

DETECCION TEMPRANA DEL BEBEDOR PROBLEMA

Rafael VELASCO FERNANDEZ *

PALABRAS CLAVE : *Bebedor problema - Alcoholismo - Atención Primaria*

KEY WORDS : *Maladaptive pattern of alcohol use - Alcoholism - Primary Health Care*

El autor presenta una exhaustiva revisión del concepto de bebedor problema para propósitos de prevención y tratamiento del alcoholismo. La identificación oportuna del bebedor excesivo cuenta con criterios, instrumentos y procedimientos de detección, relacionados a cuestionarios y entrevistas de tamizaje (CAGE, MAST), marcadores bioquímicos e indicadores clínicos (AUDIT). Propone la inserción de los medios de detección a nivel de la atención primaria de salud.

EARLY DETECTION OF THE MALADAPTIVE PATTERN OF ALCOHOL USE

The author reviews thoroughly the concept of a maladaptive pattern of alcohol use with preventive and treatment purposes. The early identification account with detection criteria, tools and procedures related to screening questionnaires and interviews (CAGE, MAST), biochemical indicators and clinical cues (AUDIT). He proposes to introduce these detection instruments into the primary health care system.

(*) Coordinador General. Consejo Nacional contra las Adicciones. Secretaría de Salud. México.

INTRODUCCION

Hablaremos aquí de un asunto que es particularmente importante para la prevención y el tratamiento del alcoholismo. Por años se ha llamado "prevención secundaria" a la estrategia consistente en identificar a las personas que están en las primeras etapas de un padecimiento, a fin de proporcionarles el tratamiento oportuno que impida que lleguen a desarrollar totalmente la enfermedad. En el caso del alcoholismo, y considerando las dificultades técnicas, los costos y el relativamente escaso éxito del tratamiento, la prevención secundaria ocupa lugar destacado en los programas implantados en los países desarrollados, desde hace ya muchas décadas.

También, desde el punto de vista ético y sin pretender dejar de lado los aspectos prácticos (económicos por ejemplo), hay que considerar el hecho de que el bebedor en riesgo **está ya en el camino de convertirse en alcohólico**, y necesita la ayuda de los sistemas de salud para detener el curso natural del proceso patológico. Por otra parte, la prevención primaria, que comprende todas las acciones encaminadas a disminuir la aparición de nuevos casos, es particularmente complicada y costosa cuando se aplica al abuso del alcohol, ya que son muchas las actividades que deben realizarse y es difícil la valoración de los resultados en términos reales. Desgraciadamente, no hay ni puede haber nada parecido a una vacuna contra el síndrome de dependencia del alcohol o contra cualquiera de las otras adicciones.

Pero no se trata de enfrentar una estrategia preventiva con la otra. Un buen programa contra el alcoholismo debe incluir las dos formas de prevención; sin embargo, con frecuencia se resta importancia a la secundaria, lo cual no se justifica, sobre todo si recordamos que en los países en desarrollo se tienen, por lo general, las instancias para realizarla. Los centros de atención primaria de la salud son sitios en los que puede llevarse a cabo, si previamente se capacita al personal, y también lo son las unidades hospitalarias del 2do. nivel, como se verá más adelante.

Queda expresada, así, la trascendencia del tema. Es importante aclarar primero los términos del título de esta presentación. Después diré algo sobre las diferentes etapas por las que pasa el bebedor habitual para llegar a la verdadera dependencia; luego abordaré el procedimiento clínico que permite la detección temprana y, finalmente, llegaré a las conclusiones generales.

EL BEBEDOR PROBLEMA

Pocos expertos usan el término "bebedor problema". En las clasificaciones internacionales y en la más usada de la American Psychiatric Association (DSM-III-R, 1987), no existe una categoría con esta denominación. He preferido utilizarlo porque se cita en los libros menos especializados que están al alcance del médico general. Por otra parte, nadie niega la necesidad de buscar definiciones para los estados previos al "alcoholismo", término que tam-

bién resulta impreciso, al punto de que algunos autores prefieren englobar todas las formas de consumo “peligroso” de alcohol en la calificación “conductas alcohólicas” (J. Adés, 1984). El hecho, sin embargo, es que expresiones como “alcoholismo” y “bebedor problema”, se usan desde hace muchos años y, por sí solas, dan una idea más o menos clara, compartida por expertos y legos, de lo que queremos significar. Es importante, para empezar, decir que no es fácil delimitar lingüísticamente lo que va de una forma de beber “nociva” para el futuro individual del bebedor, y la noción de dependencia, que constituye un cuadro más identificable clínicamente.

Si dejamos de lado el sentido más estricto del concepto de alcoholismo, en tanto constituye una verdadera “adicción” (sinónimo de “dependencia”), los llamados bebedores problema estarían en una franja que abarca un mayor número de formas de consumo de alcohol. Estas se caracterizan porque han llevado al bebedor a un punto impenetrable, o casi impenetrable, por los argumentos que generalmente influyen para modificar el comportamiento: los problemas que ya produce una forma de beber excesiva, los trastornos de la salud para el futuro mediano e inmediato, las consecuencias económicas, familiares, laborales, etc., en fin, todas aquellas explicaciones que el sentido común y la racionalidad aconsejan para abandonar una conducta peligrosa (Duchene, 1951).

