

Morbilidad oculta del alcoholismo masculino y valor de los instrumentos diagnósticos para médicos de familia.

R. González

E. González

R. Dujaric

Hospital Psiquiátrico de La Habana (Cuba)

RESUMEN

Se estudiaron todos los sujetos masculinos mayores de 15 años incluidos en el registro poblacional del Consultorio 1/17 del Policlínico Reina de Ciudad de la Habana (cuba). Cada caso fue explorado mediante examen clínico integral precedido por la aplicación de un instrumento que incluyó aspectos sociodemográficos, patrones de consumo etílico y los cuestionarios BCAGE, MAST y CID. Estos últimos se aplicaron además a un familiar convivente adulto y a dos responsables del C.D.R. Posteriormente se concluyó cada caso mediante consulta a expertos.

La morbilidad manifiesta fue del 5'84% y la oculta global (incluyendo la actual y referida) fue del 5'1 %. En todos los casos de la primera, el diagnóstico fue dependencia alcohólica, mientras que en la segunda todos fueron abuso de alcohol.

La efectividad de los cuestionarios siguió el orden decreciente: CID, CAGE y BMAST, y se demostró su utilidad pese a que la sensibilidad resultó menor que la obtenida al aplicarse a pacientes hospitalizados para tratamiento antialcohólico.

La fuente familiar resultó ser la más congruente con la valoración integral, seguida por la directa y los C.D.R.

PALABRAS CLAVE: Alcoholismo, pesquisaje, médico de familia.

Correspondencia:
Ricardo González Menéndez
Hospital Psiquiátrico de La Habana
Avda. de la Independencia n.º 26520
MAZORRA. HABANA, Cuba

SUMMARY

Men, older than 15 years old, included in the registrar of population of the Dispensary Polyclinic Reina de Ciudad 1/17 in La Habana (Cuba) have been analysed. Each case has been investigated with a clinic examination containing sociodemographic aspects, models of the ethylene consumption and the BCAGE, MAST and CID questionnaires. The last one has been realised to a member of the family who lives with the patient, and to two persons in charge for the C.D.R. Then, we ended this study through the consultation of some experts.

The manifest delicacy has been registrated in 5'84% and the global silent (including the current and the refered) in 5'1%. For the first one, the diagnosis has been alcohol addiction, for the second one it has been alcohol abuse.

The effectiveness of the questionnaires has followed this decreasing order: CID, BCAGE, MAST, and its usefulness has been prouved in spite of the smaller sensitiveness in the realisation of an anti-alcoholic treatment with hospitalized patients.

The familiar source has been the most suitable with the integral evaluation, after the directed one and the C.D.R.

KEY WORDS: *alcoholism, research, family doctor.*

RESUME

Tous les individus (hommes), ayant plus de 15 ans, inclus dans les inscriptions des malades au Dispensaire 1/17 de la Polyclinique Reina à La Habana (Cuba) ont été analysés. Tous les cas ont été étudiés au moyen d'une analyse clinique intégrale précédée de l'utilisation d'une technique qui revêt des aspects sociodémographiques, des modèles de consommation éthylique, et des questionnaires BCAGE, MAST et CID. Ces derniers ont été appliqués à un membre de la famille vivant avec le patient et adulte, et à deux responsables du C.D.R. Pour finir, chaque cas a été examiné par une consultation d'experts.

La morbidité manifeste est du 5'84% et la morbidité tacite globale est du 5'1%. Pour la première, le diagnostic a été la dépendance alcoolique, et pour la seconde il s'est montré pour tous abus d'alcool.

L'efficacité des questionnaires a suivi cet ordre décroissant: CID, BCAGE, MAST, et son utilité a été bien démontrée, la sensibilité étant moindre quoique obtenue en l'applicant à des malades hospitalisés pour le traitement anti-alcoolique.

L'origine familiale a résulté être la plus proche de l'estimation intégrale, suivie par la directe et par les C.D.R.

