



Instrumentos de Evaluacion en el Diagnóstico del Alcoholismo

- Ricardo Sánchez P. Profesor Asistente, Departamento de Psiquiatría, Universidad Nacional de Colombia.
- Daniel Enrique Suárez A. Médico Psiquiatra, Universidad Nacional de Colombia

Dirigir correspondencia a Ricardo Sánchez, Unidad de Salud Mental Hospital San Juan de Dios, Santafé de Bogotá.

El alcoholismo es una entidad que no está claramente definida y que no es adecuadamente diagnosticada por el personal médico. Debido a que el reconocimiento de esta patología es fundamentalmente clínico, los autores destacan la utilización de las escalas de evaluación como recursos valiosos dentro de la labor diagnóstica e investigativa de los profesionales de la salud. Se hace una presentación de la evolución histórica de tales instrumentos y se muestran las escalas que, por sus características, han demostrado mayor valor y utilidad dentro del trabajo en salud mental, tanto a nivel clínico como epidemiológico.

INTRODUCCION

Independientemente de cómo sea definido, el alcoholismo es un trastorno que reduce la expectativa de vida de las personas que lo padecen y que es potencialmente letal si no recibe tratamiento (1). No existe un método exacto para diagnosticarlo ya que el mismo concepto de alcoholismo es impreciso. Dentro de esta categoría diagnóstica confluyen diversos estilos de consumo que producen efectos dañinos en la salud física y psicológica de la persona o deterioran su adaptación familiar, laboral o social (2). A esto se agrega el hecho de que el alcohol es una sustancia cuyo consumo es aceptado e incluso promovido socialmente lo que hace que, a diferencia de otras enfermedades, no exista a nivel de la población una concepción clara sobre la característica patológica de la utilización de dicha sustancia. Teniendo en cuenta lo antes anotado, y considerando el carácter estigmatizante que ha adquirido esta enfermedad, debemos reconocer que nos enfrentamos a una patología de difícil diagnóstico. Diferentes estudios a nivel de centros hospitalarios (3, 4), muestran cómo el médico tiende a sub registrar esta entidad, lo cual puede ser debido a fallas en la formación académica, a negación por parte médica de la situación de enfermo que tiene el alcohólico, a considerar que tal diagnóstico no tiene importancia, o a que el médico no piensa en esta patología.

La consecuencia obvia de que el paciente no consulte y el médico no diagnostique es el subregistro de una patología grave, con todas las complicaciones que esto acarrea a nivel epidemiológico. Para solucionar esta situación, diversos autores han desarrollado instrumentos de evaluación que buscan facilitar, afinar y sistematizar la labor diagnóstica en los casos de alcoholismo. Existen alrededor de 200 de tales instrumentos, con tiempos de aplicación que van desde 1/2 minuto hasta 3 horas, y diferencias importantes en su capacidad para diagnosticar como positivos a una gran proporción de alcohólicos (sensibilidad) o para identificar como no alcohólicos a quienes realmente no lo son (especificidad).

Si bien muchos de los instrumentos con buen nivel de sensibilidad no tienen capacidad para discriminar entre Dependencia y Abuso, sí dan un buen índice de la población con problemas con la bebida (“Bebedores Problema”). Desde el punto de vista del laboratorio se están efectuando estudios para encontrar marcadores biológicos que permitan detectar personas con la enfermedad o con riesgo de desarrollarla. A pesar de los adelantos el diagnóstico sigue siendo básicamente clínico.

CONCEPTOS SOBRE EL ALCOHOLISMO:

En 1951 la OMS plantea un concepto biopsicosocial del alcoholismo al describir al adicto como “el bebedor excesivo cuya dependencia alcohólica alcanza tal nivel que genera trastornos mentales o somáticos y conflictos interpersonales, sociales o laborales” (5).

Posteriormente Jellinek [citado por Jarman y Kellet (4)] postula que la definición de alcoholismo debería basarse en dos elementos: la pérdida de control sobre la bebida y la incapacidad para abstenerse.