Diríamos que “bebedor problema” es el equivalente, en términos de lenguaje

común, al de “bebedor excesivo”, más usado por los expertos. ¿Cuál sería una cantidad “excesiva” de alcohol? Según Marconi puede hablarse de un “exceso” cuando la ingestión de alcohol representa más del 20% de la ración calórica cotidiana. Esta fórmula tiene la ventaja de referirse a hechos fisiológicos y no a aspectos subjetivos, pero reconozcamos que éstos son importantes, con todo lo que puedan tener de inmensurables. Por experiencia histórica, se sabe que no son buenas las definiciones que hacen alusión a las cantidades, tratándose del alcoholismo. Pero, en fin, afirmaríamos (casi en forma tautológica) que el bebedor problema **bebe en exceso**, lo cual significa que una parte sustancial del aporte calórico de su dieta depende del alcohol etílico que ingiere con regularidad. Pero existen otros datos también muy significativos:

- El “abuso de alcohol” (esta es otra forma de expresión de “beber excesivamente”) suele manifestarse en alcoholizaciones agudas repetidas, es decir, en frecuentes estados de ebriedad.
- Con el tiempo puede ocurrir que la alcoholización repetida no se traduzca en estados de ebriedad reconocible.
- La vida social y familiar sufre cambios negativos relacionados con la forma de consumir alcohol del “bebedor excesivo”.
- La salud **necesariamente** empieza a comprometerse, aunque de manera

muy variable entre diferentes sujetos.

Un enfoque muy interesante del proceso de convertirse en bebedor problema, con la posibilidad de llegar al síndrome de dependencia, es la de valorar los cambios que se van produciendo en la conducta, conforme se pasa de un "uso integrado" del alcohol, al del consumo excesivo y después a la verdadera adicción (Van Dijk, 1979). El Dr. G. Edwards ha tratado este asunto en la descripción de lo que llama "la carrera del bebedor", comparándola con lo que regularmente ocurre en la mayoría de las personas que ingieren alcohol de una manera "normal". Estas últimas siguen un patrón de conducta que, arbitrariamente, puede resumirse así: durante la infancia ocurren los primeros contactos con el alcohol (las "probadas" que el adulto propicia); en la adolescencia se da una **fase de experimentación** por cuenta propia, y en la juventud un período más o menos prolongado de **inestabilidad**, que da paso, ya en los años de la madurez, a otro, también duradero, de asentamiento y consumo responsable. En la vejez por lo general se da una disminución progresiva de la ingestión de bebidas alcohólicas hasta abatirse prácticamente en la senectud.

Tal es el patrón que ante el alcohol sigue la mayoría de las personas como línea general de comportamiento. Pero desgraciadamente hay otras posibilidades, como la de que, en cualquier momento, se inicie el consumo excesivo y se pase a etapas no previstas, que finalmente conduzcan a la dependencia.

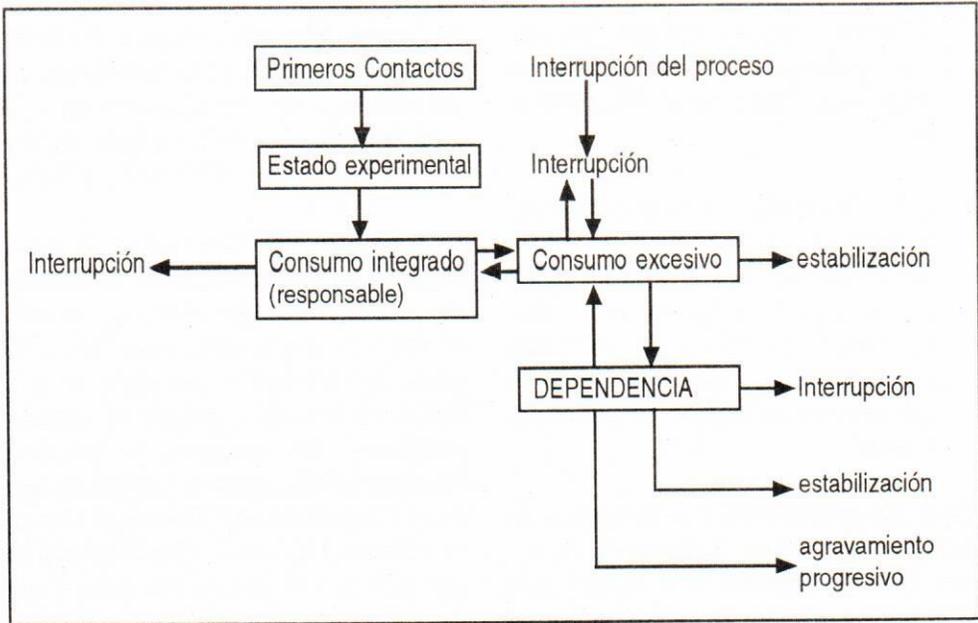
Desde los trabajos de Lundquist, pero sobre todo de Jellinek (1954) sabemos las diferentes fases de este proceso; sin embargo, es necesario precisar dos puntos importantes:

- a) No existe nada que pueda llamarse "progresión inevitable" de una etapa a la otra.
- b) En cualquier momento es posible una estabilización prolongada o un regreso a las etapas anteriores (Davies, 1974; Edwards, 1977).

El esquema que propone Van Dijk (1979) es el siguiente (Ver Fig. N°1):

Nos interesa la etapa N° 4 (consumo excesivo), donde se sitúan los bebedores problema, bebedores excesivos o bebedores con incapacidades ligadas al consumo de alcohol. Si se quiere hablar de prevención secundaria efectiva, es en esta fase del proceso donde debemos hacer el diagnóstico oportuno, para favorecer una intervención que evite el paso a la fármacodependencia verdadera. Veremos después qué nos dice la clínica sobre la posibilidad de esa identificación a tiempo, pero podemos adelantar algo que es resultado de la experiencia: la diferencia entre el bebedor excesivo y el alcohólico está **fundamentalmente** en la existencia o la ausencia de los dos hechos más característicos y clínicamente reconocibles del síndrome de dependencia, a saber: la **tolerancia** y los **signos y síntomas de la abstinencia**. Todos los demás datos son de difícil valoración, porque se trata de un asunto de grados o niveles en

FIGURA N° 1



la intensidad con que se presentan. La afectación de la salud física o mental, del bienestar general, de la calidad de las relaciones conyugales, familiares y sociales o de la situación ocupacional y financiera, etc. es un daño que debe considerarse en cada caso, pero no es tan sencillo asignarle su justo valor.

