

## Validación de la escala CIWA en pacientes mexicanos con síndrome de supresión alcohólica

Kenia Hernández Andraca,\* Germán Vargas Ayala,\*\* Fidel Cerda Téllez,\*\*\* Alberto Melchor López,\*\*\*  
Saúl Huerta Ramírez,\*\*\*\* César Iván Elizalde Barrera\*\*\*\*

### RESUMEN

**Antecedentes:** los síntomas del síndrome de abstinencia de alcohol pueden cuantificarse y se recibe tratamiento cuando los síntomas exceden un umbral de severidad. El instrumento más utilizado para medir la severidad de este síndrome es la escala Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol Scale (CIWA Shaw y colaboradores 1981), modificada en 1989 (CIWA-Ar).

**Objetivo:** validar la escala CIWA, en español, en pacientes mexicanos con síndrome de supresión alcohólica.

**Pacientes y método:** estudio transversal, analítico efectuado en sujetos mexicanos con diagnóstico de síndrome de abstinencia al alcohol. La escala CIWA-Ar fue traducida del inglés al castellano y se estudió con análisis de confiabilidad y validez del instrumento de medición de la severidad del síndrome de abstinencia de alcohol.

**Resultados:** se aplicó la escala CIWA-Ar en español a 71 sujetos con síndrome de abstinencia de alcohol. El índice de consistencia interna del instrumento fue de 0.894. Al correlacionar cada ítem con el total del instrumento se encontraron índices con baja correlación en dos ítems: 1) cefalea  $r = 0.091$  y 2) náusea-vómito  $r = 0.271$ , con un nuevo valor de confiabilidad de la escala si se eliminan estos ítems de 0.912 y 0.905, respectivamente, por lo que se sugiere que se podrían eliminar. La confiabilidad test-retest ( $\rho$ ) fue de 0.843; en el análisis de correlación de Pearson los resultados fueron:  $r^2 = 0.835$  y una  $r = 0.9140$ .

**Conclusión:** la escala CIWA-Ar en castellano es un instrumento de medición confiable y con validez para determinar la severidad del síndrome de abstinencia de alcohol en población mexicana.

**Palabras clave:** escala CIWA-Ar en castellano, severidad del síndrome de abstinencia de alcohol, validez y confiabilidad.

### ABSTRACT

**Background:** The symptoms of alcohol withdrawal can be quantified and treated only when symptoms exceed a threshold of severity. The instrument used to measure the severity of this syndrome is the scale: Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol Scale (CIWA Shaw et al 1981), amended in 1989 to: CIWA-Ar, this scale has been shown effective in determining the severity.

**Objective:** Validate CIWA scale, in Spanish, Mexican patients with deletion syndrome alcoholic.

**Materials and methods:** Cross-sectional survey in Mexican subjects with a diagnosis of alcohol withdrawal syndrome. CIWA-Ar scale was translated from English to Castilian and studied analysis of reliability and validity of the instrument for measuring the severity of alcohol withdrawal syndrome.

**Results:** 71 subjects with alcohol withdrawal to that applied to CIWA-Ar scale in Spanish. The index of internal consistency of the instrument was 0.894; by correlating each item with the total instrument, we find low correlation indexes 2 items: 1) Headache  $r = 0.091$  and 2) Nausea, vomiting,  $r = 0.271$ , with a new value of reliability of the scale if these items are removed 0.912 and 0.905 respectively, it is suggested that could be eliminated. Re-test reliability test:  $\rho = 0.843$ , The Pearson correlation analysis results were:  $r^2 = 0.835$  and  $r = 0.9140$ .

**Conclusion:** The CIWA-Ar scale in Spanish, is a reliable and valid measuring instrument to determine the severity of alcohol withdrawal syndrome in Mexican population.

**Key words:** CIWA-Ar scale in Spanish, severity of alcohol withdrawal syndrome, validity and reliability

\* Residente del cuarto año de Medicina Interna. Hospital General Ticomán.

\*\* Jefe de servicio de Medicina Interna. Hospital General Ticomán.

\*\*\* Médico adscrito al servicio de Medicina Interna. Hospital General Xoco.

\*\*\*\* Médico adscrito al servicio de Medicina Interna. Hospital General Ticomán. México, DF

kenheran@hotmail.com

Recibido: 27 de noviembre 2011. Aceptado: enero 2012

Este artículo debe citarse como: Hernández-Andraca K, Vargas-Ayala G, Cerda-Téllez F, Melchor-López A, Huerta-Ramírez S, Elizalde-Barrera CI. Validación de la escala CIWA en pacientes mexicanos con síndrome de supresión de alcohol. Med Int Mex 2012;28(2):103-111.

