

## **DETECCIÓN TEMPRANA DE CONSUMO PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL VALIDACIÓN DEL MAST Y DEL CAGE PARA COSTA RICA**

Luis Sandí Esquivel  
Darío Molina Di Palma

### **RESUMEN**

*Dada la alta prevalencia del problema de alcoholismo en el país y la importancia de tratar tempranamente estos problemas, mediante la detección precoz, se validaron para el medio costarricense el Michigan Alcoholism Screening Test (Mast) y el CAGE. Se realizó un estudio de casos, y controles con 119 pacientes alcohólicos y 88 sujetos sin problemas con el alcohol. Con base en las preguntas más discriminativas del MAST se elaboró una versión abreviada (MAST-A). Ambos instrumentos presentaron una alta capacidad para detectar problemas con el consumo de alcohol.*

### **ABSTRACT**

*Given the high prevalence of alcoholism in Costa Rica, and the importance of treatment the disease in its early stages, through early detection. The Michigan Screening Test (MAST) and the CAGE were validated for Costa Rica. A case control study was done in 119 alcoholics (cases), and 88 subjects without alcohol problems (controls). Based on the most discriminant items an abbreviated version on the MAST was elaborated. Both instruments demonstrated a high capacity to detect problems with the use of alcohol.*

### **INTRODUCCIÓN**

El consumo de alcohol y sus consecuencias constituye uno de los principales problemas de salud pública en Costa Rica. En el últi-

mo estudio nacional, realizado en 1995, en la población de 12 a 70 años, se encontró que un 62% de la población había consumido alcohol alguna vez en la vida, y que, el 6,9% tenía problemas de dependencia al alcohol, un

9,7% era de consumidores excesivos, y una de cada cuatro personas había consumido en el último mes<sup>1</sup>. En el proyecto de vigilancia epidemiológico que se realizó en los hospitales, también se ha encontrado un consumo frecuente de alcohol. Por ejemplo, en el Hospital San Juan de Dios, en 1994, un 35% de los pacientes había consumido alcohol en el último año, mientras que en 1995 consumió un 47%<sup>2 3</sup>. En otro estudio nacional realizado en adolescentes de 10 a 18 años, aproximadamente uno de cada dos jóvenes había consumido alcohol en el último año, y se encontró una relación estadísticamente significativa entre el consumo de alcohol, sin importar la frecuencia y cantidad, y la presencia de alteraciones en el funcionamiento académico, conductual, social, recreativo y con las amistades<sup>4</sup>. De acuerdo con lo anterior es claro que el consumo de alcohol es una conducta muy frecuente en el país.

El consumo de alcohol se ha asociado a una gran variedad de consecuencias. En estudios internacionales se ha encontrado que el consumo de alcohol es la causa primaria de muchos problemas sociales; aproximadamente una de cada cuatro hospitalizaciones, de 5 a 10% de las enfermedades, 50 a 70% de los casos de violencia doméstica y homicidio, de 10 a 20% de las muertes en hombres jóvenes y 20 a 40% de los suicidios se ha encontrado que tienen relación con el consumo de alcohol<sup>5 6</sup>. En jóvenes, el consumo de alcohol y sus con-

secuencias ha adquirido mayor importancia en las últimas décadas. El consumo de alcohol es cada vez más frecuente y a edades más tempranas, y sus consecuencias son cada vez mayores. En Chile, en la población de 15 a 24 años, se encontró que 69% de los suicidas tenía alcohol en la sangre, lo mismo que un 71% de las víctimas de accidentes. En los Estados Unidos, el 70% de los conductores de automóviles heridos mortalmente tenía alcohol en la sangre<sup>7</sup>. Los efectos agudos del alcohol, tales como, intoxicaciones, supresión, traumatismos, accidentes, y los efectos crónicos (mal nutrición, hepatopatías, neuropatías, síndrome feto alcohólico, enfermedades cardiovasculares y enfermedades de transmisión sexual, entre otras); tienen un costo enorme para el individuo, la familia y la sociedad, en términos de reducción en la productividad, discapacidad, costos en salud, consecuencias emocionales en la familia, sufrimiento, dolor y muerte.