IDENTIFICACION OPORTUNA DEL BEBEDOR EXCESIVO

Aún antes de exponer lo que los expertos aconsejan para hacer el diagnóstico oportuno del comportamiento peligroso ante el alcohol, diremos algo que, sin alcanzar el valor estadístico necesario, tiene innegable utilidad para estimar el pronóstico. Más que un conjunto de hechos conocidos por el procedimiento

clínico riguroso, es una observación del comportamiento del bebedor. Se han identificado con bastante seguridad tres formas de conducta que, en definitiva, indican alto riesgo para el bebedor si coexisten con un dato subjetivo al que nos referiremos más adelante. Son las siguientes:

- a) Beber cantidades suficientes de alcohol para alcanzar moderada ebriedad varias veces a la semana. Esta conducta se manifiesta en forma conocida: tomar copas con los amigos a la salida del trabajo, ingerir alcohol por las tardes frente al televisor, reunirse por la noche con familias amigas, etcétera.
- b) Beber lo necesario para alcanzar el estado de ebriedad una vez a la se-

mana con regularidad. Este comportamiento es propio de los bebedores de fin de semana, que con frecuencia argumentan que "no tienen que levantarse temprano al día siguiente".

- c) Beber hasta llegar a la ebriedad completa en una larga jornada de consumo de alcohol, una vez al mes. En esta forma de comportamiento suelen caer las personas que pretenden tomar en uno o dos días "todo lo que dejaron de ingerir en varias semanas".

Para que cualquiera de estas formas de beber se considere "peligrosa", es decir, que alcance un alto significado como paso previo al alcoholismo, es necesario que coexista con el siguiente dato subjetivo ya anunciado anteriormente. Consiste en que el sujeto **bebe para contrarrestar la ansiedad o los estados depresivos** que le genera su existencia; es común que lo niegue, pero a veces lo confiesa usando expresiones como las de "beber para olvidar los problemas", "dejar de lado las preocupaciones", "no pensar en los disgustos conyugales o del trabajo", etcétera.

Es importante conocer estas conductas, porque los estudios retrospectivos de las historias clínicas de los alcohólicos señalan que tienen algún valor pronóstico. Pero esto no niega que existan otros comportamientos que conduzcan al alcoholismo, ni asegura que todas las personas que exhiban cualquiera de los tres descritos caerán inexorablemente en la adicción al alcohol. Son datos útiles,

porque nos proporcionan un conocimiento valioso. El clínico interesado en la identificación oportuna del bebedor excesivo tiene, en esta observación, un elemento que ha de poner en relación con otros datos para darle su verdadero significado.(CESAAL, 1990).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), reserva un lugar a lo que denomina "uso peligroso del alcohol", que equivale a la forma en que se conduce el bebedor problema. Por su parte, la American Psychiatric Association (APA) incluye en su Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III-R) un apartado con el mismo fin, pero al que da un nombre distinto: "Patrón de Conducta Inadaptada al Alcohol" ("A Maladaptive Pattern of Alcohol Use" en el original). Pero en el caso de este criterio diagnóstico, que probablemente es el más usado por los psiquiatras anglosajones y latinoamericanos, hay un antecedente en otro término, dedicado a cualquiera de las sustancias causantes de adicción: Abuso de sustancias psicoactivas. Como es aplicable al alcohol, y, además, se complementa bien con el rubro específico para este último, lo describiré en seguida. Dice el Manual DSM-III-R:

- A. El patrón de consumo inadaptado de una sustancia psicoactiva (abuso sin dependencia), se aplica cuando se encuentra, por lo menos, uno de los siguientes datos:

(1)Uso continuo a pesar de que el

sujeto sabe que el consumo de drogas es responsable de persistentes problemas psicológicos, sociales, ocupacionales y/o físicos.

- (2) Uso recurrente en situaciones en que se convierte en claramente peligroso (conducir un vehículo estando intoxicado, por ejemplo).

B. Las manifestaciones del abuso han persistido, por lo menos, por un mes o han recurrido repetidamente durante un tiempo prolongado.

C. En ningún caso se cubre el criterio para definirlo como Dependencia de Sustancias Psicoactivas.

Queda claro que el DSM-III-R se refiere, aquí, al abuso de **cualquier** sustancia psicoactiva capaz de producir adicción, **incluido el alcohol**. Ahora veamos lo que el DSM-III-R y la cie-10 dicen sobre el abuso del alcohol. Se deduce claramente de la comparación que no existen diferencias muy importantes, pese a que los términos no coinciden.

Como puede verse, el punto (2) del DSM-III-R no existe en la clasificación de la OMS, pero es muy importante. Implica ya un consumo casi compulsivo puesto que el individuo no se abstiene aún ante situaciones de riesgo físico, o que pueden enfrentarlo a la ley. A mi juicio, esto hace mejor el criterio de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), sobre todo porque señala también que, en el caso del abuso, no se

cumplen los requisitos de la verdadera dependencia. En lo que toca a nuestro interés particular en este capítulo, un criterio como ese nos dice con claridad a quién estamos tratando de identificar: al bebedor que se encuentra en alto riesgo de desarrollar serios problemas relacionados con el alcohol, o que ya los experimenta, pero que aún no es un fármacodependiente (alcohólico, en el sentido clínicamente menos estricto del término).