Correspondencia: Dra. Kenia Hernández Andraca. Tollan 100 departamento 2, colonia La Raza. México 02990 DF. Correo electrónico:

**E**l alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida en México. La ingestión de esta sustancia tiene consecuencias adversas para la salud: alcoholismo, daño hepático, algunos cánceres, etc.<sup>1</sup>

El síndrome de abstinencia de alcohol lo padecen individuos con consumo crónico de esta sustancia que lo disminuyen o lo suspenden por completo en forma brusca.<sup>1,2,4</sup>

El DSM-IV incluye este cuadro en el apartado de trastornos inducidos por sustancias, que lo define con base en tres criterios:

- 1) Un síndrome específico de una sustancia debido al cese o reducción de su consumo prolongado y en grandes cantidades.
- 2) El síndrome específico de la sustancia causa un cuadro clínico específico, deterioro de la actividad laboral y social o en otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- 3) Los síntomas no se deben a otra enfermedad orgánica y no se explican por otro trastorno mental.<sup>2-6,21,23</sup>

La historia clínica y el examen físico establecen el diagnóstico. Los datos importantes en la historia clínica incluyen:

- a) Cantidad ingerida de alcohol, duración de su consumo, tiempo de abstinencia, antecedentes de síndrome de abstinencia de alcohol, condiciones psiquiátricas y abuso de otras drogas.
- b) Los síntomas y signos de abstinencia pueden agruparse en tres categorías: hiperexcitabilidad del sistema nervioso central, hiperexcitabilidad del sistema nervioso autónomo y alteraciones cognitivas.<sup>2,3,7,10,21,22,23</sup>

Los síntomas del síndrome de abstinencia de alcohol pueden cuantificarse y con base en ello el paciente recibirá tratamiento sólo cuando los síntomas exceden el umbral de severidad. Este método es tan eficaz como la terapia de dosis fija; además, se requiere menos medicación. Las benzodiazepinas son el tratamiento de elección.<sup>1,2,5,7,8,9,11,12,14</sup>

Se han diseñado varias escalas clínicas para valorar la severidad del síndrome de abstinencia alcohólica.<sup>6,15,16,19,20</sup> El instrumento más utilizado para medir la severidad de este síndrome y facilitar el tratamiento según los

síntomas es la Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol Scale (CIWA Shaw y colaboradores 1981), modificada en 1989 (The Revised Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol Scale (CIWA-Ar) que ha demostrado ser eficaz para determinar qué pacientes requieren tratamiento farmacológico activo. Este instrumento de medición clasifica los grados de severidad del síndrome en una escala de puntos y establece un plan de tratamiento con base en la puntuación total obtenida. Se considera abstinencia leve cuando la puntuación es de 8, moderada si está entre 8 y 15 y severa si es superior a 15. Se sugiere iniciar tratamiento cuando la puntuación es mayor de 10.<sup>1,2,5,9,13,14,16,17,19,20,21</sup>

Esta escala, validada en inglés, que es su idioma original, se ha estudiado y utilizado por muchos grupos en diferentes centros clínicos (hospitales y clínicas de desintoxicación) en pacientes sin complicaciones; debido a la facilidad de su uso se ha utilizado en otros grupos de pacientes no representados en el estudio de validación inicial. Sin embargo, esto plantea algunos problemas para utilizar adecuadamente la escala CIWA-Ar porque los pacientes deben tener un historial de días de consumo de alcohol y ser capaces de comunicarse. Un estudio reciente informó que 48% de sus pacientes no cumplía estos dos criterios, como resultado un alto porcentaje de pacientes recibieron tratamiento innecesario. Otro problema es que está escrita en inglés, por eso se recomienda la utilización de instrumentos con propiedades psicométricas reconocidas y que hayan sido adaptados y validados en el idioma de la población a estudiar.<sup>13,15,21,23,24,25</sup>

El aprendizaje y capacitación en su utilización por parte de personal sanitario calificado no es un proceso complejo. El hecho de que su ventaja resida en la posibilidad de dirigir el tratamiento según la gravedad de los síntomas obliga a utilizar la escala CIWA-Ar varias veces al día, incluso cada hora en pacientes con abstinencia moderada-severa. Esto puede restringir su aplicación a la práctica clínica diaria en hospitales con poco personal médico.