MOTS CLE: *alcoolisme, recherche, médecin généraliste.*

INTRODUCCION

Según cálculos de la Organización Panamericana de la Salud, el Alcoholismo en América Latina afecta a unos 25 millones de personas, lo que representa aproximadamente el 5% de la población general y cerca del 10% de la población adulta. (1) Existen autores que consideran su repercusión económica como equivalente a la producida por la suma de todas las restantes drogas conocidas. (2)

La prevención es sin lugar a dudas la más trascendente gestión en el enfrentamiento a esta problemática (3) y como segunda opción la detección precoz del alcoholismo. (4)

El problema investigativo que motiva este estudio se deriva del desconocimiento actual de las potencialidades espontáneas del médico de familia en nuestro medio para identificar los pacientes alcohólicos de su área de influencia y la utilidad de los recursos diagnósticos a su alcance.

OBJETIVOS

- a) Generales:** Conocer la morbilidad oculta de alcoholismo masculino en la población de 16 años y más, atendida por un médico de familia y valorar la utilidad de los instrumentos y fuentes de información empleados, como parte de la exploración integral clínico-epidemiológica.
- b) Específicos:** Conocer en el universo estudiado:
- 1.- La morbilidad manifiesta y oculta de alcoholismo masculino y sus formas clínicas: abuso de alcohol y dependencia alcohólica.
 - 2.- La sensibilidad y especificidad de los cuestionarios CAGE, BMAST y CID, para detectar la morbilidad oculta.
 - 3.- La efectividad de las diferentes fuentes utilizadas al aplicar los instrumentos.

MATERIAL Y METODO

1) Universo:

El universo estuvo constituido por todos los sujetos masculinos de 16 años y más cumplidos, residentes en el área de influencia del Consultorio 17-1 del Policlínico Reina.

Se utilizaron además como fuente de información indirecta, a familiares adultos de los integrantes del universo y a 2 miembros de la dirigencia de los C.D.R., incluidos en el área estudiada.

2) Procedimiento:

El médico de familia responsable de la investigación aplicó los cuestionarios CAGE, BMAST y CID en el orden expuesto, a las fuentes descritas del C.D.R. y núcleo familiar, y posteriormente aplicó dichos instrumentos al sujeto que representó la fuente directa, pasando luego a recoger informaciones sobre patrones de consumo de alcohol y otros tóxicos, así como sus características sociodemográficas. Una vez concluida la aplicación de todos los instrumentos exploratorios, comenzó el estudio clínico del sujeto, apoyándose en el interrogatorio por aparatos y la exploración física para desarrollar la relación médico paciente y posteriormente, valoró en forma directa si existieron los criterios para el diagnóstico de alcoholismo en sus variedades clínicas de abuso de alcohol y dependencia alcohólica. Una vez concluido el estudio, interconsultó con un experto en alcoholismo (Tutor) para definir en cada caso el diagnóstico clínico integral que concluyó tanto los casos ya registrados como el resto del grupo etéreo estudiado. (Anexo I). El diagnóstico de abuso de alcohol se hizo con los criterios de DSM III (5) y el dependencia alcohólica exigió además los criterios de Edwards presentes en décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (6).

Los criterios de calificación de los cuestionarios fueron:

CAGE: 2 o más respuestas positivas (7)

BMAST: 5 o más de calificación (8)

CID: 4 o más respuestas positivas (9)

ANÁLISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

El Universo estudiado estuvo integrado por 154 sujetos, de los cuales 10 habían sido registrados como alcohólicos en la Historia Clínica Familiar.

La valoración integral efectuada en interconsulta con expertos, arrojó los resultados que se exponen en la tabla I. Como puede apreciarse, uno de los casos originalmente registrado como alcohólico, no cumplió los criterios diagnósticos y pasó a integrar la categoría de bebedor social con alto riesgo.

La morbilidad manifiesta definitiva estuvo representada por 9 sujetos, que constituyeron el 5,84% del grupo estudiado, y en todos los casos se trató de dependientes alcohólicos actuales, dos de ellos en fase de complicación por cirrosis hepática (uno de estos pacientes falleció varios meses después de iniciado el presente estudio).

Llamó poderosamente la atención que ninguno de los casos diagnosticados como alcohólicos solicitara ayuda médica por dicha toxicomanía, aunque todos habían recibido atención directa por otras afecciones. La Tabla expone también los resultados de los cuestionarios aplicados según cada fuente utilizada y subraya las calificaciones que cumplieron criterios de positividad.