El anterior concepto es rebatido por autores como Alonso- Fernández (6) que plantean la existencia de diferentes variedades de alcoholismo de las cuales solo algunas presentarían dicha pérdida de control. Más adelante surge la propuesta de definir el alcoholismo con base en la cantidad consumida aduciendo la existencia de límites individuales de tolerancia al alcohol (4) .

Las definiciones actuales han abandonado los conceptos estrictamente cuantitativos sobre dosis ingerida, regularidad y frecuencia del consumo, para dar paso a criterios relacionados con tres elementos básicos:

1. Incapacidad para controlar el uso de la sustancia.
2. Deterioro familiar, laboral, social y de la salud individual como resultado del consumo de la sustancia.
3. Desarrollo de síntomas de tolerancia o abstinencia.

Actualmente la OMS define el alcoholismo como un trastorno conductual crónico, manifestado por ingestión de alcohol en forma repetida y excesiva respecto a las normas alimenticias y sociales de la comunidad, que genera una alteración en la salud o en las funciones económicas y sociales del bebedor.

Sistemas de clasificación más recientes, como el DSM III R, omiten el uso del término "Alcoholismo" y en su lugar utilizan los términos "abuso" y "dependencia".

La CIE-10 habla de consumo peligroso, perjudicial y dependencia (9). Con lo anterior se busca, no solo evitar la utilización de un término diagnóstico estigmatizante, sino determinar categorías más específicas relacionadas con el consumo de alcohol.

INSTRUMENTOS DE EVALUACION PARA DIAGNOSTICO DE ALCOHOLISMO

La aplicación de cuestionarios para diagnóstico del alcoholismo ha resultado útil, principalmente en estudios epidemiológicos dirigidos a detectar "bebedores problema". Sus orígenes se remontan a 1949, cuando Manson [citado por González(10)] publica el Test de Adicción al Alcohol que se considera el primer instrumento sistematizado en esta área. En 1960 Block (11) presenta un cuestionario dirigido a detectar bebedores problema, que consta de las siguientes 6 preguntas:

1. Presenta Ud. con frecuencia excesos alcohólicos?

2. Experimenta la necesidad de beber alcohol a diferentes horas del día?
3. Bebe alcohol estando solo?
4. Bebe alcohol en horas de la mañana?
5. Destina tiempo de sus deberes o de su trabajo a consumir alcohol?
6. Ha tenido amnesias estando bajo efectos del alcohol?

Se considera que la respuesta positiva a dos o más preguntas indica problemas con la bebida.

Como crítica a este instrumento puede decirse que, además de la imprecisión de su primera pregunta, solo hace énfasis en la dificultad para controlar el consumo de la sustancia y deja de lado los aspectos de tolerancia y abstinencia.

En 1971 Selzer (12) publica el "Michigan alcoholism screening test" (MAST), el cual es uno de los instrumentos de más amplia aplicación en estudios epidemiológicos.

La estructura de dicho instrumento diagnóstico se presenta a continuación:

0. A Usted le gusta tomar de vez en cuando? (no se califica)
1. Considera usted que es un bebedor normal? Si (0), No (2)
2. Se ha despertado alguna vez en la mañana, luego de haber bebido la noche anterior, notando que no podía recordar bien lo ocurrido desde la tarde anterior? Si (2), No (0)
3. Su esposa o sus padres se han quejado por su forma de beber? Si (1), No (0)
4. Puede dejar de beber sin mayores esfuerzos luego de tomar uno o dos tragos? Si (0), No (2)
5. Alguna vez se ha sentido disgustado debido a su manera de beber? Si (1), No (0)
6. Sus amigos o familiares creen que usted es un bebedor normal? Si (0), No (2).
7. Siempre puede dejar de beber cuando usted quiere? Si (0), No (2).
8. Ha asistido a reuniones de alguna organización de manejo de alcohólicos? Si (5), No (0)
9. Ha tenido peleas mientras bebe? Si (1), No (0)
10. Ha tenido problemas con su esposa (o) o pareja a causa del alcohol? Si (2), No (0)
11. Algún familiar o conocido suyo ha buscado ayuda debido a su forma de beber? Si (2), No (0)