Los expertos tienden a considerar cada vez más los síntomas conductuales y cognoscitivos, poniendo menos énfasis en la tolerancia, al integrar los criterios para diagnosticar la dependencia (Alcohol and Health, 1990). Otra inclinación de los conocedores es prestar menos atención a las consecuencias sociales de beber en exceso, en tanto que destacan el comportamiento que denota la pérdida progresiva del control sobre la bebida. Todo esto provocará que un mayor número de individuos sean diagnosticados como bebedores excesivos, ya que se les incluirá en el apartado "abuso del alcohol" (Rounsaville, 1987 y 1988).

INSTRUMENTOS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA DETECCION OPORTUNA DE LOS CASOS

El diagnóstico temprano es un proceso que puede ir precedido de un "filtrado" susceptible de aplicación en diferentes niveles de los sistemas de salud, e incluso por personal paramédico capacitado. Esta primera discriminación debe

CARACTERÍSTICAS DEL ABUSO DEL ALCOHOL DE ACUERDO A LA CIE-10 Y EL DSM-III-R

CIE-10	DSM-III-R
<p>Uso peligroso del alcohol</p> <p>a. Evidencia de que es el alcohol el causante de los daños psicológicos y físicos.</p> <p>b. Se puede especificar claramente la naturaleza del daño.</p> <p>c. El patrón de abuso ha persistido por lo menos un mes, o ha ocurrido repetidamente en los 12 meses previos.</p>	<p>Patrón de conducta inadaptada al alcohol</p> <p>a. Existe, por lo menos, uno de los siguientes datos:</p> <p>(1) Consumo persistente de alcohol a pesar de que el sujeto sabe que los daños que sufre dependen de ese abuso.</p> <p>(2) Consumo recurrente en situaciones peligrosas (conducir estando intoxicado, por ejemplo)</p> <p>b. Los datos han persistido por lo menos un mes o han sido recurrentes en un período prolongado.</p> <p>c. No se cumplen los requisitos para integrar el síndrome de dependencia al alcohol.</p>

ser práctica, sencilla, rápida y no costosa, pero capaz de establecer la presencia-ausencia del abuso del alcohol y, en el mejor de los casos, la severidad del cuadro. Por lo demás, es una práctica muy frecuente en otras condiciones patológicas, en particular las de carácter psiquiátrico. El diagnóstico es ya, en cambio, la confirmación de la naturaleza y las circunstancias de cada caso. El procedimiento encaminado a una primera valoración es un paso preliminar en el caso del abuso del alcohol, porque cuando se realiza adecuadamente puede ahorrar el esfuerzo confirmatorio posterior: la historia clínica médica, la entrevista psiquiátrica, los exámenes físicos, las pruebas de laboratorio, etc. (Saun-

ders y Aasland, 1987).

Los métodos para realizar esta especie de tamizado incluyen el uso de cuestionarios y entrevistas para la búsqueda de indicadores de problemas relacionados con el consumo de alcohol; algunos más complicados agregan procedimientos de laboratorio para detectar los marcadores biológicos de una ingestión excesiva y prolongada.

Frecuentemente, los cuestionarios están diseñados para autoadministrarse y, en otros casos, para complementarse con una o más entrevistas realizadas por especialistas o por personal capacitado. Los que se autoadministran no proveen,

por supuesto, información suficiente y segura para establecer metas de tratamiento; los que se combinan con entrevistas, en cambio, pueden ser útiles para una valoración más completa del paciente, con miras a un tratamiento oportuno. Debo decir que existen muchos cuestionarios que ya han probado su valor, variando de unos a otros las ventajas y las limitaciones. Citaré sólo los que más se recomiendan.

El llamado "CAGE Questionnaire" es un instrumento muy simple, de fácil administración, que sólo utiliza cuatro preguntas básicas, a saber:

- (1) ¿Alguna vez ha sentido la conveniencia de dejar de beber?
- (2) ¿Ha dejado la amistad de alguien por su crítica hacia la forma en que usted bebe?
- (3) ¿Alguna vez se ha sentido avergonzado por su forma de beber?
- (4) ¿Ha bebido por las mañanas, como primera actividad al despertar, para evitar las molestias de la "cruda(*)"?

La aplicación de esta prueba tarda sólo 30 segundos. Una sola respuesta positiva es suficiente para sospechar que se está ante un bebedor en problemas y dos o más son un indicador seguro de que los problemas existen. A muchos les puede parecer que es una calificación excesivamente rigurosa, pero el

hecho es que este cuestionario tan simple ha mostrado ser un excelente filtro (Mayfield, 1974; Ewing, 1984).

El MAST (Michigan Alcoholism Screening Test) es un cuestionario más formal que originalmente constaba de 25 preguntas; después se elaboró la versión abreviada (SMAST) de sólo 13 y aún otra de 10 ("The brief MAST"). Su objetivo es la detección del alcoholismo y sus complicaciones, y no parece ser muy útil para identificar bebedores problema, menos aún aplicado en países no desarrollados. La Escala de Proclividad al Abuso de Sustancias (SAPS en inglés) se diseñó para identificar a los jóvenes que se inclinan por la drogadicción, y ha mostrado gran valor para el caso del alcoholismo. Sin embargo, me voy a referir a un cuestionario que se usa, con ventaja, en el primer nivel de atención de la salud, y que, por ende, tiene valor especial para los países en desarrollo.

AUTOVALORACIÓN SOBRE LA INGESTION ALCOHOLICA

1. ¿Piensa y habla usted con frecuencia acerca de la bebida?
2. ¿Bebe más ahora que antes?
3. ¿Bebe más de prisa que los demás?
4. ¿Toma usted frecuentemente con la intención de "relajarse"?
5. ¿Ingiere usted varias copas aun cuando se había propuesto no hacerlo?

(*) Resaca, en nuestro medio (N.E.)