Como morbilidad oculta fueron detectados 8 pacientes (5 alcohólicos actuales y 3 alcohólicos referidos). En todos los casos el diagnóstico fue el abuso de alcohol y en uno de los categorizados como referido, la abstinencia actual se produjo luego de conocer que padecía cirrosis hepática.

La morbilidad oculta actual alcanzó cifras de 3,2% y la referida de 1,9% para un total de 5,19%.

Estas cifras son menores que las repor-

tadas por Rodríguez (10) en un estudio de morbilidad oculta basado en el resultado de una batería de cuestionarios breves, con los que detectó un 7% de morbilidad oculta actual en igual sexo y grupo étnico. Llamó la atención que el número de casos registrados por el médico de familia en dicho estudio alcanzó solo el 1%, lo que pudiera explicar en algún grado la diferencia de las cifras de morbilidad oculta reportadas.

Debe destacarse que estas altas cifras se refieren a la población masculina en el grupo étnico considerado y que si las llevásemos a población masculina general, cuyo universo ascendería a 203 personas, el porcentaje descendería a 8,3 y se aproximaría a la mitad de esta cifra si valoráramos la población general en ambos sexos, sobre todo si tomamos en cuenta que en nuestro medio, la expectativa de alcoholismo femenino es 20 veces menor que la del masculino (11) (12) y que en el consultorio no hubo ningún caso de alcoholismo femenino registrado.

La Tabla II recoge los indicadores de sensibilidad y especificidad de dichos instrumentos logrados en cada fuente.

Apréciase la alta sensibilidad del CAGE en la fuente directa y familiar, aunque este resultado debe valorarse teniendo en cuenta que se usó el nivel más bajo de exigencia (2 o más respuestas positivas) y que de haberse exigido 3 respuestas, dichas cifras respectivas hubiesen bajado a 0,64 y 0,76.

El Cuestionario de Indicadores Diagnósticos (CID), resultó el de mayor sensibilidad al considerar el promedio de las 3 fuentes, y le siguieron en orden el CAGE y BMAST; este último instrumento resultó el más específico por las 3 fuentes utilizadas, seguido por el CID y el CAGE en orden de efectividad.

Cuando comparamos estos resultados con la sensibilidad de 1; 1 y 0,92 según fuentes respectivas obtenidas por Miqueo (13) al aplicar el BMAST a pacientes hospitalizadas para tratamiento antialcohólico, coincidimos con Saunders (14) en que

la sensibilidad de los cuestionarios disminuye notablemente cuando se aplica a la población general, pese a lo cual, los indicadores obtenidos en nuestro estudio con el CID y el CAGE resultan expresivos de una eficiencia aceptable y superiores a los reportados en otras latitudes con pruebas hematológicas específicas como la GGTP (15) (16).

En la Tabla III se valora la correspondencia entre el diagnóstico clínico integral de alcoholismo según tipo de morbilidad y el número de cuestionarios positivos por algunas de las 3 fuentes. Al aplicar este criterio de mayor amplitud, apreciamos que en los casos de morbilidad manifiesta, la positividad de todos los cuestionarios alcanzó el 100% de los 9 casos registrados, mientras que en lo referente a la morbilidad oculta actual, sólo el cuestionario CID alcanzó el 100% de efectividad, seguido por el CAGE con el 60% y el BMAST con el 0%.

En lo referente a morbilidad oculta referida, el orden de utilidad fue: CAGE, CID y BMAST.

La Tabla IV permite valorar el comportamiento de los cuestionarios y fuentes utilizadas en cada tipo de morbilidad considerado.

Apréciase la alta efectividad de la fuente familiar en el grupo de morbilidad manifiesta, comportamiento que se mantiene en el grupo de morbilidad oculta actual y sólo es superado como generalidad por la fuente directa en los casos de morbilidad oculta referida, donde es esperable que disminuyan las defensas del entrevistado, al considerarse ahora un triunfador sobre la toxicomanía.

Nótese también las mayores defensas de

la fuente directa en el grupo de morbilidad oculta actual, así como la pobre utilidad comparativa del C.D.R. al explorarse la morbilidad oculta, comportamiento opuesto al evidenciado al aplicar dichos instrumentos a esta organización de masas en el caso de pacientes registrados por el médico de familia.