12. Ha perdido amistades o parejas amorosas debido al consumo de alcohol? Si (2), No (0)
13. Ha tenido problemas laborales o académicos debido a su consumo de alcohol? Si (2), No (0)
14. Ha perdido su trabajo debido al consumo de alcohol? Si (2), No (0)
15. Ha abandonado obligaciones familiares o laborales dos o más días seguidos por beber? Si (2), No (0)
16. Bebe frecuentemente antes del mediodía? Si (1), No (0)
17. Alguna vez le han dicho que tiene problemas en el hígado (cirrosis)? Si (2), No (0)
18. Alguna vez ha tenido Delirium Tremens o temblores severos, o ha oído voces, o ha tenido visiones después de beber en exceso? Si (2), No (0)
19. Alguna vez ha buscado ayuda debido a su forma de beber? Si (5), No (0)
20. Alguna vez ha estado hospitalizado debido al consumo excesivo de bebidas alcohólicas? Si (5), No (0)
21. Alguna vez ha sido ingresado en un servicio de Psiquiatría donde se considere que la bebida es parte de su problema de salud? Si (2), No (0)
22. Alguna vez ha sido atendido en una clínica psiquiátrica, o buscado ayuda de un profesional o consejero, debido a un problema emocional que tiene que ver con la bebida? Si (2), No (0)
23. Alguna vez ha sido arrestado por conducir luego de beber o estando embriagado? Si (2), No (0)
24. Alguna vez ha sido arrestado, aun pocas horas, debido a conductas derivadas de su embriaguez? Si (2), No (0).

Su forma de calificación es la siguiente:

0 a 3: No presenta problemas con el alcohol.

4: Es sospechoso de presentar problemas con el alcohol.

5 ó más: Presenta problemas con el alcohol (Bebedor problema).

Este mismo autor realizó una versión corta del instrumento llamada Short MAST (SMAST), que incluye solo 13 de las 25 preguntas originales, a saber, las número 1, 3, 5, 6, 8, 9, 11, 14, 16, 20, 21, 24 y 25. Para la calificación del SMAST se adjudica un punto por cada respuesta indicadora de alcoholismo. Si el puntaje es mayor de tres se considera al paciente como alcohólico.

Otra modificación efectuada sobre el mismo instrumento es la de Pokorny (13) quien identificó las 10 preguntas que con más frecuencia fueron positivas, para luego integrarlas en el Brief MAST (BMAST). En esta prueba una puntuación de cinco o más indica alcoholismo. Las preguntas que incluye este test son las número 1, 6, 9, 13, 14, 19, 20, 21 y 25 del MAST original.

La sensibilidad del MAST como instrumento para detectar alcoholismo se ha calculado en 0.90. Para el SMAST dicha sensibilidad se ha estimado en 0.70 y para el BMAST en 0.60.

La especificidad de las tres pruebas ha sido calculada en 0.80 (14). De lo anterior se desprende que el MAST es un instrumento con buen nivel de sensibilidad y especificidad para detectar alcoholismo; sin embargo las transformaciones que buscan abreviarlo para agilizar su aplicación, afectan su capacidad para detectar verdaderos positivos.

En nuestro medio el anterior cuestionario ha sido modificado y aplicado por investigadores de la Universidad de Antioquia (15) y de la Universidad Nacional de Colombia (16). Estos últimos modificaron la pregunta 10 del instrumento original, convirtiéndola en : "¿Ha tenido problemas de tipo legal por el alcohol?", e introducen la pregunta: "¿Consume guarapo, chicha o cerveza casi todos los días de la semana?", con lo cual se incluyen dentro del diagnóstico de bebedores problema a muchas personas, principalmente trabajadores campesinos de nuestro país, que de otra manera pasarían desapercibidos a pesar de presentar un patrón de dependencia al alcohol; la respuesta positiva a estas preguntas se puntúa con dos y cinco respectivamente.

Un instrumento de gran aplicación es el CAGE, presentado en 1970 por Ewing (17), y compuesto por las siguientes preguntas:

1. Alguna vez ha pensado que debería beber menos?
2. Le ha molestado que la gente critique su manera de beber?
3. Ha sentido culpabilidad o malestar por su forma de beber?
4. Alguna vez ha tenido que tomarse uno o varios tragos en la mañana para controlar sus nervios o para calmar molestias causadas por haber consumido alcohol la noche anterior?