De acuerdo con todo lo anterior, el consumo problemático de alcohol es uno de los problemas de consumo de drogas más importantes en el país, y además es un problema creciente. Socialmente, el consumo de alcohol ha adquirido tal familiaridad, que es poco cuestionado como causa principal de múltiples problemas sociales. La tolerancia y permisibilidad para su consumo, así como su excesiva promoción, han hecho del consumo de alcohol y de algunas de sus consecuencias, conductas ampliamente aceptadas. Prueba de ello es el consumo a edades cada vez menores y el aumento del consumo en los jóvenes. La negación del problema, sobre todo en sus fases iniciales, conlleva a la búsqueda tardía de ayuda, cuando las consecuencias son más graves y la dependencia ha alcanzado un deterioro más severo.

Por tanto es imprescindible la búsqueda de mecanismos sencillos y eficaces para detectar tempranamente el consumo de alcohol. Una de las maneras de realizar la detección precoz en diferentes grupos poblacionales es a través de instrumentos diseñados para tal fin. El Michigan Alcoholism Screening Test

1 Bejarano J., Carvajal H., San Lee L. *Consumo de drogas en Costa Rica*. Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. 1996.

2 Sandí L., Blanco C. *Proyecto de vigilancia epidemiológica sobre consumo indebido de sustancias psicotrópicas*. Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. 1994.

3 Bejarano J., Sáenz M., Ugalde F. *Estudios sobre consumo de drogas en centros centimelas: Costa Rica*, 1995. Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. 1995.

4 Sandí L., Díaz A. *Adolescencia y consumo de drogas en Costa Rica*. Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. 1995.

5 Griffiths E. "Alcohol alert". Institute of Alcohol Studies. *The Globe*, UK, Cambridge, England, 1-3, 1996.

6 Engelmna J. "America Ignores Nº 1 problem: alcohol". *Hazelden News* 1-3, Mayor 1991.

7 Organización Panamericana de la Salud, OMS. *Juventud*, 1995, Washington.

(MAST) y el CAGE (anacronismo de las cuatro preguntas, C: (cut down), disminuir, A: (annoyed), enojado, G: (guilty), culpable E: (eye opened), trago matutino) son los más conocidos. Han demostrado ser muy sensibles (capacidad para detectar apropiadamente a los que tienen problema con el alcohol) y específicos (capacidad de identificar apropiadamente a los que no tienen problemas con el alcohol)<sup>8</sup>.

El objetivo de este artículo es presentar un resumen sobre los resultados del estudio realizado en 1995, para determinar la validez de los instrumentos seleccionados en nuestro medio, así como, elaborar un instrumento abreviado utilizando las preguntas más discriminativas del MAST (MAST-A), para contribuir en el desarrollo de instrumentos que puedan ser utilizados en Costa Rica, y que aporten información valiosa para una intervención temprana en las personas con problemas con el consumo de alcohol.

METODOLOGÍA

*Sujetos:* Se estudiaron 207 sujetos varones, con edades comprendidas entre los 18 y los 64 años. De ellos, 119 sujetos fueron considerados como casos. Este grupo lo conformaron pacientes diagnosticados como portadores de dependencia alcohólica por el personal clínico del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA). Fueron recluta-

dos en la Consulta Externa de la institución y en albergues de autogestión para internamiento de pacientes alcohólicos. El otro grupo (control) estuvo conformado por 88 sujetos que refirieron no tener problemas con el consumo de alcohol, ni haber consumido bebidas alcohólicas en el último año. En ambos grupos los sujetos debían no haber tenido conocimiento previo del instrumento y estar en condiciones mentales apropiadas para su aplicación.