En la experiencia de los autores, la aplicación de los instrumentos CAGE y BMAST a las fuentes indirectas, evidenció dificultades para responder preguntas de carácter subjetivo. Estas dificultades fueron más evidentes en el CAGE y no habían sido referidas en estudios con pacientes hospitalizados para tratamiento (17).

El instrumento de más fácil aplicación para las fuentes indirectas fue el CID.

Los resultados obtenidos permiten inferir la utilidad de la aplicación sistemática de cuestionarios breves como el CAGE o el CID en los concurrentes a nuestras instituciones de salud, norma factible para su aplicación por personal técnico médico y que posibilitaría la detección precoz de alcohólicos y bebedores sociales de alto riesgo alcohólico, donde las gestiones preventivas resultan de alta trascendencia.

Como objetivo colateral nos interesamos en valorar algunas características sociodemográficas del total de alcohólicos integrantes de los diferentes grupos y para ello comparamos dentro del universo total estudiado (n/154), los alcohólicos con los no alcohólicos. (Anexo 2).

La media de edad entre los alcohólicos fue de 50,7 años y la de los no alcohólicos 35,7. En los primeros se evidenció además menor nivel de escolaridad, mayor frecuencia de separaciones, divorcios y porcentaje de desocupados y jubilados.

TABLA I
VALORACION INTEGRADA FINAL DE LOS CASOS REGISTRADOS COMO ALCOHOLISMO Y LOS IDENTIFICADOS COMO MORBILIDAD OCULTA

	DIAGNOSTICO												COMENTARIO	CRITERIOS DE DEP.					
	CAGE			BMAST			CID			ABUSO DE ALCOHOL					DEP. ALCOHOLICA		MORBILIDAD OCULTA		EDAD
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3			REFERIDA	ACTUAL	REFERIDA	ACTUAL	
Casos Registrados, como alcoholicos antes del Estudio	4 1 4 4 4 2 4	4 3 4 4 4 2 4	0 1 1 3 0 3 2	6 6 6 10 8 8 8	6 6 4 10 6 7 4	5 5 5 4 4 2 7	- - - - - - -	X X X X X X X	- - - - - - -	X X X X X X X	- - - - - - -	X X X X X X X	- - - - - - -	41 66 61 59 64 56 38	Mecánico. Desocupado Jubilado (contador púb.) Jubilado (Op. máquina) Plomero Jubilado (tintorero) Conductor Omnibús carpintero, sancionado por provocar lesiones graves a otra persona Jubilado (CPV), cirrosis alcoh. Jubilado (ayudante cocina), falleció por cirrosis hepática	4 4 3 6 6 4 6			
Morbilidad oculta	3 1	2 1	2 0	2 4	2 2	1 1	5 6	5 0	X X	- -	- -	X X	- -	55 25	Téc. Elec. Importante repercusión hogareña y social Lic. Cultura Física, notable defensa. Violencia hogareña	- -			
	0	1	0	4	4	0	6	5	X	-	-	X	-	25	Gastrónomico desocupado. Defensa elevada. Criterio por Famil., C.D.R. y Médico	-			
	2	0	2	2	1	4	1	X	-	-	-	X	-	30	Dependiente de bar. Cantinero	-			
	3	3	0	0	0	3	4	0	X	-	-	X	-	28	Chófer. Criterios de anomalidad y crisis familiar	-			
	2	2	0	7	9	6	5	2	X	-	X	-	-	41	Profesional. Se reconcilió con la esposa y dejó de beber	-			
	3	3	0	4	4	4	2	3	X	-	-	X	-	59	Albañil	-			
	2	2	0	4	4	4	2	0	X	-	X	-	-	45	Actor. Dejó de beber por cirrosis hepática	-			
* Bebedores sociales con alto riesgo (no alcoholicos)	0	0	1	0	2	2	5	4	X	-	-	-	-	65	Jubilado (panadero). Frecuencia de consumo elevada	-			
	2	2	0	0	0	2	2	0	X	-	-	-	-	26	Téc. OTS consumo elevado	-			
	0	1	0	0	0	0	3	0	X	-	-	-	-	28	Mecánico. Consumo elevado	-			
	2	2	0	0	2	2	5	2	X	-	-	-	-	18	Mecánico. Consumo elevado	-			
	2	2	0	0	0	1	1	0	X	-	-	-	-	43	Chófer. Consumo elevado	-			
	1	1	0	4	4	0	4	1	X	-	-	-	-	34	Comprador de piezas, consumo elevado	-			
	2	2	0	0	0	2	2	0	X	-	-	-	-	39	Militar. Consumo elevado	-			