Su nombre proviene de la letra inicial de cada una de las 4 preguntas (**Cut down, Annoyance, Guilty, Eye opener**). Si dos o más preguntas son contestadas afirmativamente por el paciente se considera que este es un bebedor problema .

En estudios con poblaciones hospitalarias la sensibilidad del CAGE ha sido calculada en 0.93 y la especificidad en 0.95 (18). En nuestro país este instrumento ha sido utilizado en estudios poblacionales aprovechando su facilidad de aplicación (19).

En 1972 se publican dos instrumentos importantes en el campo del diagnóstico del alcoholismo: Edwards presenta su Cuestionario para Problemas Debidos al Alcohol (20) que consta de las siguientes 25 preguntas:

1. Ha pensado alguna vez que debe dejar de beber ?
2. Ha notado alguna vez que gasta más dinero del debido en beber?
3. Ha estado alguna vez un período sin beber para demostrarse que usted puede controlarse ?
4. Ha usado alguna vez el alcohol para atenuar tensiones ?
5. Alguien le ha molestado con críticas por usted beber ?
6. Ha tenido alguna vez discusiones con familiares o amigos después de beber ?
7. Ha tenido alguna vez riñas con familiares o amigos después de beber ?
8. Ha tenido alguna vez problemas financieros debidos a al alcohol ?
9. Ha tenido alguna vez problemas con la policía debido a ofensas determinadas por la embriaguez ?
10. Ha tenido alguna vez problemas con la policía por manejar embriagado ?
11. Ha tenido alguna vez problemas con la policía por alguna otra transgresión debido a la bebida ?
12. Ha estado usted comprometido en algún accidente de tránsito como conductor o peatón debido a la bebida ?
13. Ha estado usted comprometido en otros accidentes en el hogar o en el trabajo relacionados con la bebida?
14. Ha tenido usted dificultades en el trabajo debidas a la bebida ?
15. Ha llegado alguna vez tarde al trabajo como producto de haberse embriagado el día anterior ?
16. Ha perdido alguna vez un día de trabajo como producto de haberse embriagado el dia anterior ?

17. Ha perdido alguna vez su empleo debido a la bebida ?
18. Ha recibido alguna vez orientaciones de su médico para que beba menos ?
19. Ha tenido alguna vez problemas de la salud debidos a la bebida ?
20. Le ha ocurrido alguna vez que después de beber no recuerde lo que hizo el día anterior ?
21. Ha notado alguna vez que cuando comienza a tomar no puede detenerse ?
22. Despues de beber ha notado alguna vez que sus manos tiemblan a la mañana siguiente ?
23. Alguna vez ha tomado en la mañana para calmar sus nervios o eliminar el guayabo después de haber bebido el dia anterior?
24. Alguna vez ha escuchado o visto "cosas" debido a la bebida?
25. Ha recibido alguna vez tratamiento para alcoholismo ?

La respuesta afirmativa a cinco de ellas indica problemas con el consumo de alcohol .

Otro de los instrumentos diagnósticos publicados en ese año fueron los criterios de diagnóstico del Consejo Nacional Americano sobre Alcoholismo (21) que, aunque son bastante completos, son difíciles de aplicar dada su gran extensión (precisamente debido a esto no se transcriben en esta revisión). Según este instrumento la presencia de uno o más de los criterios mayores, o de varios de los menores, hace el diagnóstico de alcoholismo.

En 1977 aparece en Alemania el Test de Alcoholismo de Munich (MALT). Este test incluye dos partes de las cuales una es aplicada y llenada por el médico y la otra es un auto-reporte efectuado por el paciente . Cada ítem positivo de los correspondientes a la aplicación del médico recibe cuatro puntos.

Los ítems afirmativos del auto-reporte del paciente se califican con uno. Un puntaje de 11 o más indica certeza de alcoholismo (22).