*Instrumentos:* El MAST es un instrumento muy conocido internacionalmente<sup>9 10 11</sup>. Es sencillo, de fácil aplicación, con una duración promedio de 10 a 15 minutos. Su confiabilidad en términos de su consistencia interna ha sido muy alta (alfa de Cronback = 0.95). Se encontró una alta correlación entre el instrumento y el criterio de un grupo de expertos (r=.79 gama = 0.95)<sup>12</sup>. El MAST evalúa 24 síntomas distribuidos de la siguiente manera, nueve preguntas en el área médica, seis en el área sociofamiliar, cuatro en el área psicológica, dos en la legal y tres en la laboral. El puntaje de calificación se establece por puntos, cada pregunta tiene un puntaje, el cual depende si la respuesta es positiva o negativa, y a las características que evalúa. Un puntaje mayor de siete identifica problemas asociados con el consumo del alcohol<sup>13</sup>. El MAST fue capaz de detectar al 98% de los alcohólicos en un hospital<sup>14</sup>.

8 National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. *Screening for alcoholism in primary care settings*. U.S. Department of Health and Human Services. Rockville, Maryland.

9 Selzer M, Vinokour A. "A self administered short alcoholism screening test (SMAST)". *Journal of studies on alcohol*, 36 (1), 117-125, 1975.

10 Murrelle Len, Sdao K. Gaddy G, Torres Y. "Utility of the CAGE questionnaire to measure risk of alcohol problems in the general population: Case of the Colombian National Household Drug Surevey". Presented at the *18th Annual Alcohol Epidemiology Symposium*, June, 1992, Toronto Canadá.

11 Ewing J, Rouse B. "Identifying the hidden alcoholic". Presented at the *29th International Congress on Alcohol and Drug Dependence*, Sydney, Australia, 1970.

12 Babor T, Kranzler H, Lauerman R, "Early detection of harmful alcohol consumption: comparison of clinical, laboratory and self report screening procedures". *Addictive Behavior*, 14, 139,157, 1989.

13 Selzer M, Vinokour A, Roojen L. "A Self- Administered Short Michigan Alcoholism Screening Test (SMAST)". *Journal on Studies on Alcohol*, 16 (1), 117-126, 1975.

14 Selzer M. "The Michigan Alcoholism Screening Test: the quest for a new diagnostic instrument". *Am. J. Psychiatry*, 127: 1653-58, 1975.

*MAST-A: Michigan Alcoholism Screening Test  
(versión LAFA)*

|   | SI    | NO    |
|---|-------|-------|
| 1. ¿Después de haber bebido, se ha despertado alguna vez, sin recordar parte de lo hizo?  | / 2 / | / 0 / |
| 2. ¿Se preocupa o se queja algún familiar por su forma de beber?  | / 1 / | / 0 / |
| 3. ¿Puede parar de beber sin dificultad, después de uno o dos tragos?   | / 0 / | / 2 / |
| 4. ¿Siente a veces remordimiento por haber bebido (goma moral)?   | / 1 / | / 0 / |
| 5. Consideran sus amigos o parientes que usted bebe igual o menos que la mayoría de la gente?   | / 0 / | / 1 / |
| 6. ¿Ha asistido alguna vez a una reunión de Alcohólicos Anónimos?   | / 2 / | / 0 / |
| 7. ¿Su forma de beber le ha creado problemas alguna vez con su familia?   | / 2 / | / 0 / |
| 8. ¿Ha buscado ayuda alguna familiar o amigo suyo, por su forma de beber?   | / 2 / | / 0 / |
| 9. ¿Ha tenido problemas en el trabajo o los estudios por su forma de beber?   | / 2 / | / 0 / |
| 10. ¿Bebe a menudo antes de medio día?  | / 1 / | / 0 / |
| 11. ¿Ha tenido, alguna vez, episodios de temblores excesivos, sudoración profusa, insomnio severo, o episodios en los que haya visto, oído o sentido cosas que no existían, o convulsiones (ataques)? | / 2 / | / 0 / |
| 12. ¿Por su forma de beber, ha buscado ayuda?   | / 5 / | / 0 / |
| 13. ¿Ha estado hospitalizado a causa de problema con el alcohol?  | / 5 / | / 0 / |

**Calificación del MAST**

*0 - 4 puntos:* No hay evidencia de problemas con el consumo de alcohol.