(*) Originalmente registrado como alcoholico

3.- Fuente CDR

2.- Fuente familiar

1.- Fuente directa

TABLA II
SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD DE LOS CUESTIONARIOS
UTILIZADOS SEGUN FUENTE DE INFORMACION

	SENSIBILIDAD			ESPECIFICIDAD			Leyenda
	1	2	3	1	2	3	
CAGE	.82	.88	.23	.98	.98	1	1.- Fuente Directa
BMAST	.35	.59	.47	1	1	1	2.- Fuente Familiar
CID	.53	.88	.59	.99	.99	1	3.- Fuente CDR

TABLA III
CORRESPONDENCIA ENTRE EL DIAGNOSTICO CLINICO INTEGRAL
DE ALCOHOLISMO, SEGUN TIPO DE MORBILIDAD Y NUMERO DE
CUESTIONARIOS POSITIVOS POR ALGUNA DE LAS TRES FUENTES

	MORBILIDAD MANIFIESTA (n/9)	MORBILIDAD OCULTA ACTUAL (n/5)	MORBILIDAD OCULTA REFERIDA (n/3)
CAGE	9	3	3
BMAST	9	0	1
CID	9	5	2

TABLA IV
CORRESPONDENCIA ENTRE EL DIAGNOSTICO CLINICO INTEGRAL
DE ALCOHOLISMO, SEGUN TIPO DE MORBILIDAD Y NUMERO DE
CUESTIONARIOS POSITIVOS POR FUENTE DE INFORMACION

	MORBILIDAD MANIFIESTA (n/9)			MORBILIDAD OCULTA ACTUAL (n/5)			MORBILIDAD OCULTA REFERIDA (n/3)		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3
CAGE	8	9	4	3	3	0	3	3	0
BMAST	5	9	7	0	0	0	1	1	1
CID	7	9	8	0	5	2	2	1	0

Leyenda

- 1.- Fuente Directa
- 2.- Fuente Familiar
- 3.- Fuente CDR

CONCLUSIONES

En el universo estudiado:

- 1.-La morbilidad manifiesta de alcoholismo alcanzó cifras de 5,84%, mientras que la oculta actual alcanzó cifras de 3,2% y la oculta referida 1,9%. Todos los casos de morbilidad oculta resultaron abuso de alcohol.
- 2.-La sensibilidad y especificidad de los cuestionarios ensayados alcanzó niveles efectivos en el orden decreciente CID, CAGE, BMAST y éstos demostraron su utilidad como instrumento de pesquaje pese a que su sensibilidad resultó menor que la obtenida al aplicarse a pacientes hospitalizados para tratamiento antialcohólico.
- 3.-La fuente familiar resultó la más congruente con la valoración clínica integral, seguida por la directa y los C.D.R., aunque en estas dos últimas se evidenciaron importantes defensas en el grupo de morbilidad oculta actual.

ANEXO I

CRITERIOS Y DEFINICIONES

Morbilidad oculta: Este indicador recoge a todos aquellos sujetos que cumplan los criterios diagnósticos de alcoholismo en cualesquiera de sus formas y que no hayan sido identificados como tales en los registros de morbilidad del Consultorio de Médico de Familia.

Morbilidad manifiesta: Este indicador recoge a todos aquellos sujetos que han sido diagnosticado como alcohólicos y aparecen en los registros de morbilidad.

Sensibilidad: Capacidad de un instrumento para detectar verdaderos positivos.

Especificidad: Capacidad de un instrumento para identificar verdaderos negativos.

Bebedor actual: Todo sujeto que ingirió algún tipo de preparado alcohólico en cualquier cantidad en los últimos 3 meses.

Bebedor social de alto riesgo: Se inclu-

yen en esta categoría epidemiológica los sujetos que pese a no cumplir los criterios diagnósticos de alcoholismo, presentan patrones de consumo cuya progresión o continuidad pueden conducir a alguna forma de alcoholismo.