La estructura del test es la siguiente:

Ítems que deben ser llenados por el médico:

1. Enfermedades hepáticas. Por lo menos un síntoma encontrado en el examen físico (además de una prueba positiva de laboratorio).
2. Polineuropatía (solo si no existe otra causa).
3. Delirium tremens (puede estar presente al momento del examen o antes)

4. Consumo de 150 ml diarios de alcohol puro durante varios meses seguidos (mujeres 120 ml).
5. Consumo de más de 300 ml de alcohol puro por lo menos una vez al mes (mujeres 240 ml).
6. Aliento alcohólico al momento del examen.
7. La esposa, la familia o los amigos han solicitado ayuda por problemas del paciente, relacionados con el alcohol.

Items que deben ser contestados por el paciente:

1. Ultimamente mis manos han estado temblando bastante.
2. A veces tengo náuseas por la mañana.
3. El temblor y la náusea me pasan tomando un trago.
4. Actualmente me siento miserable a causa de mis problemas y dificultades.
5. Frecuentemente me tomo un trago antes del almuerzo.
6. Después de una o dos copas de alcohol siento que deseo más.
7. Pienso mucho en el alcohol.
8. A veces he bebido a pesar de estar prohibido por el médico.
9. Cuando bebo bastante tiendo a comer menos.
10. En mi trabajo he sido criticado por la bebida.
11. Prefiero beber solo.
12. Mi estado físico ha decaido desde que empecé a beber.
13. A menudo me siento culpable por haber bebido.
14. He tratado de beber solo en ciertas ocasiones o ciertas horas del dia.
15. Pienso que debo beber menos.
16. Sin el alcohol, tuviera menos problemas.
17. Cuando tengo preocupaciones tomo alcohol para calmarme.
18. Sé que el alcohol está destruyendo mi vida.
19. A veces quiero dejar de beber y a veces no.
20. Las demás personas no pueden entender por qué bebo.
21. Me llevaría mejor con mi esposa si no bebiera.
22. Algunas veces he tratado de permanecer sin nada de alcohol.
23. Estaría contento si no bebiera.
24. A menudo la gente me ha dicho que pueden percibir mi aliento alcohólico.

Como se ve, en este instrumento el médico adopta un papel activo, pues tiene que explorar ciertos síntomas específicos, lo cual implica cierto conocimiento y adiestramiento para su aplicación. En este sentido el instrumento deja de ser un simple cuestionario y se convierte en una herramienta que se aproxima a los criterios operativos de diagnóstico. A pesar de que los instrumentos con diseño de cuestionario tienen ciertas ventajas (facilidad de aplicación y calificación, aplicabilidad por personal auxiliar, bajo costo, adecuados niveles de sensibilidad y especificidad) (18), poseen inconvenientes como la ambigüedad de algunas preguntas, la introducción de sugerencias por parte del evaluador, la exploración de juicios de valor y la posibilidad que tiene el paciente de modificar voluntariamente sus respuestas.

Debido a lo anterior se han diseñado instrumentos con un mejor grado de validez y confiabilidad, que evalúan diferentes aspectos de la conducta de bebida pero que requieren ser aplicados dentro de una entrevista estructurada por parte de personal con capacitación clínica. Dentro de estos instrumentos se destacan el DSM-III-R y la CIE-10.

La Asociación Psiquiátrica Americana publica en 1987 el DSM- III-R (7). Este instrumento diferencia dos patrones patológicos de consumo de sustancias : el abuso y la dependencia. Los criterios operativos de diagnóstico para cada una de estas variedades se mencionan a continuación:

CRITERIOS DIAGNOSTICOS DE DEPENDENCIA SEGUN EL DSM - III - R

A. Al menos tres de los siguientes:

1. A menudo la sustancia se toma en mayores cantidades o durante un mayor periodo que el que la persona desea.
2. Existe un persistente deseo o uno o mas esfuerzos fallidos para cortar o controlar el uso de la sustancia.
3. Una gran cantidad de su tiempo lo emplea en actividades necesarias para conseguir la sustancia, consumirla o recobrarse de sus efectos.
4. Presenta frecuentes síntomas de intoxicación o abstinencia cuando se espera un completo cumplimiento de sus obligaciones en el trabajo, escuela u hogar, o cuando el uso de la sustancia es físicamente peligroso (como manejar intoxicado).
5. Hay una importante pérdida o reducción de sus actividades sociales, ocupacionales o recreativas por causa del uso de la sustancia.