### Planteamiento del problema

El alcoholismo es una enfermedad que afecta a toda la sociedad sin distinción de raza ni condición social. Existen investigaciones que reportan los problemas de salud relacionados con la ingestión de alcohol; cuando se producen cuadros agudos como el síndrome de abstinencia

**ESCALA DE VALORACIÓN DE SEVERIDAD DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA AL ALCOHOL**

Paciente \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_  
 Fecha \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ hrs.  
 Pulso o FC: \_\_\_\_\_ TA: \_\_\_\_\_

**NÁUSEA Y VÓMITO:** Preguntar ¿Se siente enfermo del estómago? ¿Ha vomitado? Observación:

- 0 No náusea y no vómito.
- 1 Náusea leve, no vómito.
- 2
- 3
- 4 Náusea intermitente con arcadas, no vómito.
- 5
- 6
- 7 Náusea constante, arcadas frecuentes y vómito.

**TEMBLOR:** pedir al paciente que extienda los brazos y separe los dedos. Observación:

- 0 Sin temblor.
- 1 No visible pero puede sentirse al tocar las yemas de los dedos.
- 2
- 3
- 4 Moderado, con los brazos extendidos.
- 5
- 6
- 7 Severo aun con los brazos no extendidos.

**SUDORACIÓN PAROXÍSTICA**

Observación:

- 0 Sudoración no visible
- 1 Sudoración apenas perceptible, palmas húmedas
- 2
- 3
- 4 Gotas de sudor en la frente.
- 5
- 6
- 7 Empapado de sudor.

**ANSIEDAD:** Pregunte: ¿Se siente nervioso? Observación:

- 0 Sin ansiedad.
- 1 Ansiedad leve.
- 2
- 3
- 4 Ansiedad moderada o en vigilancia así se infiere la ansiedad.
- 5
- 6
- 7 Equivalente a estado de pánico agudo como se ve en el delirium severo o en reacciones esquizofrénicas agudas.

de alcohol se necesita, incluso, valorar la hospitalización para el adecuado tratamiento y evitar complicaciones graves e, incluso, la muerte. Este problema de salud seguirá presentándose con frecuencia en los servicios médicos.

En nuestro caso, el servicio de Medicina Interna de los hospitales de la Secretaría de Salud del Distrito Federal. Por esta razón los autores consideramos que es necesario tener un conocimiento exacto y pautas claras de abordaje para el diagnóstico y tratamiento. Por esto anhelamos que la escala CIWA-Ar al validarse en español para población mexicana se utilice como una escala de medición de severidad por el personal a cargo de los servicios de salud que atiendan a estos pacientes. Esto se traducirá en la atención homogénea de tratamiento por parte del personal de salud, mediante el establecimiento de medidas de eficacia y seguridad para el paciente y su familia.

**PACIENTES Y MÉTODO**

Estudio transversal y analítico efectuado en 71 pacientes. La muestra se seleccionó al azar entre la población de estudio. Éste se condujo en el Hospital General Xoco y Hospital General Ticomán entre enero de 2010 y julio de 2011. Los criterios de inclusión fueron: sujetos con diagnóstico de síndrome de abstinencia de alcohol, mayores de 18 años de edad, excepto pacientes con antecedente de TCE, intoxicación por metanol u otras drogas (cocaína, cannabis etc.) o enfermedad psiquiátrica previa.

Para el desarrollo de la investigación:

- Se seleccionó el mejor instrumento de medición para determinar la severidad del síndrome de abstinencia de alcohol: la escala CIWA-Ar en inglés.
- Se tradujo el instrumento del idioma inglés al español y, posteriormente, del español al inglés. El autor principal realizó la primera traducción del inglés al español, posteriormente se hizo la traducción del español al inglés. Esta traducción la efectuó un traductor bilingüe sin conocimientos médicos. Las diferentes traducciones las analizó un comité de revisión (investigadores participantes) quienes propusieron mejoras y cambio en los ítems. Ese ajuste se hizo teniendo en cuenta la definición conceptual, hasta conseguir preguntas adecuadamente formuladas para el grupo de pacientes en estudio. La presentación del formato se determinó para la escala CIWA-Ar en castellano. (Anexo 1)
- Se realizó una prueba piloto (con el instrumento traducido al español) en 15 sujetos (n=5 residentes de Medicina interna, n=5 residentes de Urgencias, n=5 pacientes con síndrome de abstinencia de al-

cohol con severidad leve) que cumplieron con los criterios de selección. El propósito fue valorar la comprensión de los ítems, la ambigüedad de estos, frecuencia de respuesta, intervalo de respuesta, utilidad de la escala a través del tiempo para revalorar el instrumento, necesidad de capacitación y facilidad de calificación.