Alcoholismo referido: Incluye los casos donde se cumplen los criterios diagnósticos de alcoholismo, pero en etapas que anteceden en más de un año la valoración clínica integral.

Alcoholismo actual: Se incluyen los casos donde los criterios diagnósticos se cumplen al menos en los últimos 12 meses antes de la valoración clínica integral.

No alcohólicos: Incluye tanto a los abstemios como a los bebedores sociales que no cumplen los criterios establecidos para considerarlos alcohólicos, aunque se trate de bebedores sociales de alto riesgo.

Soltero: Sujeto que nunca ha sido casado, ni ha contraído vínculos consensuales estables.

Familiar conviviente adulto: Se trata de un familiar mayor de 16 años, de primera línea consanguínea (padres, hermanos o hijos), o segunda línea consanguínea (tíos, sobrinos, primos), así como otros familiares no consanguíneos (esposa, cuñados) que hayan residido al menos durante los 2 últimos años en el domicilio del sujeto explorado como fuente directa.

Criterios para considerar un sujeto alcohólico en la valoración clínica: En nuestro estudio se aplicaron los siguientes criterios generales para considerar la condición de bebedor anormal (sinónimo de bebedor problema o alcohólico), categoría general que incluye todas las formas de alcoholismo conocidas:

- 1.-Criterio tóxico: Se cumple cuando se evidencia daño biológico, psicológico o social, debido al consumo de alcohol.
- 2.-Criterio determinista (o de esclavitud): Se cumple cuando se evidencia alguna de las formas de expresión de dicha situación, como beber sin control, beber pese a tener conciencia de empeorar alguna enfermedad presente, no poder

abstenerse del consumo, etc.

- 3.-Criterio de cantidad y frecuencia de consumo: Se cumple cuando el sujeto ingiere al menos 3 o más días de la semana, el equivalente alcohólico de más de un cuarto de botella de ron, o más de un litro de vino, o más de 5 medias botellas de cerveza.

También se cumple cuando se embriaga más de 12 veces en el año.

- 4.-Criterio temporal: Se cumple cuando se evidencia que la conducta es consistente y se prolonga por lo menos por más de un mes (excluye crisis personales donde puede haber un consumo excesivo, nocivo y sin control, pero de menor duración y sin carácter consistente).

El diagnóstico clínico de bebedor anormal, bebedor problema o alcohólico, exigió al menos el cumplimiento de los criterios 1, 2 y 4, y el criterio 3 fue utilizado como elemento ratificador complementario.

Los elementos que fundamentan estos criterios fueron integrados de la información recogida por todas las vías utilizadas, que incluyeron: entrevista directa, encuesta estructurada sobre patrones de consumo etílico, cuestionarios y exploración clínica mediante interrogatorio y examen físico en el marco de una relación médico-paciente positiva, así como la observación directa durante la práctica cotidiana.

Para el diagnóstico de abuso de alcohol dichos criterios se integraron operativamente con los del DSM-III (53).

Criterios diagnósticos del DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual, Third Edition): Abuso de alcohol: Exige los siguientes requisitos:

- a)-Patrón patológico de consumo de alcohol, como uso diario, imposibilidad de detenerse, esfuerzos infructuosos por reducir la ingestión, intoxicación continua por 2 días, consumo ocasional de una quinta parte galón de bebida espirituosa en un día, lagunas amnésicas (black outs) o ingestión mantenida pese a tener conciencia de padecer afec-

nes físicas que se agravan con el alcohol.

- b)-Afectación social o laboral debida al alcohol.
c)-Duración del trastorno por más de un mes.