6. Continúa usando la sustancia a pesar de conocer que tiene un persistente o recurrente problema social, psicológico o físico que es causado o exacerbado por el uso de la sustancia.
7. Existe una marcada tolerancia: necesidad de aumentar marcadamente la cantidad de sustancia (por lo menos un 50% de aumento) para conseguir la intoxicación o el efecto deseado, o marcada disminución del efecto con el uso continuo de la misma cantidad.
8. Presenta síntomas de abstinencia característicos.
9. A menudo la sustancia se toma para disminuir o evitar los síntomas de abstinencia.

B. Algunos de los síntomas han persistido por lo menos un mes o se han dado repetidamente en un período de tiempo mayor.

Criterios para calificar la severidad de la dependencia:

Leve: Cumple pocos de los síntomas requeridos para hacer el diagnóstico y solo hay un leve daño en el funcionamiento laboral o en las actividades sociales usuales o en las relaciones con otros.

Moderada: Los síntomas o las alteraciones funcionales se encuentran entre leves y severas.

Severa: Muchos más de los síntomas mínimos requeridos para hacer el diagnóstico y hay una marcada interferencia con las funciones ocupacionales o con la actividad social usual o con las relaciones con otros.

En remisión parcial: Durante los últimos 6 meses, algún uso de la sustancia y algunos síntomas de dependencia.

En remisión total: Durante los últimos seis meses, o no usó la sustancia, o usó la sustancia pero no hay síntomas de dependencia.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS DE ABUSO SEGUN EL DSM-III-R.

A. Existe un patrón maladaptativo de uso de la sustancia manifestado por al menos uno de los siguientes:

1. Uso continuo de la sustancia a pesar de saber que tiene un persistente o recurrente problema social, ocupacional, psicológico o físico que es causado

o exacerbado por el uso de la sustancia psicoactiva.

2. Hay un uso recurrente en situaciones en las cuales el uso es físicamente peligroso.

B. Algunos síntomas del disturbio han persistido por lo menos un mes, o han ocurrido repetidamente sobre un largo período de tiempo.

C. No reune los criterios para dependencia.

Como se ve, dicho instrumento introduce el concepto de grados de severidad, con lo cual se omite la concepción de "todo o nada" de otras definiciones.

La CIE - 10, en forma similar que el DSM III R, presentará en el documento definitivo diferentes variedades de consumo patológico denominadas Dependencia, Consumo Perjudicial y Consumo Peligroso (8). Las pautas propuestas para el diagnóstico de cada una de estas variedades son las siguientes:

CONSUMO PELIGROSO SEGUN LA CEI-10

Se trata de un patrón de consumo ocasional, repetido o persistente de una o varias sustancias psicotropas que lleva consigo un riesgo elevado de producir daños futuros a la salud mental o física del individuo, sin que estos aún se hayan producido.

Pautas Para el Diagnóstico:

Este diagnóstico presupone un patrón de consumo que lleva inherente un cierto riesgo conocido de daño futuro de la salud mental o física del sujeto. Son ejemplos la ingesta de alcohol a dosis que superan los límites del riesgo para que se presente en el futuro una dependencia al alcohol, una cirrosis hepática u otra enfermedad.

El consumo peligroso suele ser criticado y reprobado por terceros, lo que suele llevar a consecuencias sociales negativas tales como problemas con la ley, conflictos domésticos, dificultades financieras, pérdida del empleo o separación matrimonial. Estas formas de presión social pueden ser el motivo de la consulta para evaluación o tratamiento. Estos aspectos deben ser considerados de un modo especial cuando se trata de adolescentes o menores de edad. Se deben tener en cuenta además los antecedentes familiares, cualquier síntoma psicopatológico añadido y las circunstancias en que se consume.

CONSUMO PERJUDICIAL SEGUN LA CIE-10.