*5-6 puntos:* Alto riesgo de tener problemas con el consumo de alcohol.

*7 o más puntos:* Evidencia de problemas con el consumo de alcohol.

El CAGE es un instrumento más corto, muy sencillo y específico. Su nombre es un anacronismo derivado de las cuatro palabras claves en las preguntas que contiene. Con sólo cuatro preguntas relacionadas con la crítica social, la culpabilidad individual, la ingestión matutina y la necesidad de disminuir el consumo, se identifican muy bien problemas con la ingestión de bebidas alcohólicas. Su califica-

ción e interpretación es sencilla, más de dos preguntas positivas identifican problemas asociados con el consumo del alcohol. Su mayor valor está en la economía de tiempo. Se ha encontrado en varios estudios una alta sensibilidad y especificidad, de 72 a 91% y 77 a 96% respectivamente<sup>15 16</sup>. También se encontró una alta correlación entre el consumo de alcohol y el puntaje en el CAGE<sup>17 18</sup>.

15 Beresford T, Blow F, Hill E, Singer K, Lucey M. "Comparison of CAGE questionnaire and computer-assisted laboratory profiles in screening for covert alcoholism". *Lancet* 336, 482-485, 1990.

16 Bush B, Shaw S, Cleary P, Delbanco T, Aronson M. "Screening for alcohol abuse using the CAGE questionnaire". *Am. J. Med.* 82, 231-235, 1987.

17 Escobar F, Espi F, Canteras M. "Diagnostic tests for alcoholism in primary health care: compared efficacy of different instruments". *Drug and Alcohol Dependence*, 40, 151, 158, 1995.

18 Fertig J, Allen J, Cross G. CAGE as a predictor of hazardous alcohol consumption in U.S. army personnel. *Alcohol Clin Exp Res*, 17 (6) 1184-1187, 1993.

CAGE

- |   |       |       |
|---|-------|-------|
| 1. ¿Ha sentido usted alguna vez la necesidad de disminuir la cantidad de alcohol que toma?                  | / 1 / | / 0 / |
| 2. ¿Se ha sentido molesto porque le critican su manera de beber?  | / 1 / | / 0 / |
| 3. ¿Se ha sentido usted alguna vez mal o culpable por su manera de beber?                                   | / 1 / | / 0 / |
| 4. ¿Ha tomado alguna vez, un trago a primera hora de la mañana, para calmar los nervios o quitarse la goma? | / 1 / | / 0 / |

Calificación del CAGE

- 0 - 1: No hay evidencia de problemas con el consumo de alcohol.
- 2: Alto riesgo de tener problemas con el consumo de alcohol.
- 3 - 4: Evidencia de problemas con el consumo de alcohol.

PROCEDIMIENTO

Como primer paso se realizó la traducción al español de los instrumentos, y una aplicación piloto en cincuenta pacientes. Posteriormente se realizó un trabajo de adaptación cultural y se elaboró el manual de aplicación, calificación e interpretación. Por algunas características de nuestro medio, en relación con el alcohol, por ejemplo, alta prevalencia, intensa negación, alta tolerancia y gran cantidad de grupos de Alcohólicos Anónimos, hubo necesidad de recodificar la primera pregunta relacionada con la minimización del consumo, la sexta, relacionada con la percepción del consumo por los demás y la octava que valora la asistencia a los grupos de Alcohólicos Anónimos. En lugar de los puntajes originales 2, 2, 5, se codificaron como 1, 1, 2. Con esto se evitó que en nuestro medio el instrumento calificara con problemas de alcoholismo a muchos que no lo eran (falsos positivos), sobre todo con la pregunta 8.

Los instrumentos fueron aplicados por el personal clínico de la consulta externa del IAFA.