6. ¿Se ha sentido culpable o apenado por sus estados de ebriedad?
7. ¿Ha sufrido lesiones accidentales después de ingerir bebidas alcohólicas?
8. ¿Algunas veces olvida lo ocurrido (o parte de ello) mientras estuvo ebrio?
9. ¿Ha perdido algún amigo por sus críticas acerca de la forma en que usted bebe o lo que hace cuando está intoxicado?
10. ¿Ha tenido o tiene problemas frecuentes con la familia o con sus amigos en relación con su manera de beber?
11. ¿Bebe frecuentemente por la mañana con la intención de combatir los efectos de la cruda?
12. ¿Se siente a veces intranquilo o molesto porque no hay bebida a la mano?

Para la calificación, tres o más respuestas positivas indican que el sujeto tiene problemas con la bebida y debe considerarse bebedor excesivo. Desafortunadamente los cuestionarios de autoaplicación chocan con la incomprensión del individuo común. Es muy difícil, tal vez excepcional, que alguien que haya contestado afirmativamente en 3 a 4 de las preguntas del formulario transcrito admita que es un bebedor excesivo y menos aún que necesite ayuda.

La cuestión tan importante de si el paso de beber "normalmente" a las etapas ini-

ciales del alcoholismo depende de una observación del propio bebedor o de la gente que le rodea, incluido el médico, fue planteada por Robinson en los siguientes términos:

"El proceso de convertirse en alcohólico es, en parte, el de la construcción de un diagnóstico, aunque los mecanismos involucrados en el desarrollo de la dependencia aún no están completamente develados... simplemente, el médico y otros profesionales que diagnostican el alcoholismo de un sujeto le dan validez a los juicios de la familia, del propio paciente o de quien quiera que haya presentado el problema" (Robinson, 1976).

Probablemente Robinson tiene razón, pero eso no debe evitar el esfuerzo clínico de llegar a un diagnóstico. Después de todo, la identificación de muchas otras condiciones patológicas suele lograrse mediante una recolección directa e indirecta de datos. Lo importante es si esos datos son realmente valiosos para el diagnóstico y si puede confiarse en la veracidad de sus fuentes. Si la respuesta es afirmativa para los dos supuestos, no cabe duda de que es posible diagnosticar las primeras etapas del síndrome de dependencia del alcohol, a pesar de la variabilidad de la conducta de los bebedores.

Cuando el médico tiene acceso a una información completa y confiable sobre el comportamiento del bebedor, puede darle suficiente valor a ciertos datos. El médico no especializado dispone de guías útiles que lo orientan en su trabajo de consulta ordinaria. Los datos si-

guientes son los que con mayor frecuencia se consignan en ellas:

- (1) Aumento en el consumo de alcohol, ya sea regular o esporádicamente, con frecuentes -y quizá no intencionados- episodios de intoxicación.
- (2) Ingestión de alcohol para tratar de resolver problemas o aliviar sensaciones desagradables.
- (3) Preocupación evidente por el alcohol y necesidad expresa de tomarse una copa, en especial si esto se repite con regularidad.
- (4) Ingestión subrepticia de bebidas.
- (5) Tendencia a inventar "coartadas" o pretextos para justificar el hecho de beber.
- (6) Negativa a aceptar que su consumo de alcohol es excesivo cuando esto ya es notorio, y expresiones de disgusto cuando se menciona el asunto.
- (7) Ausentismo laboral frecuente, especialmente si se siguen ciertas pautas; por ejemplo, después de los fines de semana y de los días festivos.
- (8) Cambios frecuentes de empleo, sobre todo cuando la persona pasa a niveles más bajos, o el trabajo que desempeña no corresponde a sus aptitudes, educación y antecedentes.
- (9) Descuido en la apariencia personal y falta de higiene. Comportamiento y ajuste social inconsistentes con los niveles o aspiraciones anteriores del individuo.
- (10) Persistencia de molestias somáticas vagas y sin causa aparente; por ejemplo, insomnio, problemas gastrointestinales, dolores de cabeza y anorexia.
- (11) Problemas maritales y familiares constantes; tal vez, antecedentes de más de un matrimonio.
- (12) Problemas legales relacionados con estados de ebriedad.

En la actualidad se cuenta también con guías computarizadas que según algunos autores (Skinner y Pakula, 1986), están llamadas a ser muy empleadas en el futuro inmediato. Se considera que aumentan la precisión de los datos, estandarizan mejor los resultados y reducen los errores. Como dato interesante señalemos que las investigaciones realizadas sobre este asunto, apuntan en el sentido de que las personas interrogadas (al menos las de Estados Unidos), prefieren las guías computarizadas (Skinner, 1987) tal vez porque sienten que un instrumento no tiene interés en juzgar críticamente su conducta.

Los clínicos siempre aspiran a usar procedimientos seguros para el diagnóstico, y nada tiene de raro que se hayan buscado los datos de laboratorio que puedan demostrar la existencia de cambios fisiológicos ligados al exceso en el

beber. Hay algunos "marcadores bioquímicos" que tienen cierto valor, aunque todavía existe al respecto mucha controversia. Allen distingue entre dos tipos de exámenes de laboratorio capaces de encontrar esos marcadores: los que se aplican normalmente en pruebas rutinarias y los que ameritan de procedimientos especializados.

Los investigadores han reportado en los últimos años resultados variables, pocas veces totalmente satisfactorios, con las pruebas de laboratorio convencionales. Algunos de los marcadores biológicos estudiados han sido: a) niveles sanguíneos de la gama glutamil transferasa (GGT); b) aspartato aminotransferasa, transaminasa glutámico-oxalacética; c) fosfatasa alcalina (ésta y las señaladas en "b" son enzimas que se encuentran en el hígado y en otros órganos); d) volumen corpuscular medio (MVC, que es un indicador del tamaño de las células sanguíneas); e) ácido úrico; f) lípidos sanguíneos; y g) concentración sanguínea de alcohol.