Se trata de un consumo que está afectando la salud física o mental, como resultado del consumo excesivo de alcohol.

Pautas Para el Diagnóstico:

Además de cumplir las pautas dadas para uso peligroso, requiere que se haya afectado ya sea la salud mental o física del que consume la sustancia. Las intoxicaciones agudas o las resacas no son en si mismas evidencia suficiente del daño para la salud requerido para el consumo perjudicial. Tampoco debe diagnosticarse si está presente un síndrome de dependencia, un estado psicótico u otras formas específicas de trastornos relacionados con alcohol o drogas.

SINDROME DE DEPENDENCIA SEGUN LA CIE-10.

Se trata de un patrón de fenómenos fisiológicos, comportamentales y cognoscitivos en el cual el consumo de una droga adquiere una prioridad más alta para un individuo que cualquier otro tipo de los comportamientos que tuvieron en el pasado un valor más elevado. La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo a menudo fuerte y a veces irresistible de consumir drogas.

Pautas Para el Diagnóstico:

El diagnóstico de dependencia debe hacerse solo si durante algún tiempo en los doce meses previos han estado presentes tres o más de los rasgos siguientes:

1. Un deseo intenso o compulsión a ingerir alcohol.
2. Conciencia subjetiva de disminución de la capacidad para controlar el consumo de la sustancia, bien para el inicio, bien para la terminación, bien para el grado mismo.
3. Consumo de la sustancia con la intención de aliviar síntomas de dependencia, con el convencimiento de que se trata de un método efectivo.
4. Estados fisiológicos de abstinencia.
5. Presencia de tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas.
6. Una limitación progresiva del repertorio de los patrones de consumo de la sustancia (por ejemplo ingerir entre semana y en el fin de semana al margen de las normas sociales que regulan el consumo de alcohol).

7. Abandono progresivo de las fuentes de placer o de entretenimientos alternativos, en favor del consumo de la sustancia.
8. Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de que sean evidentes las consecuencias perjudiciales.
9. Evidencia de que la recaída en el consumo de una sustancia, después de un periodo de abstinencia, lleva a la instauración más rápida del resto de las características del síndrome de lo que sucede en individuos no dependientes.

Una característica esencial del síndrome de dependencia es que deben estar presentes, bien el consumo, o bien el deseo de consumir la sustancia. La conciencia subjetiva de la compulsión al consumo suele presentarse cuando se intenta frenar o controlar el consumo de la sustancia.

Tanto el DSM III R como la CIE 10 son instrumentos que para su aplicación consumen tiempo y requieren algún tipo de entrenamiento. La ventaja sobre otros instrumentos radica en su alta especificidad por lo cual resultan útiles en estudios de tipo clínico que requieran mayor uniformidad de los grupos de estudio.

DISCUSION:

Con las más recientes clasificaciones y criterios de diagnóstico, el concepto de Alcoholismo tiende a caer en desuso.

En su lugar se prefiere la utilización de términos como Dependencia, Abuso, Consumo Peligroso y Consumo Perjudicial, que definen de una manera más precisa patrones particulares de consumo de alcohol.

Sin embargo, aunque muchos de los instrumentos presentados no suelen discriminar estos patrones, son métodos efectivos para detectar individuos con estilos patológicos de utilización de alcohol, lo cual puede resultar de gran utilidad en estudios epidemiológicos de proyección masiva, o en la evaluación inicial de pacientes que pueden ser posteriormente derivados a evaluación especializada.

Teniendo en cuenta que los médicos tienden a subdiagnosticar este tipo de patología, nos parece importante recomendar que dentro del esquema de la historia clínica se incluya algún instrumento de fácil y rápida aplicación, con un buen nivel de sensibilidad y especificidad. Los cuestionarios CAGE y MAST nos parecen útiles para tal efecto ya que cumplen con las anteriores características. Por otro lado, el determinar

la existencia de problemas con la bebida puede orientar al clínico a explorar otros sistemas que pueden verse afectados por el patrón patológico de utilización de alcohol, y que de otra manera hubieran podido ignorarse.