RESULTADOS

El cuadro 1 muestra la sensibilidad y especificidad de cada pregunta del MAST y del CAGE y su significancia estadística. Se encontró que la mayoría de las preguntas son muy sensibles y específicas ( $p < 0.01$ ). La primera pregunta, que cuestiona la percepción personal del consumo fue contestada negativamente

por el 29% de los pacientes, esto refleja lo intenso de la negación, dado que eran pacientes bien identificados como alcohólicos que se encontraban en centros de tratamiento. La pregunta siete ¿puede dejar de beber cuando quiere? fue contestada afirmativamente sólo por la mitad de los pacientes. Dado que la incapacidad para detener el consumo es un síntoma capital en la dependencia al alcohol, esta respuesta expresa la dificultad de los pacientes para reconocer su enfermedad alcohólica, pese a que se encontraban internados o en tratamiento ambulatorio para su alcoholismo. La pregunta nueve que cuestiona sobre peleas cuando se bebe, la contestaron afirmativamente el 41,6% de los pacientes. La manifestación de agresividad en los consumidores de alcohol, aún siendo dependientes, es probable que ocurra en etapas más avanzadas del consumo, como una manifestación de las secuelas neurológicas o de la asociación de alcohol a otros trastornos psicopatológicos. En las preguntas 12 y 14, que valoran la pérdida de amigos o de algún empleo por culpa del alcohol, fue contestada positivamente por la mitad de los pacientes. Por la tolerancia social y la excesiva permisibilidad en algunos contextos, que se traduce en un paternalismo incondicional, las consecuencias sociales y laborales, sobre todo en el sistema público tienden a manifestarse cuando el deterioro es severo. La pregunta 15 también fue contestada afirmativamente por la mitad de los pacientes, y esto es otro claro reflejo de negación, ya que es obvio que todos los pacientes han incurrido en algún tipo de descuido, o abandono familiar o social.

Cuadro 1

Sensibilidad y especificidad de cada pregunta del MAST y el CAGE. Costa Rica, 1997  
(Cifras relativas)

| Pregunta MAST | Sensibilidad | Especificidad | $\chi^2$ | p  |
|---------------|--------------|---------------|----------|----|
| Mast 1        | 71,1         | 70,1          | 33,9723  | ** |
| A-Mast 2      | 84,2         | 92,0          | 112,5305 | ** |
| A-Mast 3      | 93,0         | 85,2          | 123,1442 | ** |
| A-Mast 4      | 62,6         | 84,7          | 42,85811 | ** |
| A-Mast 5      | 93,0         | 85,9          | 123,0895 | ** |
| A-Mast 6      | 66,4         | 77,9          | 37,9156  | ** |
| Mast 7        | 52,1         | 89,7          | 36,6948  | ** |
| A-Mast 8      | 69,6         | 85,2          | 58,1026  | ** |
| Mast 9        | 41,6         | 97,7          | 38,9338  | ** |
| A-Mast 10     | 87,0         | 96,6          | 135,8997 | ** |
| A-Mast 11     | 79,8         | 97,7          | 117,1288 | ** |
| Mast 12       | 51,3         | 100           | 61,1817  | ** |
| A-Mast 13     | 82,6         | 100           | 133,3431 | ** |
| Mast 14       | 52,2         | 100           | 62,6954  | ** |
| Mast 15       | 53,9         | 100           | 65,7873  | ** |
| A-Mast 16     | 72,8         | 100           | 105,7708 | ** |
| Mast 17       | 28,7         | 98,8          | 24,4255  | ** |
| A-Mast 18     | 69,3         | 97,7          | 90,1162  | ** |
| A-Mast 19     | 87,6         | 98,8          | 143,5459 | ** |
| A-Mast 20     | 70,8         | 98,8          | 96,9091  | ** |
| Mast 21       | 14,0         | 98,8          | 9,1122   | *  |
| Mast 22       | 57,4         | 98,8          | 68,8269  | ** |
| Mast 23       | 12,97        | 100           | 10,2368  | *  |
| Mast 24       | 27,5         | 100           | 25,8608  | *  |
| CAGE          |              |               |          |    |
| Cage 1        | 92,9         | 90,9          | 138,7717 | ** |
| Cage 2        | 85,9         | 100           | 143,5124 | ** |
| Cage 3        | 95,5         | 98,8          | 173,9798 | ** |
| Cage 4        | 91,2         | 98,8          | 157,9015 | ** |

A = preguntas para el MAST abreviado (A-MAST).