Se ha dedicado mucha atención a la valoración de la GGT como un indicador confiable del abuso de alcohol, ya que es una enzima implicada en el transporte activo de los aminoácidos a través de la barrera hematoencefálica. Se ha encontrado que es un índice relativamente sensible del daño inicial hepático, si se compara con otras enzimas y compuestos que se dosifican rutinariamente (transaminasas, bilirrubina, albúmina) en los estudios clínicos de alcohólicos y bebedores crónicos. Los niveles aumentados de la GGT se consideran un

dato útil que traduce los cambios hepáticos producidos por el exceso en el consumo de alcohol durante un período prolongado, pero desafortunadamente otros padecimientos del hígado producen el mismo efecto. Su valor aumenta cuando están presentes los otros marcadores biológicos y sobre todo (Irwin, 1989) cuando se combina con trastornos cognitivos y perceptuales detectados en el bebedor mediante los test adecuados.

Watson (1986) y otros autores han demostrado que el uso del análisis estadístico de los patrones de cambio, en las baterías de pruebas de laboratorio, incrementa la eficiencia del diagnóstico a base de marcadores químicos. Sin embargo, no existe consenso sobre cuál de los modelos estadísticos es el mejor.

De los demás análisis de laboratorio que enlistamos anteriormente no vamos a hacer mayor referencia. Baste decir que su valor no es muy grande y que siempre deben ponerse en relación con los datos clínicos y con otras pruebas de laboratorio especializadas. La dosificación de los lípidos sanguíneos tiene, quizás, más importancia, como se verá después al hablar de los escrutinios que combinan la búsqueda de marcadores biológicos con encuestas sobre datos clínicos y conductuales. Entre las pruebas especializadas, se da un alto valor a la medición de los niveles en sangre de una proteína que interviene en el transporte del hierro y cuya actividad es deficiente en los grandes bebedores. Cierta técnica novedosa permite esta medición con bastante exactitud en el suero

de las personas investigadas (Stibler, 1986). Una evaluación clínica mostró que 77 pacientes bebedores excesivos pudieron distinguirse de 33 abstemios y de 80 bebedores normales con una capacidad de 100%. Los niveles de esta proteína (transferrina) se correlacionaron significativamente con la cantidad de alcohol consumida en el mes precedente a la realización de la prueba. Este marcador biológico se considera muy valioso, a condición de que el individuo haya consumido altas cantidades de alcohol por un período largo antes de practicársele la prueba de laboratorio.

Otras pruebas especializadas de laboratorio merecerían mayor atención, pero no he querido hacer demasiado hincapié en los procedimientos más sofisticados. Prefiero describir, brevemente, un procedimiento que fue probado en México bajo los auspicios de la OMS, que demostró ser muy valioso y que se encuentra ya muy difundido en todo el mundo. Los responsables del estudio, Dres. Juan Ramón de la Fuente y David Kershenobich, publicaron los resultados en un artículo titulado "El alcoholismo como problema médico", en junio de 1992. Esta referencia es tan importante, que consideré conveniente transcribir el resumen hecho por los autores:

"Como parte de un proyecto multinacional auspiciado por la OMS, se estudiaron más de 1900 bebedores de alcohol. El estudio incluyó historia clínica completa, exámenes de laboratorio, interrogatorio sobre hábitos y niveles de consumo y consecuencias sociales del consumo de alcohol. Además, se dise-

ñó un cuestionario para la identificación temprana de los bebedores que abusan del alcohol. Se encontró que el consumo excesivo de alcohol está asociado con numerosos signos y síntomas relacionados con el aparato cardiovascular, el digestivo y el sistema nervioso central, incluyendo la esfera mental; asimismo, que estas manifestaciones producen, con cierta frecuencia, confusión en el médico y son atribuidas a otros procesos patológicos. La aplicación del cuestionario denominado AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) permitió establecer ciertos indicadores clínicos de las fases tempranas de consumo peligroso de alcohol; de ellos destacan: insomnio y/o ansiedad, temblor distal de miembros superiores, trastornos digestivos vagos, accidentes frecuentes, impuntualidad en el trabajo y/o ausentismo laboral, tensión nerviosa sin causa aparente, elevación de la gamma-glutamyl-transferasa, aumento del volumen globular medio, macrocitosis sin anemia, y aumento de lipoproteínas de alta densidad. El análisis de estos resultados demostró que el AUDIT es un instrumento de tamizaje muy sensible (80%) y específico (89%), con un valor promedio predictivo positivo de 60%, y un valor promedio predictivo negativo del 95%. La aplicación sistemática del AUDIT, particularmente en el primer nivel de atención médica, podría ser de gran beneficio para los pacientes y para la comunidad".

En el Séptimo Reporte Especial que el US Department of Health and Human Services envió al Congreso de E.U. en 1990, con el título "Alcohol and Heal-

th", se da atención especial a este procedimiento de tamizaje para identificar al bebedor excesivo en sus etapas iniciales. Ahí se dice que es un instrumento de gran utilidad que lo hace preferible a otros que desde hace años se utilizan en investigaciones epidemiológicas (Babor, 1989). El alto grado de validez que se le asigna se deduce claramente de este párrafo: "El AUDIT es simple, barato, transportable, diseñado para autoadministración o para ser aplicado por personal con mínimo entrenamiento... lo mismo sirve para hacer una investigación en una población que para usarse en el consultorio o la clínica... además, es adaptable para presentación por microcomputadora..."