Criterios para el diagnóstico de dependencia alcohólica:

Para el diagnóstico clínico de dependencia alcohólica se siguieron los criterios de Edwards que se recogen en la Décima Clasificación Internacional de Enfermedades, que exige además de los criterios referidos para el diagnóstico de abuso de alcohol la presencia de 3 o más de los siguientes rasgos:

- 1.-Deseo intenso o la vivencia de la compulsión a ingerir alcohol.
- 2.-Conciencia subjetiva de la disminución de la capacidad para controlar el inicio del consumo y otras veces para poder terminar o para controlar la cantidad consumida.
- 3.-Consumo de alcohol con la intención de aliviar síntomas de abstinencia con el convencimiento de que se trata de un método efectivo.
- 4.-Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia.
- 5.-Tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de alcohol para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas.
- 6.-Una reducción progresiva del repertorio de los patrones de consumo de alcohol (por ejemplo: tendencia a ingerir bebidas alcohólicas entre semana y los fines de semana al margen de las normas sociales aceptadas para un consumo adecuado de alcohol).
- 7.-El abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones en favor del consumo de alcohol).
- 8.-Persistencia en el consumo de alcohol aún cuando ya sean evidentes las consecuencias perjudiciales (consecuencias negativas pueden ser repercusiones en la salud, tal como daño hepático por el

Morbilidad oculta del alcoholismo masculino y valor de los instrumentos diagnósticos para médicos

consumo excesivo de alcohol, sociales como en el caso de la pérdida de empleo, por disminución del rendimiento producido por el alcohol o psicológicos, como en el caso de estados de ánimo depresivos de alto consumo de alcohol).

Criterios para considerar a un sujeto como alcohólico en la valoración de los cuestionarios: Se siguieron los criterios internacionales delimitados por los autores de cada instrumento y se consideró tentativamente como alcohólicos a los que alcanzaron positividad en la calificación obtenida de cualquier fuente de información utilizada.

Procesamiento estadístico:

Para determinar la significación de la variable edad/alcohólicos y no alcohólicos, se

utilizó la prueba de contraste de la mediana a través de X^2 (chi al cuadrado) y se consideró significativo el valor de X^2 cuya P fuera igual o menor de 0,05.

La variable escolaridad alcohólicos y no alcohólicos fue comparada mediante la prueba de X^2 de una sola muestra y se consideró significativo todo valor de X^2 cuya P fuera igual o menor de 0,05.

En cuanto a la variable ocupación y estado civil se descubrieron sus valores mediante su expresión en tanto por ciento.

Para determinar la sensibilidad de los instrumentos utilizados, se aplicó la prueba binominal y también se consideró significativo todo valor de dicha prueba cuya P fuera menor o igual que 0,05.

ANEXO II

TABLA V

DISTRIBUCION DE ALCOHOLICOS Y NO ALCOHOLICOS SEGUN EDADES

EDAD	ALCOHOLICOS (n/17)	NO ALCOHOLICOS (n/137)
16-19	0	10
20-29	3	38
30-39	2	33
40-49	3	17
50-59	4	15
60 y más	5	24
Media de edad	50,75	35,71
		P<0,05

FUENTE:ENCUESTA

TABLA VI

DISTRIBUCION DE ALCOHOLICOS Y NO ALCOHOLICOS SEGUN NIVEL DE ENSEÑANZA PRIMARIO Y ANALFABETOS

	ALCOHOLICOS	NO ALCOHOLICOS
Enseñanza primaria o analfabeto	10	40
$x^2=18$		P<0,05

FUENTE:ENCUESTA

TABLA VII

DISTRIBUCION DE ALCOHOLICOS Y NO ALCOHOLICOS SEGUN NIVEL MEDIO DE ENSEÑANZA

	ALCOHOLICOS	NO ALCOHOLICOS
Enseñanza media	5	67
$\chi^2=53,38$		$P<0,05$

FUENTE:ENCUESTA

TABLA VIII

DISTRIBUCION DE ALCOHOLICOS Y NO ALCOHOLICOS SEGUN NIVEL SUPERIOR DE ENSEÑANZA

	ALCOHOLICOS	NO ALCOHOLICOS
Enseñanza superior	2	30
$X^2=24,5$		$P<0,05$

FUENTE:ENCUESTA

TABLA IX

DISTRIBUCION DE ALCOHOLICOS Y NO ALCOHOLICOS SEGUN ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	ALCOHOLICOS (n/9)	NO ALCOHOLICOS (n/137)
Casado	35,2 %	48,1 %
Unión Consensual	11,7 %	2,1 %
Divorciado	35,2 %	10,9 %
Separado	5,8 %	0,7 %
Viudo	—	4,3 %
Soltero	11,7 %	33,5 %