\* = Significativo estadísticamente.

\*\* = altamente significativo estadísticamente.

Las preguntas 17, 21, 22, 23, 24, que cuestionan problemas médicos, mentales y legales fueron contestadas positivamente sólo por menos de una tercera parte de los pacientes, probablemente porque valoran consecuencias severas que no están presentes en la mayoría de los alcohólicos que buscan ayuda. Las preguntas anteriormente analizadas, por su moderada o poca sensibilidad, se descartaron; y las restantes, que mostraron alta sensibilidad y especificidad, se seleccionaron para conformar el MAST abreviado (MAST-A). Las preguntas que se excluyeron podrían aumentar la probabilidad de falsos negativos, ya que pacientes alcohólicos reconocidos contestaron negativamente a ellas.

Todas las preguntas del CAGE resultaron ser altamente sensibles y específicas; los hallazgos fueron estadísticamente significativos,  $p < 0.001$ . La primera pregunta relacionada con la necesidad de disminuir la cantidad de alcohol que consume, y la tercera, relacionada con culpabilidad, fueron las que alcanzaron mayor proporción de respuestas positivas. El sentirse molesto porque le critican la manera de beber, el sentirse culpable y necesitar un trago en la mañana, fueron las preguntas que mejor diferenciaron a los alcohólicos de quienes no tenían problemas con el consumo de alcohol.

De acuerdo con los puntos de corte utilizados internacionalmente, y que son los mismos que aceptó utilizar el equipo investigador del IAFA, se encontró que el MAST detectó correctamente el 97,4% de las personas identificadas clínicamente como alcohólicos (casos), mientras que los sujetos que previamente habían sido identificados como no portadores de problemas con el consumo de alcohol (controles) fueron correctamente identificados en un 87%,  $p < 0.001$ . El MAST-A, detectó una proporción mayor de personas con problemas con el consumo de alcohol, 98,2%, así como de los que no presentaban problemas, 96,4%.

Cuadro 2

Puntos de corte para el MAST, MAST-A y el CAGE según grupo de casos y controles, Costa Rica, 1997.  
(Cifras relativas)

| Diagnóstico  | Punto de corte | Controles<br>n = 83 | Casos<br>n = 80 | p  |
|--------------|----------------|---------------------|-----------------|----|
| MAST         |                |                     |                 |    |
| Sin problema | 0-4            | 87                  | 1,3             | ** |
| Alto riesgo  | 5-6            | 11                  | 1,3             | ** |
| Con problema | 7 o más        | 2                   | 97,4            | ** |
| MAST-A       |                |                     |                 |    |
| Sin problema | 0-4            | 96,4                | 1,8             | ** |
| Alto riesgo  | 5-6            | 2,4                 | -               | ** |
| Con problema | 7 o más        | 1,2                 | 98,2            | ** |
| CAGE         |                |                     |                 |    |
| Sin problema | 0-1            | 100                 | 2,6             | ** |
| Alto riesgo  | 2              | -                   | 5,3             | ** |
| Con problema | 3 o más        | -                   | 92,1            | ** |

\*\* = altamente significativo estadísticamente

El CAGE identificó correctamente al 92,1% de los casos, mientras que los controles fueron correctamente identificados en el 100%.  $p = 0.001$ . El 2,6% de los pacientes no fue identificado como portador de problemas con el consumo de alcohol (falsos negativos).

## DISCUSIÓN

Pese a la alta prevalencia del consumo de alcohol y de los problemas asociados a su consumo, la sociedad en general, y los trabajadores de la salud, en particular, han pasado por alto la importancia del consumo de alcohol y sus problemas asociados en nuestro medio. La excesiva tolerancia social, la desmedida promoción de su consumo y la pobre aplicación de las reglamentaciones legales, minimiza y niega la magnitud y los alcances del problema. Por otro lado, el personal de salud, en especial los médicos, esperan su reconocimiento por la realización de un diagnóstico sofisticado y de una intervención directa y específica. De acuerdo con la actitud y expectativas de los trabajadores de la salud, el trabajo con el paciente que tiene problemas con el consumo de alcohol pareciera algo mundano, irrelevante en su quehacer profesional, situación que se agrava por el rechazo que provoca este tipo de persona, así como el desconocimiento y la falta de entrenamiento para enfrentar esta problemática.