- La validez de apariencia de este estudio piloto se determinó por el criterio del comité de revisión, a quienes se proporcionó la propuesta teórica y las definiciones operacionales. Para la aceptación de los ítems se consideró el 90% de acuerdo entre los participantes y el comité de revisión. Mediante este proceso se realizaron cambios de palabras para mayor comprensión de los rubros, evitar ambigüedad y restricción de rango de respuesta, estuvieron de acuerdo en los cambios en 100%, lo que resultó en la escala CIWA-Ar en castellano (Anexo 1).
- Se aplicó el instrumento de medición: la escala CIWA-Ar en castellano, en el tamaño de muestra obtenida;  $n = 71$  hombres y mujeres mayores de 18 años de edad, con diagnóstico de síndrome de abstinencia de alcohol.
- Cada paciente tuvo dos mediciones con la escala CIWA-Ar en castellano, definido como medición inicial y segunda medición para análisis estadísticos como: test-retest, análisis de varianzas de medidas repetidas y coeficiente de correlación de Pearson. Con el fin de que los cambios de medición de la escala, cuando se aplica en diferente momento y determinar si permanece estable ante la condición que se mide, manteniendo un resultado similar y cómo se relacionan estas mediciones para medir el fenómeno estudiado.

#### Plan de análisis estadístico

Se calcularon frecuencias absolutas del grado de severidad del síndrome de abstinencia al alcohol entre las dos mediciones. En el análisis de confiabilidad se evaluó la consistencia interna mediante el estadístico alfa de Cronbach. Para calcular el coeficiente de correlación intra-clase se utilizó un análisis de varianza de mediciones repetidas para medir la confiabilidad test-retest. Otros métodos estadísticos utilizados fueron: correlación de Pearson, prueba t para muestras relacionadas. Se consideró

significación estadística cuando la  $p \leq 0.05$ . Se utilizó el paquete estadístico SPSS para Windows versión 19.

Al inicio, los familiares firmaron el consentimiento informado y cuando el paciente estuvo en condiciones lo confirmó.

## RESULTADOS

De 71 pacientes con síndrome de abstinencia al alcohol evaluados con la escala CIWA-Ar en castellano hubo una media de edad de  $42.42 \pm 8.3$  años y sólo una mujer formó parte del estudio (1.41%) (Figuras 1 y 2). En el análisis de reproducibilidad se clasificaron, inicialmente, 18 pacientes en forma leve (25.35%), 13 en moderada (18.31%) y 40 en severa (56.33%), con una media de  $2.31 \pm 0.855$ ; y en la segunda evaluación 13 pacientes en leve (18.31%), 16 en moderada (22.53%) y 42 en severa (59.15), con una media de  $2.41 \pm 0.785$ , respectivamente. (Figuras 3 y 4).

En el análisis de confiabilidad se mostró un alfa de Cronbach de 0.894.

Al correlacionar cada ítem con el total del instrumento se encontraron dos ítems que no eran significativos: 1) náusea-vómito  $r = 0.271$ ; 2) cefalea  $r = 0.091$  (Cuadro 1). Este resultado fue consistente en uno de los ítems en el análisis de reproducibilidad, (Cuadro 2) cefalea  $r = 0.143$ , con un nuevo valor de confiabilidad si se elimina este elemento, alfa de Cronbach 0.912 y 0.905, respectivamente. Esto da ítems con mediciones no significativas para evaluar la gravedad del síndrome de abstinencia de alcohol por lo que pueden eliminarse.

Se aplicó una prueba de Spearman para correlaciones entre los puntajes de ambas mediciones y se tuvo un valor de Rho de 0.886 ( $p = 0.001$ ).

También se calculó la confiabilidad test-retest mediante el modelo de análisis de varianza de medidas repetidas con un  $pI = 0.843$ .

En el Cuadro 3 están los resultados de una prueba t para muestras relacionadas. Este análisis se realizó para conocer los cambios antes y después de la aplicación de la escala CIWA-Ar en castellano. En todos los ítems sólo se encontraron diferencias significativas entre sus medias en el ítem náusea-vómito, con una  $t_{(70)} = -2.333$ ;  $p < 0.023$ ; con una media de 0.85.

Para medir el grado de relación entre las dos mediciones de la escala CIWA-Ar se hizo análisis de correlación

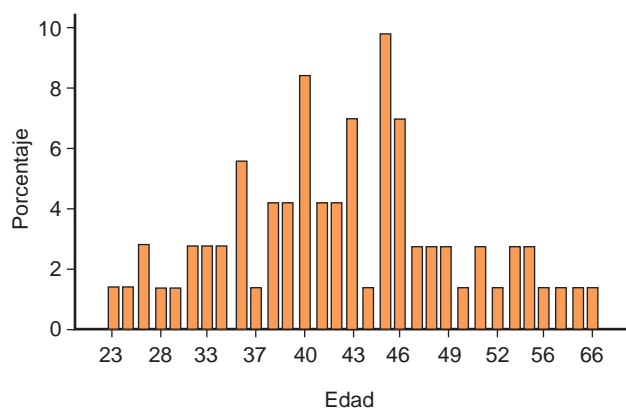


Figura 1. Edad de los sujetos.