TABLA X

DISTRIBUCION DE ALCOHOLICOS Y NO ALCOHOLICOS SEGUN OCUPACION

TIPO DE TRABAJO	ALCOHOLICOS (n/9)	NO ALCOHOLICOS (n/137)
Servicio no calificado	17,6 %	21,1 %
Servicio calificado	23,5 %	23,3 %
Producción no calificado	17,6 %	9,5 %
Producción calificado	—	8,0 %
Administrativo	—	3,6 %
Militar	—	1,4 %
Estudiante	—	15,3 %
Desocupado	11,8 %	2,1 %
Jubilado	29,4 %	15,3 %

TABLA XI

DISTRIBUCION DE ALCOHOLICOS Y NO ALCOHOLICOS SEGUN ENTRADAS MENSUALES

ENTRADA MENSUAL EN PESOS	ALCOHOLICOS (n/9)	NO ALCOHOLICOS (n/137)
Hasta 100	5,8 %	9,5 %
101 a 200	47,0 %	37,2 %
201 a 300	23,5 %	20,4 %
301 a 400	11,7 %	17,5 %
401 y más	—	0,7 %
No entrada mensual por ser estudiantes	—	12,4 %
No entrada mensual por otras causas	11,7 %	2,1 %

BIBLIOGRAFIA

1. LEVAV I Y COL. Salud Mental para todos en América Latina y el Caribe: Bases epidemiológicas para la acción. *Boletín de la OPS Vol 107* (pag 2219) 1989.
2. FLOREZANO R. Alcoholismo y abuso de otras drogas. Programas de prevención en Santiago de Chile. *Boletín de la OPS Vol 107* (6) p 577, 1989.
3. GONZALEZ R. Alcoholismo. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. Vol. 3 (2) 33-64, 1987.
4. HOLT B. et al. Early identification of alcohol abuse. 2: Clinical and Laboratory Indicators. *Canada Medical Association* 124, 1275-99, May 1981.
5. MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES DSM-III, pag. 180, *Toray Mason*, Barcelona, 1983.
6. HOSPITAL PSIQUIATRICO DE LA HABANA. Glosario Cubano de la Clasificación Internacional de Enfermedades, capítulo V, décima revisión. C. Habana 1991.
7. EWING, J; ROUSE, B. Identifying the hidden alcoholic read at the International Congress of Alcoholism and Drug Dependence. Sidney, Australia. feb. 26, 1970.
8. POKORNY, A. The brief MAST a shortened version of the Michigan Alcoholism Screening Test. *American Journal of Psychiatry*, 129: 3, 342-345, 1972.
9. GONZALEZ, R. Pesquisaje de alcoholismo en trabajadores ausentistas. *Rev. española de drogo-dependencia*, vol 16 (1) 29-34, 1991.
10. RODRIGUEZ, A. Morbilidad alcohólica oculta en 4 consultorios del Médico de Familia. Tesis de Grado, Provincia Habana, 1989.
11. GONZALEZ, R. Alcoholismo. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, vol. 3 (2) pp. 33-64, 1987.
12. GONZALEZ R. La epidemiología del alcoholismo: sus objetivos y obstáculos. *Rev. del Hosp. Psiq. de la Habana*, vol. 27 (3), pag. 177-190, 1986.
13. MIQUEO, T. El cuestionario MAST en sus tres variantes fundamentales: sensibilidad y especificidad según 3 fuentes de información. Tesis de grado La Habana, 1988.
14. SAUNDERS, T., PHIL, M.; KER-SHOW, P. Screening test for alcoholism finding from a community study. *British Journal of Addiction* 75, 37-41, 1980.

15. HOLT, B. et al. Early identification of alcohol abuse: Clinical and Laboratory Indicators. *Canada Medical Association* 124, 1275-99, may. 15, 1981.
16. LOPEZ IBOR. J.J.; C. RUIZ; BARRIA, D. Psiquiatría. Tomo II, pág. 1158, *Editor Toray*, Barcelona, 1982.
17. GONZALEZ R., ULIVER, E. Los cuestionarios CAGE y MAST de 10 preguntas: potencialidad para identificar bebedores sociales y alcohólicos según fuente directa y familiar. *Rev. Española de Drogodependencias*, 14 (3) 197-205, 1989.