Finalmente queremos hacer énfasis en la importancia de desarrollar instrumentos diagnósticos autóctonos, más si tenemos en cuenta que los patrones de consumo de alcohol están influenciados por determinantes socioculturales.

SUMMARY

Alcoholism is neither a clearly defined entity nor a well diagnosed pathology. Since this disorder is primarily diagnosed by clinical methods, the authors emphasize the importance of evaluation scales as useful resources in diagnosis and research. The historic development of such instruments is pointed out, and the most useful ones in clinical and epidemiological mental health are shown.

REFERENCIAS

1. Kaplan H I, Sadock B J. Synopsis of Psychiatry. 6 th ed. Williams & Wilkins, Baltimore, 1991; 285
2. Meyer R E. Old wine, new bottle. *Psychiatric Clin N A* 1986; 9: 435-453
3. Umbrecht-Schneiter A y otros. Alcohol abuse: Comparisson of two methods for assessing its prevalence and associated morbidity in hospitalized patients. *Am J Medicine* 1991; 91: 110-118
4. Jarman C, Kellett J. Alcoholism in the general hospital. *Br Med J* 1979; 2: 469-492
5. Grau A. Alcoholismo. En Vallejo J. Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría. 2a. edición. Barcelona: Salvat editores, 1985: 817-820
6. Alonso-Fernández F. Alcoholdependencia. 2a edición. Barcelona, Salvat Editores, 1988
7. Organización Mundial de la Salud. Glosario de trastornos mentales y guía para su clasificación. Ginebra, 1976
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Third edition revised. Washington DC, APA, 1987
9. Organización Mundial de la Salud. Clasificación internacional de enfermedades, 10a rev (borrador), Ginebra, 1991
10. González R. Los cuestionarios de alcoholismo: su relevancia clínicoepidemiológica. *Rev Hosp Psiq Hab* 1987; 28: 419-438.
11. Block M A. Medicine and Alcoholism. The disease in alcoholism: A compilation of papers presented to the national conference on alcoholism at the university of New South Wales on August 8 to 12, 1960. Tomado de: *Rev Hosp Psiq Hab* 1987; 28: 491- 438
12. Selzer M. The Michigan Alcoholism Screening Test. The quest for a new diagnostic instrument. *Am J Psychiatry* 1971; 127: 12, 89-94
13. Pokorny A et al. The brief MAST: A shorten version of the Michigan alcoholism screening test. *Am J Psychiatry* 1972; 29: 3, 118-121
14. Schuckit M A, Irwin M. Diagnosis of alcoholism. *Med Clin NA* 1988; 5: 1133-1154
15. Hospital Mental de Antioquia. Segundo taller nacional sobre la aplicación de instrumentos clínico-investigativos en adicción. Bello, 1988
16. Suárez D E. Prevalencia del Alcoholismo en el Hospital San Juan de Dios de Bogotá. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Medicina, Departamento de Psiquiatría, Bogotá, 1993.
17. Ewing J. Detecting Alcoholism. The CAGE questionnaire. *JAMA* 1984; 252: 14, 1905-1907
18. González R. Los cuestionarios CAGE y MAST abreviado en un servicio de Medicina Interna: Sensibilidad y especificidad según las fuentes de información directa o familiar. *Rev Hosp Psiq Hab* 1989; 30: 197-208
19. Torres Y, Murelle L. Estudio nacional sobre alcoholismo y consumo de sustancias que producen dependencia. Colombia, 1987. Medellín: Editorial U de A, 1988
20. Edwards G, Chandler J, Hensman C, Peto J. Drinking in a London suburb. Correlates of trouble with drinking among men. *Quart J Stud Alcohol* 1972; 6: 94-119. Tomado de: *Rev Hosp Psiq Hab* 1987; 28: 419-438
21. Criteria Committee, National Council on Alcoholism. Criteria for the diagnoses of alcoholism. *Am J Psychiatry* 1972; 129: 127-135.
22. Fruerlein W, Ringer C, Kufner H, Antons K. Diagnose des alkoholismus der munchner alkoholismus test. *Munch Med Wechenschn* 1977; 119: 1275-1282. Tomado de: *Rev Hosp Psiq Hab* 1987; 28: 419-438