Sin embargo, la evidencia es irrefutable en cuanto a que el consumo de alcohol subyace como la causa primaria en una gran variedad de problemas médicos y sociales. La persona afectada, la familia, los compañeros de trabajo, amigos y los trabajadores de la salud reaccionan ante el problema tardíamente cuando las consecuencias son graves y el desarrollo del problema ha avanzado a un estadio de dependencia moderada a severa. Entre las motivaciones más frecuentes para buscar tratamiento, están, entre otras, padecimientos médicos graves como cirrosis, sangrado digestivo, neuritis y otros trastornos neurológicos, dificultades laborales como accidentes, despido o ausentismo prolongado. Las consecuencias familiares severas como violencia doméstica, abandono y repercusiones sociales como accidentes. En las fases iniciales del problema

de consumo, todas las personas involucradas, reaccionan con una alegre indiferencia que permite el crecimiento silencioso del padecimiento. Para poder variar significativamente la morbilidad y mortalidad por alcoholismo y los otros problemas asociados, es imprescindible idear estrategias viables que permitan la identificación temprana de las personas que tienen problemas con el consumo de alcohol, para detener el proceso y ofrecer la intervención apropiada.

Clínicamente se han utilizado varios métodos para identificar a personas con problemas con el consumo de alcohol, por ejemplo el volumen corpuscular medio (VCM), la glutamiltranspeptidasa (GTT) y la medición del alcohol en sangre, entre otros. Estos marcadores biológicos, en promedio alcanzaron una baja efectividad, no mayor del 63%<sup>19 20</sup>. Esta limitante, aunada a su exclusivo en el ámbito médico, ha limitado su utilización. Dada la ubicuidad del problema de alcoholismo ha sido necesario recurrir a otras estrategias, sobre todo aquellas que puedan ser utilizadas en los niveles más básicos de atención. El uso de instrumentos de detección, tales como el MAST y el CAGE han demostrado ser un recurso muy efectivo, económico y de fácil aplicación.

El éxito de la aplicación de estos instrumentos depende de su uso masivo, por todos los trabajadores de la salud, en un nivel de atención primaria. En este nivel de atención el problema no es detectar trastornos avanzados de alcoholismo, porque en esta fase de la enfermedad los pacientes generalmente buscan ayuda, sino, identificar tempranamente a aquellas personas que están tomando licor de una manera que les puede causar dificultades físicas, psicológicas y sociales. Por lo general, el consumo problemático de alcohol se pasa por alto en la atención médica, psicológica y social de rutina. Dada la intensa negación del

19 Cherpel C. "Screening for alcohol problems in the emergency room: a rapid alcohol problems screening". *Drug and Alcohol Dependence* 40, 133-137. 1995.

20 Kamerov D. *Primary care setting and the role of screening for alcoholism. Screening for alcoholism*. U.S. Department of Health and Human Services. Rockville, Maryland, 1987.

problema de alcohol, no es muy útil preguntar directamente ¿Cuánto toma usted? Si las preguntas se focalizan más en los patrones de ingesta y en las consecuencias, tal como lo hacen los instrumentos, los pacientes no se percatan que en una amena conversación sobre sus vidas se este identificando su problema con el consumo de alcohol. Los instrumentos fueron elaborados para proveer, de una manera estructurada y confiable, una entrevista sencilla para la detección de problemas con el consumo de alcohol, que puede ser realizada aún por personal no especializado. Los instrumentos pueden ser incorporados dentro de una entrevista semiestructurada para alentar un cálido intercambio respecto al consumo de bebidas alcohólicas.

