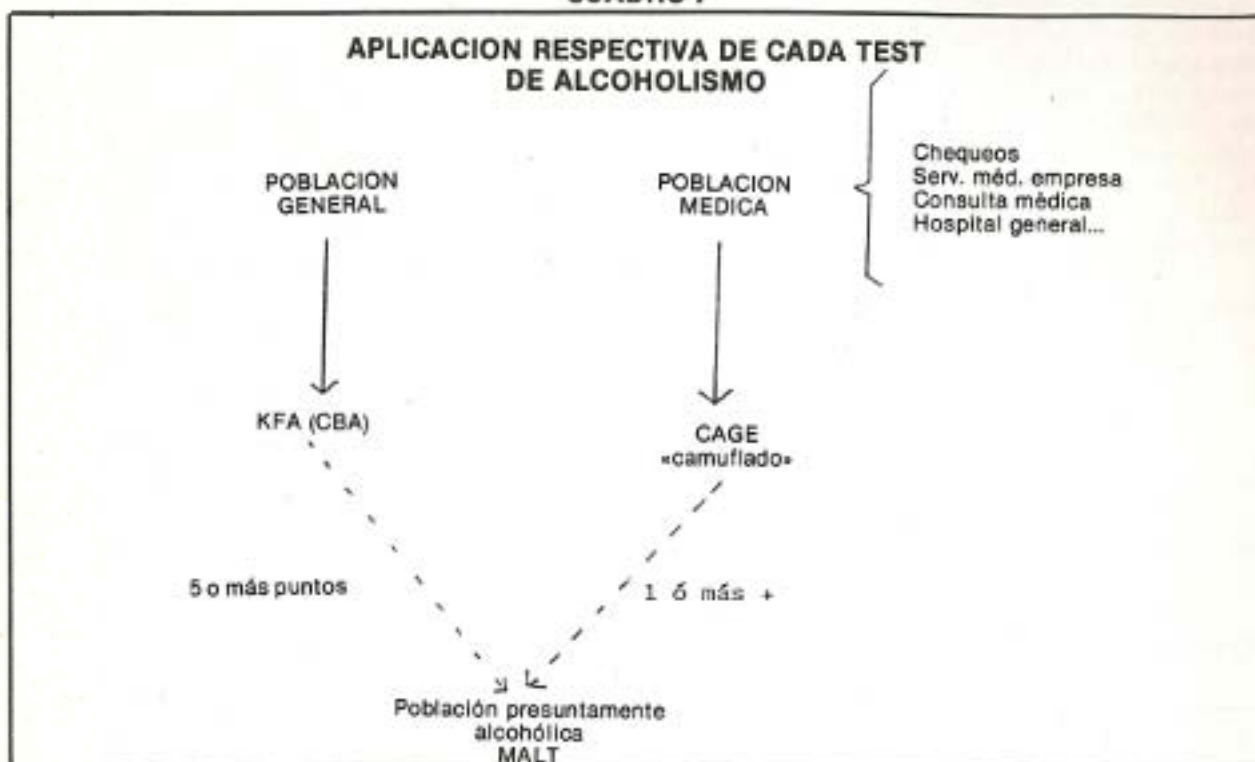
— **MALT**: este test, ya validado y empleado en esta investigación como criterio diagnóstico, tendría a su vez su indicación preferente, a saber:

- instrumento diagnóstico en manos del médico ante un paciente presuntamente alcohólico o en el que se desee objetivar su tipo de vinculación con el alcohol, poniendo de manifiesto desde su consumo hasta las consecuencias físicas y psicosociales derivadas del mismo.

Sería, pues, el test capaz de una mayor finura diagnóstica y al que debería recurrirse ante cualquier otro diagnóstico fortuito.

En resumen, consideramos que, validados cada uno de los tests aludidos, el **CBA**, el **CAGE** y el **MALT** no se excluyen respectivamente, sino que **se complementan** (ver cuadro 7).

CUADRO 7



BIBLIOGRAFIA

1. FEUERLEIN, W., et al. (1977). *Diagnose des alkoholismus. Der Münchner Alkoholismus Test (MALT)*. Münchner Med. Wschr. 119: 1.275-1.282.
2. FEUERLEIN, W., et al. (1979). *MALT: Münchner Alkoholismus Test. Manual. Beltz Test, Weinheim.*
3. RODRIGUEZ-MARTOS, A., et al. (1981). *MALT (Münchner Alkoholismus Test): cuestionario para el diagnóstico del alcoholismo: adaptación y validación en España*. Manuscrito no publicado. Comunicación a las IX Jornadas de Sociodrogalcohol, La Toja.
4. RODRIGUEZ-MARTOS, A., SUAREZ VAZQUEZ, R. M.^a (1983). *Findings with a modified version of the MALT (Münchner Alkoholismus Test) in Spanish Language*. Comunicación al VII Congreso Internacional de Psiquiatría. Viena.
5. RODRIGUEZ-MARTOS, A., SUAREZ VAZQUEZ, R. M.^a (1984). *MALT: versión española definitiva de este test para el diagnóstico del alcoholismo*. En «Drogodependencias: un reto multidisciplinario». San Sebastián, noviembre 1984. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Vitoria, 1984. Tomo 1: 67-80.
6. RODRIGUEZ-MARTOS, A., SUAREZ VAZQUEZ, R. M.^a (1984). *MALT (Münchner Alkoholismus Test). Validación de la versión española para este test para el diagnóstico del alcoholismo*. Rev. de Psiq. y Psic. Méd. de Europa y América Latinas. Tomo XVI, n.º 6, 421-432.
7. GORENC, K. D., et al. (1984). *A cross-cultural study: a comparison of German, Spanish and Ecuatorian Alcoholics using the Münchner Alkoholismus Test (MALT)*. Am. J. Drug Alcohol Abuse, 10 (3): 429-446.
8. GORENC, K. D., et al. (1985). *Die Alkohol-diagnose mit dem Münchner Alkoholismus Test in Ecuador: Vergleich mit den Ergebnissen der deutschen Studie*. Suchtgefahren, 31: 155-165.
9. FEUERLEIN, W., et al. (1976). *Kurzfragebogen für Alkoholgefährdete (KFA): eine empirische Analyse*. Arch. Psychiatr. Nervenkr. 222: 139-1.952.
10. HAF, CORD-MICHEL; FEUERLEIN, W. (1984). *Kreuzvalidierung und empirisch-statistische Analyse des Kurzfragebogens für Alkoholgefährdete (KFA) an einer Frauenstichprobe*. Suchtgefahren, 4. 266-272.
11. MAYFIELD, D., MC LEOD, G., HALL, P. (1974). *The CAGE Questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument*. Amer. J. of Psych. 131: 1.121-1.123.
12. BARRISON, I. G., et al. (1982). *Detecting excessive drinking among admissions to a general hospital*. Health Trends, n.º 3, vol. 14: 80-83.
13. EWING, J. A. (1984). *Detecting Alcoholism. The CAGE Questionnaire*. JAMA, 252: 1.905-1.907.