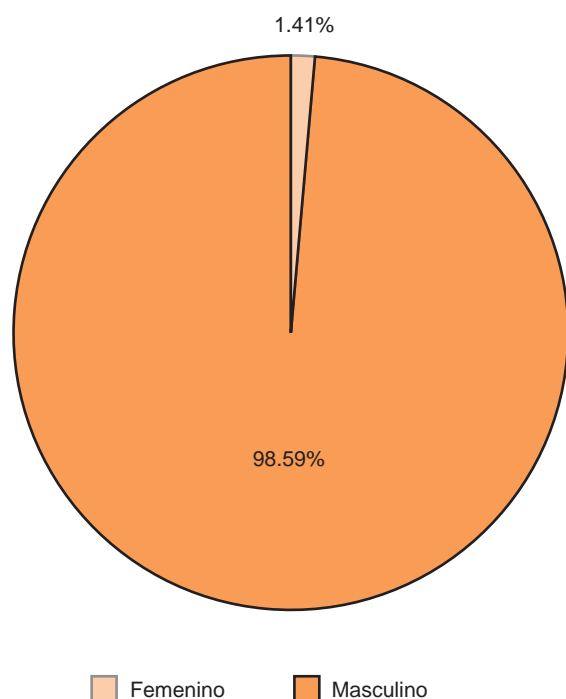


Figura 2. Género del encuestado.

de Pearson y los resultados fueron:  $r^2 = 0.835$  y una  $r = 0.9140$  (Figura 5).

## DISCUSIÓN

Este estudio epidemiológico está relacionado con la validación de escalas, en este caso una escala de severidad del síndrome de abstinencia de alcohol (escala CIWA-Ar traducida al español). La medición de salud de un sujeto

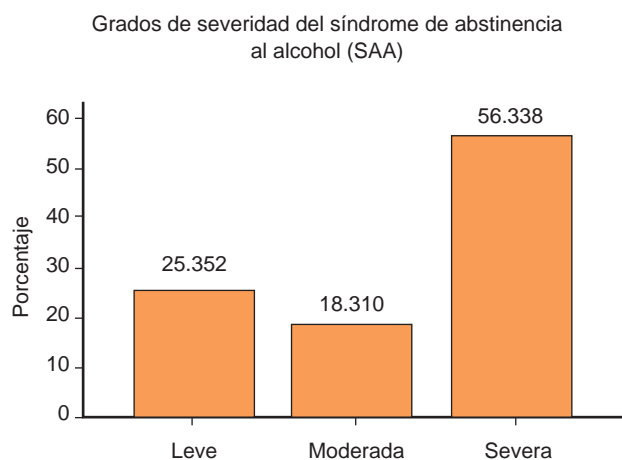


Figura 3. Representación esquemática de la clasificación inicial del grado de severidad del SAA con la escala CIWA-Ar en castellano.

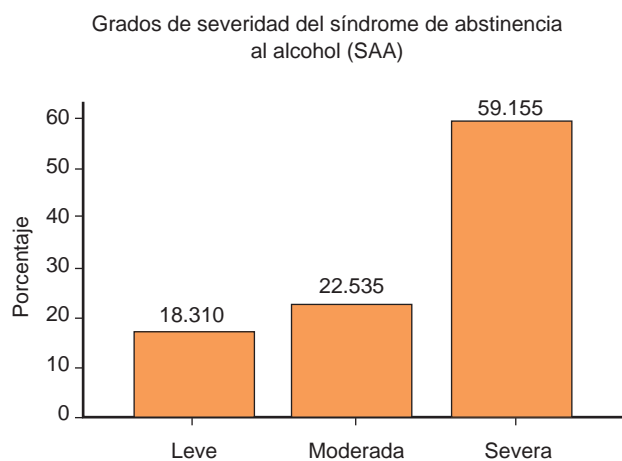


Figura 4. Representación esquemática de la segunda evaluación del grado de severidad del SAA con la escala CIWA-Ar en castellano.

en estudio puede hacerse a través de indicadores en los que un investigador hace una apreciación, convirtiéndolos en instrumentos de medición en los que deben realizarse pruebas de exactitud y confiabilidad. En este estudio, mediante los datos obtenidos de la aplicación de la escala a validar, se realizaron métodos estadísticos de confiabilidad y validez; los resultados fueron indicadores de que la escala CIWA-Ar en español puede considerarse un instrumento de medición fiable y con validez para evaluar la severidad del síndrome de abstinencia de alcohol en población mexicana. El tiempo de aplicación del instrumento fue de 5 a 8 minutos y fue fácil de calificar. El tiempo

**Cuadro 1.** Se relacionó cada ítem con el total del instrumento, resultando dos ítems con baja correlación: 1) náusea-vómito y 2) cefalea con aumento de la confiabilidad del instrumento si se elimina el elemento.