El MAST y el CAGE validados en este estudio son utilizados internacionalmente para tamizar poblaciones y detectar sujetos con problemas de consumo. En varios estudios ha quedado bien demostrada la confiabilidad de los instrumentos, en contextos latinos y norteamericanos han demostrado una alta consistencia interna y uniformidad en las cuatro preguntas<sup>21 22</sup>. El MAST ha demostrado muy buena validez discriminante (la capacidad para diferenciar entre personas con problemas de alcohol, en diferentes fases del consumo), validez concurrente (la alta correlación entre el puntaje del instrumento y otras escalas que midan problemas asociados al consumo de alcohol), y confiabilidad medida a través de test-retest y consistencia interna<sup>23</sup>.

En este estudio el MAST y el CAGE demostraron una alta capacidad para diferenciar entre personas con problemas de alcoholismo y aquellas que eran abstemias. El CAGE pudo identificar correctamente al 92% de los pacientes alcohólicos y el MAST-A al 98,2%. La abre-

viación del MAST lo hizo más sencillo y aumentó su capacidad de detección; esto hace que sea más aceptado por las personas a las cuales se les aplica el instrumento y por los trabajadores de la salud.

Los hallazgos de este estudio demostraron la capacidad de los instrumentos para discriminar entre una persona claramente identificada como alcohólico y una sin problemas con el consumo de alcohol. Sin embargo, es necesario aclarar que ambos instrumentos no son de diagnóstico; es decir, no ayudan a definir quién tiene dependencia al alcohol y quién no. Lo que permiten es diferenciar a *grosso modo* quien tiene problemas con el consumo de alcohol y quien no, la determinación de quien es alcohólico requiere de una evaluación más exhaustiva. Poder identificar quién tiene problemas con el consumo de alcohol es un paso esencial; y el primero, para una intervención temprana. Dada la sencillez, bajo costo, fácil aplicación y calificación es conveniente promover la utilización rutinaria de alguna de estas dos pruebas en toda consulta de salud. Constituye una excelente herramienta para promover un diálogo respecto a esta problemática. Todo lo anterior no puede obviar que, en la práctica clínica diaria, no hay sustituto para que el trabajador de la salud esté alerta, tenga una alta dosis de suspicacia y el tacto suficiente para realizar una buena historia de los hábitos de ingesta del paciente y sus consecuencias, sin que éste se sienta alienado.

La negación o minimización del problema por parte del paciente, la familia y la sociedad, por una parte, y las dificultades de detección por el personal de salud, por otra parte, hacen que la problemática del consumo de alcohol permanezca invariable y progrese silenciosamente a estadios avanzados que conllevan un gran costo económico, psicológico y social, tanto para el sujeto, como para quienes conforman su contexto de relación. Cuánto más temprano se realice la intervención, mayores son las posibilidades de éxito y mucho menor es el daño. Por tanto, los instrumentos de detección validados constituyen una herramienta sencilla, ágil, de fácil aplicación y gran efectividad para detectar y actuar tempranamente en aquellas personas que tienen problemas con el consumo de alcohol.

21 Mishke H, Venneri R. "Reliability and validity of the MAST questionnaire and the CAGE". *Journal of Studies on Alcohol* 48, 492-501, 1987.

22 Mayfield D, Mcleod G, Hall P. "The CAGE questionnaire: Validation of a new screening instrument". *American Journal of Psychiatry*, 131, 1121-1123, 1974.

23 Babor T, Kranzler H, Richard J. "Early detection of harmful alcohol consumption: comparison of clinical, laboratory, and self-report screening procedures". *Addictive Behaviors*, 14, 139-157, 1989.

Una limitante del estudio fue el no haber controlado la capacidad de detección de los instrumentos en poblaciones con diferentes

grados de severidad en el consumo de alcohol. Esto constituye un campo interesante de investigación.

Luis Sandí Esquivel  
Apdo. Postal 2054-3000  
San José, Costa Rica

Darío Molina Di Palma  
Instituto sobre Alcoholismo  
y Farmacodependencia  
Apdo. Postal 4494-1000  
San José, Costa Rica