LOS SISTEMAS DE SALUD Y LA IDENTIFICACION DE LOS CASOS

Un planteamiento lógico es el siguiente: si los medios e instrumentos para la detección oportuna de quienes abusan del alcohol e inician el proceso de convertirse en alcohólicos son útiles, y en un alto porcentaje seguros, ¿en cuáles de los servicios de atención a la salud se deben aplicar? En principio, un miembro de los equipos de salud mental podría contestar que el sitio más adecuado es todo aquel en el que se encuentra un población "cautiva", desde las salas de espera de los consultorios, las clínicas y los laboratorios, hasta las camas de hospital. Convengamos, sin embargo, en que esto es inoperante en la práctica y que debemos centrar nuestra atención en cada uno de los niveles de servicios a los que volunta-

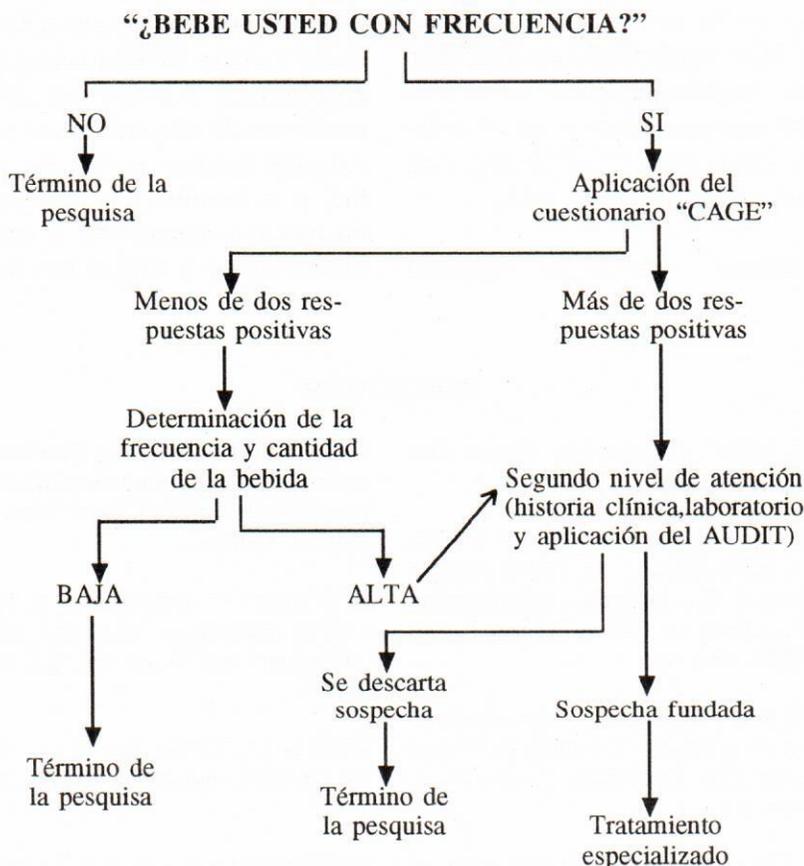
riamente asisten los pacientes, aunque sea por una causa en apariencia no relacionada con el alcoholismo.

Se han realizado interesantes investigaciones al respecto (Clement, 1986; Brown, 1987), y de ellas podemos concluir que en cada uno de los niveles de atención hay un lugar adecuado para actuar. Así, en la atención primaria de la salud están las clínicas y consultorios en los que personal capacitado puede aplicar, por ejemplo, un cuestionario tan simple como el CAGE que ya mencionamos; en el segundo nivel, al que pertenecen los hospitales generales, se puede aplicar el AUDIT por un médico no especializado, e incluso es posible realizar algunas de las pruebas de laboratorio rutinarias de las que ya nos hemos ocupado; finalmente, los hospitales donde hay servicios de urgencias y traumatología son puntos clave para la detección de los bebedores problema.

En todos los casos es preciso realizar primero una capacitación que abarque a las enfermeras, los trabajadores sociales y los médicos. Esta es una labor sencilla, realizable con eficacia en los sistemas de salud de los países en vías de desarrollo, que debiera ser una línea de acción de los programas de prevención y de fomento de la salud. En el nivel de atención primaria, los cuestionarios pueden aplicarse por una enfermera o una trabajadora social, quienes canalizarían los casos sospechosos a la consulta externa de los hospitales de segundo nivel. Aquí se tienen recursos adicionales con la posibilidad de obtenerse una historia clínica completa a la

FIGURA Nº 2

DETECCION TEMPRANA DEL BEBEDOR EN RIESGO EN ATENCION PRIMARIA DE SALUD



que se adicionarían las pruebas de laboratorio y la aplicación de cuestionarios más especializados. Este procedimiento debe establecerse no sólo con los pacientes referidos del primer nivel, sino con los enfermos que acuden a consulta externa o los hospitalizados en los que se encuentran datos orientadores.

Los servicios de urgencias, donde las principales causas de referencia son los

traumatismos, los cuadros agudos que ameritan cirugía y los estados de coma, son sitios “naturales” para la recepción de bebedores problema, si recordamos cuáles son las complicaciones médicas más frecuentes que ocurren en estos sujetos. Una buena historia clínica, los estudios de tamizado y la búsqueda intencionada de datos pueden esclarecer el caso y orientar hacia una ulterior atención especializada.

La mayor preocupación debe dirigirse principalmente a lo que puede hacerse en el primer nivel de atención y en lo que se sigue de ese escrutinio. Propongo para tal fin un camino que se basa en el CAGE al principio y en el AUDIT después. Sugiero que puede ser un modelo útil para los países como el nuestro, que han puesto un énfasis mayor en la atención primaria de la salud.

Para terminar, expresaré mi esperanza

de que los programas de trabajo que se asignan a la atención primaria de la salud incluyan, dentro de sus prioridades, las acciones de escrutinio que permitan identificar oportunamente a los bebedores en riesgo. No olvidemos que el alcoholismo y el abuso del alcohol son problemas de alta incidencia en nuestro país, causantes de graves daños a la salud, a la familia y la sociedad. Toda medida que contribuye a disminuirlo merece apoyo y esta es una de ellas.