	<i>Validez de los ítems</i>			
	<i>Media de la escala si se elimina el elemento</i>	<i>Varianza de la escala si se elimina el elemento</i>	<i>Correlación ítems-test</i>	<i>Alfa de Cronbach si se elimina el elemento</i>
1 Náusea-vómito	18,94	158,140	0,271	0,905
2 Temblor	16,08	124,021	0,830	0,871
3 Sudoración	17,32	128,508	0,735	0,879
4 Ansiedad	17,80	129,989	0,722	0,880
5 Alteraciones táctiles	18,86	154,008	0,403	0,898
6 Alteraciones auditivas	18,20	131,446	0,876	0,870
7 Alteraciones visuales	17,87	126,369	0,880	0,867
8 Cefalea	18,83	165,028	0,091	0,912
9 Agitación	16,62	122,782	0,840	0,870
10 Orientación	17,56	148,907	0,672	0,887

**Cuadro 2.** También se relacionó cada ítem con el total del instrumento en el análisis de repetibilidad, con una consistencia en el ítem cefalea como sugerente que se pudiera eliminar porque mejora la confiabilidad del instrumento.

	<i>Validez de los ítems</i>			
	<i>Media de la escala si se elimina el elemento</i>	<i>Varianza de la escala si se elimina el elemento</i>	<i>Correlación ítems-test</i>	<i>Alfa de Cronbach si se elimina el elemento</i>
Náusea-vómito <sup>2</sup>	19,85	148,447	,509	,890
Temblor <sup>2</sup>	17,25	130,449	,772	,871
Sudoración <sup>2</sup>	18,32	132,108	,742	,874
Ansiedad <sup>2</sup>	18,82	134,266	,759	,872
Alteraciones táctiles <sup>2</sup>	20,06	157,940	,404	,895
Alteraciones auditivas <sup>2</sup>	19,52	142,482	,773	,873
Alteraciones visuales <sup>2</sup>	19,15	137,704	,838	,868
Cefalea <sup>2</sup>	20,01	168,986	,143	,907
Agitación <sup>2</sup>	17,69	133,417	,765	,872
Orientación <sup>2</sup>	18,83	156,371	,627	,885

<sup>2</sup> Es la segunda evaluación para análisis de repetibilidad de la escala CIWA-Ar en castellano.

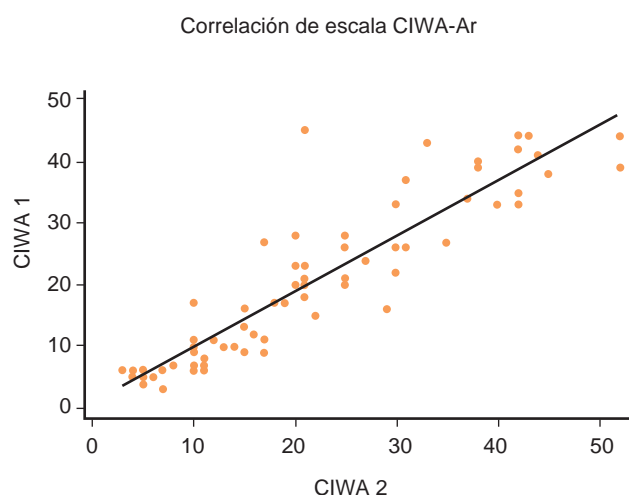
entre la primera y segunda medición fue de 15 minutos. Los pacientes representaron una muestra aleatoria de la población estudiada. Se observó mayor número de casos en el grupo de edad de 40 años. La alta frecuencia de este

padecimiento en este grupo de edad quizá se relacione con mayor tiempo de ingestión de alcohol. En cuanto al género sólo uno era femenino. Esta diferencia entre hombres y mujeres muestra mayor proporción del padecimiento en



**Cuadro 3.** Análisis (prueba t) para conocer los cambios antes y después de la aplicación de la escala CIWA-Ar en castellano

	<i>Diferencias relacionadas de los ítems</i>					
	<i>Media</i>	<i>DS</i>	<i>IC, 95% para la diferencia</i>		<i>t</i>	<i>t</i>
			<i>Inferior</i>	<i>Superior</i>		
Náusea-vómito – náusea-vómito	-,366	1,323	-,679	-,053	-2,333	0,023
Temblor – temblor	-,099	1,148	-,370	,173	-0,723	0,472
Sudoración – sudoración	-,268	1,287	-,572	,037	-1,752	0,084
Ansiedad – ansiedad	-,254	1,592	-,630	,123	-1,342	0,184
Táctiles – táctiles	-,070	1,313	-,381	,240	-0,452	0,653
Auditivas – auditivas	,056	1,081	-,199	,312	0,439	0,662
Visuales – visuales	,014	,886	-,196	,224	0,134	0,894
Cefalea – cefalea	-,085	,824	-,279	,110	-0,864	0,390
Agitación – agitación	-,197	1,238	-,490	,096	-1,342	0,184
Orientación – orientación	,000	,878	-,208	,208	0	,000

**Figura 5.** Para medir el grado de correlación entre las dos mediciones de la escala CIWA-Ar se realizó el análisis de correlación de Pearson.

los hombres, porque para la muestra no hubo restricción con respecto al género a la hora de elegir a los sujetos.

La búsqueda de un punto de correlación que indicara que los ítems medían dominios diferentes del mismo fenómeno, encontró un índice de consistencia interna aceptable:  $\alpha = 0.894$ . Al evaluar la estabilidad del

instrumento de medición relacionada con el tiempo de aplicación, se utilizó el coeficiente de correlación intraclass, que fue de 0.843. El resultado indica que 84% de la varianza en los puntajes depende de la verdadera varianza entre los sujetos, concordancia casi perfecta de acuerdo con la escala propuesta por Landis y Koch; otorgándose una confiabilidad test-retest aceptable. Al correlacionar cada ítem con el total del instrumento para calcular la validez de cada ítem, se observó que los ítems: náusea-vómito y cefalea no fueron significativos para la medición del instrumento. Dio la sensación inicial de que podría eliminarse; con un nuevo valor de confiabilidad si se elimina este elemento de 0.912 y 0.905, respectivamente. En la segunda medición, en el ítem cefalea, con un nuevo valor de confiabilidad de la escala si se elimina este elemento de 0.907. En el análisis de correlación de Pearson se observa que los ítems están estrechamente relacionados con una tendencia lineal de manera positiva, lo que se afirma que la relación no se debió al azar. Sin embargo, existen algunas limitaciones en el estudio:

En la mayor parte de los estudios de validación de escalas se incluye, generalmente, otro instrumento que mida el mismo fenómeno a estudiar, con el propósito de asegurar la fiabilidad y validez del nuevo instrumento a validar. En nuestro estudio no comparamos con otro

instrumento de medición; sin embargo, sabiendo que existen métodos que se han tomado como validaciones sin serlo (sólo traducciones o sólo pruebas de concordancia), se decidió utilizar los métodos estadísticos de confiabilidad y validez sugeridos por organizaciones de expertos en este tema de validación. Con el propósito de respaldar que los resultados sean confiables, porque esto dará validez a las conclusiones, y quizá sea una base en la toma de decisiones clínicas que se apoyen en esta investigación.

Un aspecto positivo fue que la escala CIWA-Ar es el patrón de referencia para determinar la severidad del síndrome de abstinencia de alcohol.

En el futuro será necesario mejorar este estudio con una nueva escala CIWA-Ar en español que se propone sea con 8 o 9 ítems (dependiendo de si el investigador decide eliminar 1 o los 2 ítems con menor validez reportados en este estudio) contra la escala CIWA-Ar en español con 10 ítems para determinar la validez de una nueva escala propuesta.

## CONCLUSIÓN

Los resultados indican que los ítems de menor validez y fiabilidad para la ayuda de medición del instrumento en el grado de severidad del síndrome de abstinencia de alcohol fueron el ítem cefalea y el ítem de náusea-vómito por lo que se sugiere que podrían eliminarse porque las diferencias observadas concluyen que no tienen una validez estadísticamente significativa para la ayuda en la medición de la severidad del síndrome de abstinencia de alcohol y, además al eliminarlos, incrementan la confiabilidad de la escala.

Tras los análisis realizados puede concluirse que la escala CIWA-Ar en español es un instrumento de medición confiable y con validez para determinar la severidad del síndrome de abstinencia de alcohol en población mexicana. Esto porque demostró consistencia interna y confiabilidad prueba-reprueba satisfactoria, de fácil aplicación, sin requerir adiestramiento complejo. Por todo esto es que se propone la utilización de esta escala, para su aplicación generalizada en todas las unidades hospitalarias que atiendan pacientes con síndrome de abstinencia de alcohol.