REFERENCIAS

- ADES J. (1984) Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Paris, 37398 A10-7 .
- BABOR TF, DE LA FUENTE JR, SAUNDERS J AND GRANT M. (1989) AUDIT The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Health Care, WHO, Ginebra.
- BROWN R.L. y Col (1987). Diagnosis of Alcoholism in a Simulated Patient Encounter by Primary Care Physicians, *J. Fam Pract*, 25(3): 259-264.
- CLEMENT S. (1986) The Identification of Alcohol Related Problems by General Practitioners, *Br J of Addictions*, 81(2): 258-264.
- DAVIES D.L. (1974) Implications for Medical Practice of an acceptable concept of Alcoholism, citado por Kessel, N y col. en Alcoholism: a medical profile. Edsall edit. London,
- DE LA FUENTE JR & KERASHENOBI-CH D. (1992) El alcoholismo como problema médico. *Revista de la Fc. de Medicina de la UNAM*. 35,2:
- DUCHENE H. (1951) Les Resultats Obtenus en trois ans de Consultation Médico-sociale pour le traitement de L'alcoolisme, *Etud Antialcool*, Nantes.
- EDWARDS G, ORFORD J & EGERT S. (1977) Alcoholism: A Controlled trial of "treatment" and "outcome", *Q.J. Stud Alcohol*
- EWING JA. (1984) Detecting Alcoholism, the CAGE Questionnaire. *JAMA*, 252: 1905-1907
- IRWING MR y colaboradores (1989) Graded Neuropsychological Impairment and Elevated Gamma-Glutamyl Transferase in Chronic Alcoholic Men. *Alcoholism*. 13 (1): 99-103.
- JELLINEK EM. (1954) The Nosological Position of Alcoholism in the Ligth of Psychiatry. Documento OMS/APD/ALC/6, OMS edit. Ginebra
- MAYFIELD DG. (1974) The CAGE Questionnaire: Validation of a New Alcoholism Screening Instrument". *Am J Psychiatry*, 131:1121-1123

NIAAA (1990) Alcohol and Health, Seventh Special Report to the U.S. Congress, from the Secretary of Health and Human Services, January

ROBINSON D. (1976) From Drinking to Alcoholism: A Sociological Commentary, Wiley. Londres

ROUNSAVILLE B.J. KOSTEN, T. R.; WILLIAMS J. B W., SPITZER R. L. (1987) A Field Trial of DSM-III-R psychoactive substance dependence disorders. Am J Psychiatry, 144: 351 - 355.

ROUNSAVILLE BJ. (1990) Official Diagnostic Criteria for Alcoholism, Position Paper Prepared for the U.S. Institute of Medicine Study of Treatment of Alcohol Problems, Washington, D.C., 1988 (en Alcohol and Health, 1990).

SAUNDERS JB, & AASLAND OG.(1987) WHO Collaborative Project on the Identification and Treatment of Persons with Harmful Alcohol Consumption, Report of Phase I: Development of a Screening Instrument. Geneva, World Health Organization. Ginebra.

SKINNER HA & HOLT S. (1987) The Alcohol Clinical Index: Strategies for Identifying Patients with Alcohol Problems, Addiction Research Foundation. Toronto

SKINNER Y HA & PAKULA A. (1986) Challenge of Computers in Psychological Assessment. Professional Psychology: Research and Practice, N° 17

STIBLER H, y colaboradores. (1986) Micro Anion Exchange Chromatography of Carbohydrate Deficient Transferrin in Serum in Relation to Alcohol Consumption". Alcoholism, 10(5): 535-544.

US. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (1990) Alcohol and Health. Seven Special Report to the U.S. Congress on Alcohol and Health from the Secretary of Health and Human Services. January (Documento)

WATSON RR, y colaboradores.(1986) Identification of Alcohol Abuse and Alcoholism with Biological Parameters". Alcoholism, 10 (4): 364-385.

VAN DIJK W.K. (1979) Alcoholism, a many sided problem. Adv. Biol. Psychiatr. Vol.3, Karger, Basilea

Dirección Postal:

*Aniceto Ortega 1321. 7º Piso
Col. Del Valle
03100 México, D.F.
México*

PRUEBA DE CONOCIMIENTOS

1. *¿Cuál es el equivalente de “bebedor problema”?*
 - a) Consumo social de alcohol
 - b) Abuso del alcohol
 - c) Bebedor excesivo
 - d) Adicto al alcohol

2. *¿En qué etapa de la “carrera del bebedor” se sitúa el “bebedor problema”?*
 - a) Primeros contactos
 - b) Estado experimental
 - c) Consumo responsable
 - d) Consumo excesivo
 - e) Dependencia

3. *¿Qué criterio diferencia al “bebedor problema” del alcohólico?*
 - a) La tolerancia
 - b) La abstinencia
 - c) La cantidad de alcohol ingerido
 - d) a + b + c
 - e) a + b

4. *A partir de ¿qué porcentaje de la ración calórica cotidiana se puede hablar de un “exceso” en la ingesta de alcohol?*
 - a) 10%
 - b) 20%
 - c) 30%
 - d) 40%

5. *En el Cuestionario CAGE ¿qué número de respuestas positivas es suficiente para sospechar de un “bebedor problema”?*
 - a) Uno
 - b) Dos
 - c) Tres
 - d) Cuatro

6. ¿Cuál de los marcadores biológicos es el más confiable para valorar el abuso del alcohol?

- a) Fosfatasa alcalina
- b) Volumen corpuscular medio
- c) Gammaglutamil-transferasa
- d) Acido úrico
- e) Concentración sanguínea de alcohol