## REFERENCIAS

1. Kosten TR, O'Connor PG. Management of drug and alcohol withdrawal. *New England J Medicine* 2003;348:1786-1795.
2. Bayard M, McIntyre J, Hill KR, Woodside J. Alcohol withdrawal syndrome. *Am Fam Physician* 2004;69:1443-1450.
3. Jeffrey A. Kraut and Ira Kurtz; Toxic alcohol ingestions: clinical features, diagnosis, and management. *Clin J Am Soc Nephrol* 2008;3: 208-225.
4. Worby PA, Organista KC. Alcohol use and problem drinking among male Mexican and central American immigrant laborers. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences* 2007;29(4):413-455.
5. Mayo-Smith MF, Beecher LH, Fischer TI, Gorelick DA, et al. Management of alcohol withdrawal delirium. *Arch Intern Med* 2004;164:1405-1412.
6. Palmstierna T. A model for predicting alcohol withdrawal delirium. *Psychiatric Services* 2001;52:820-823.
7. Holbrook AM, et al. Diagnosis and management of acute alcohol withdrawal. *CMAJ* 1999;160:675-680.
8. Fiscella K, Pless N, Meldrum S, Fiscella P. Alcohol and opiate withdrawal in US jails. *Am J Public Health* 2004;94:1522-1524.
9. Holbrook AM, Crowther R, Cheng Ch. Meta-analysis of benzodiazepine use in the treatment of acute alcohol withdrawal. *CMAJ* 1999;160:649-655.
10. Patkar AA, Gopalakrishnan R, Naik PC, Murray HM, et al. Changes in plasma noradrenaline and serotonin levels and craving during alcohol withdrawal. *Alcohol & alcoholism* 2003;38(3):224-231.
11. Lucht M, Kuehn KU, Armbruster J, Abraham G, et al. Alcohol withdrawal treatment in intoxicated vs non-intoxicated patients: a controlled open-label study with tiapride/carbamazepine, clomethiazole and diazepam. *Alcohol & alcoholism* 2003;38(2):168-175.
12. Spies CD, and Hans Rommelspacher alcohol withdrawal in the surgical patient: prevention and treatment. *Anesth Analg* 1999;88:946-954.
13. Foy A, Kay J, Taylor A. The course of alcohol withdrawal in a general hospital. *Q J Med* 1997;90:253-261.
14. Daepfen JB, Gache P, Landry U, Sekera E, et al. Symptom-triggered vs fixed-schedule doses of benzodiazepine for alcohol withdrawal. *Arch Intern Med* 2002;162:1117-1121.
15. Sullivan JT, Kathy Sykora CHB, Schneiderman J, et al. Assessment of Alcohol Withdrawal: the revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-Ar). *British Journal of Addiction* 1989;84:1353-1357.
16. Wetterling T, Weber B, Depfenhart M, Schneider B Junghanns K. Development of a rating scale to predict the severity of alcohol withdrawal syndrome. *Alcohol & alcoholism* 2006;41(6):611-615.
17. Bostwick JM, Lapid MI. False positives on the clinical institute withdrawal assessment for alcohol-revised: is this scale appropriate for use in the medically ill? *Psychosomatics* 2004;45:3.
18. Naik PC, Lawton J, Brownell W. Comparing general practitioners and specialist alcohol services in the management of alcohol withdrawal. *Psychiatric bulletin* 2000;24:214-215.



19. Williams D, Lewis J, McBride A. A comparison of rating scales for the alcohol- withdrawal syndrome. *Alcohol & alcoholism* 2001;36(2):104-108.
20. Wetterling T, Kanttz RD, Besters B, Fischer D, et al. A new rating scale for the assessment of the alcohol-withdrawal syndrome (aws scale). *Alcohol & alcoholism* 1997;32(6):753-760.
21. Sarff MC, Gold JA. Alcohol withdrawal syndromes in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2010;38(9).
22. Alcohol Alert number 72 April 2007. *Alcohol Research & health* 2007;30(1).
23. Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas: Informe sobre Alcohol. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid: 2007. En: Guías de recomendaciones del alcohol España.
24. Saiz PA, G-Portilla MP, Paredes, MB, Bascarán MT, Bobes J. Instrumentos de evaluación en alcoholismo. *Adicciones* 2002;14, Supl 1.
25. Management of substance abuse, process of translation and adaptation of instruments, World Health Organization, (fecha de consulta: 18 de febrero del 2011) disponible en <[http://www.who.int/substance\\_abuse/research\\_tools/translation/and/adaptation/of\\_instruments](http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/and/adaptation/of_instruments)>.