

INVESTIGACIONES LOCALES Y SECTORIALES

La posibilidad de disponer de un instrumento que permita la detección de bebedores-problema en gran escala es una aspiración de las personas dedicadas a la salud pública.

Los autores han adaptado el Michigan Alcoholism Screening Test (MAST), al cual denominaron el Test de Selección del Bebedor-Problema (TSBP), con tal intención. Aunque inicialmente les ha dado buenos resultados, su ulterior aplicación, creen los autores, les permitirá perfeccionarlo.

VALIDEZ EN CHILE DE UN CUESTIONARIO PARA SELECCIONAR BEBEDORES - PROBLEMA EN POBLACIONES (*)

*Drs. RAMON FLORENZANO U. **
*y OSCAR FEUERHAKE M. **
*Srtas. CLAUDIA FIGUEROA M. ***
*MONICA HINRICHSEN M. ***
*KARINA JIMENEZ S. ***
*y RITA NUÑEZ A. ***

INTRODUCCION

Una de las técnicas aceptadas en Salud Pública para detectar estados especiales de alta prevalencia es el uso de los así llamados Cuestionarios de Selección (screening). Estos pretenden separar, dentro del universo estudiado, el grupo con el mayor riesgo estadístico de presentar la condición en cuestión. Goldberg (2) al discutir la aplicación de estas técnicas en epidemiología psiquiátrica, recomienda un proceso en dos etapas: en una primera fase se aísla mediante un cuestionario de selección el subgrupo de alto riesgo; en una segunda, mediante una entrevista estandarizada, se corrobora o descarta clínicamente el problema diagnóstico.

El alcoholismo es un estado mórbido en el que la metodología anterior es aplicable: se considera (3) que el 5% de la población chilena adulta es alcohólica, y un 15% adicional abusa del alcohol. De tal modo que un instrumento de selección que detectara

ambos grupos, que englobaremos bajo el término "Bebedores-problema", debiera ser positivo en aproximadamente un 20% de los mayores de 15 años.

Uno de los test de este tipo más utilizado en la literatura ha sido el Michigan Alcoholism Screening Test (MAST), elaborado por Selzer (4) y aplicado posteriormente por diversos autores, sea en su forma original (5) o bien resumido o modificado (6). Recientemente ha existido interés por aislar subgrupos o factores dentro de este cuestionario (7).

El propósito de este trabajo ha sido estudiar la validez en Chile de una versión traducida y modificada por nosotros del MAST, la cual hemos denominado Test de Selección de Bebedores-Problema (TSBP). (Cuadro N° 1). Hemos preferido utilizar el término beber-problema, ya que a nuestro juicio las preguntas de este cuestionario se dirigen a detectar no sólo alcoholismo en su sentido médico estricto, sino también las consecuencias del uso abusivo y/o excesivo de alcohol, que no constituyen a veces adicción en el sentido farmacológico del término.

Material, Método y Definiciones

Durante períodos sucesivos de tres meses cada uno, entrevistamos en forma secuencial a tres grupos de pacientes:

(*) Trabajo financiado por el Servicio de Desarrollo Científico, Artístico y de Cooperación Internacional de la Univ. de Chile.

Presentado al 1er. Congreso Iberoamericano de Problemas del Alcohol. Córdoba, Rep. Argentina, mayo 1979.

(*) Depto. Psiquiatría y Salud Mental, Fac. de Medicina Santiago-Oriente. Universidad de Chile.

(**) Internas Carrera de Medicina. Fac. Medicina, Santiago-Oriente. Universidad de Chile.

- Grupo A (N = 31): Miembros del Club de Alcohólicos Recuperados de Ñuñoa, habitantes todos de un sector de bajos ingresos de la ciudad de Santiago;
- Grupo B (N = 44): Hombres hospitalizados y/o en control post-alta en la Posta Antialcohólica del Hospital Psiquiátrico de Santiago;
- Grupo C (N = 41): Pacientes hospitalizados en un Servicio de Medicina de un Hospital General de Santiago, con antecedentes de ser abstemios o "bebedores sociales".

El dato anamnéstico entregado por el paciente era comparado con la información dada por el médico tratante sobre el hábito alcohólico del enfermo. A cada individuo, entrevistadores entrenados administraron una cédula para obtener datos sociodemográficos generales (edad, sexo, estado civil, educación, ocupación, ingreso familiar, número de personas en la familia), el Test de Selección de Bebedores-Problema (TSBP) —que se reprodu-

ce en el cuadro N° 1—, el Cuestionario de Salud de Goldberg (2) modificado para Chile por Trucco y cols. (8), y el Test de Depresión de Zung (9), también en una traducción de los autores. La descripción detallada de los resultados del estudio de cada subgrupo se ha realizado en otras comunicaciones (10, 11).

El criterio clínico utilizado por nosotros para separar los bebedores normales (abstemios y sociales), de los "problema" (bebedores excesivos y enfermos alcohólicos) fue el beber más de un litro promedio diario de vino (o su equivalente, en gramos de alcohol, en cerveza o licor), el intoxicarse más de doce veces al año, o el presentar síntomas clínicos de dependencia física (tolerancia y síndrome de privación al alcohol). Los grupos A y B fueron rotulados como enfermos alcohólicos por médicos psiquiatras tratantes; el Grupo C fue denominado "bebedores normales" después de haberles aplicado los criterios anteriores.

Los datos fueron codificados y analizados manualmente.

TABLA N° 1
CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE TRES POBLACIONES
ESTUDIADAS, SANTIAGO DE CHILE, 1978-1979

| CARACTERISTICA | GRUPO A Alcohólicos Ambulatorios | | GRUPO B Alcohólicos Hospitalizados | | GRUPO C Bebedores normales | | SIGNIFICACION ESTADISTICA |
|---|--|------|--|------|----------------------------------|------|------------------------------|
| A. Edad Promedio (Desviación Standard) | 41,1 (8,9) | | 44,2 (9,8) | | 43,8 (18,7) | | F = 0,51 |
| B. Estado Civil: | N° | % | N° | % | N° | % | N.S. |
| Casados | 30 | 83,3 | 31 | 73,8 | 24 | 58,6 | = 36,6 p 0,005 |
| Solteros | 5 | 13,9 | — | — | 16 | 39,0 | |
| Separados | — | — | 8 | 18,2 | — | — | |
| Viudos | — | — | 3 | 6,8 | 1 | 2,4 | |
| C. Educación: | | | | | | | |
| Analfabetos | 2 | 5,5 | 2 | 4,5 | 2 | 5,0 | = 15,5 p 0,05 |
| Ed. Básica | 28 | 77,8 | 25 | 56,8 | 28 | 67,5 | |
| Ed. Media | 2 | 5,5 | 10 | 22,8 | 10 | 25,0 | |
| Ed. Superior y Técnica | — | — | 7 | 15,9 | 1 | 2,5 | |
| D. Ocupación: | | | | | | | |
| Cesantes | — | — | 1 | 2,3 | 4 | 9,5 | = 1,27 N.S. |
| P.E.M. | 3 | 8,3 | 3 | 6,8 | — | — | |
| Obreros no calif. | 11 | 30,6 | 6 | 13,6 | 13 | 31,7 | |
| Obreros calif. | 17 | 47,2 | 14 | 31,8 | 7 | 17,1 | |
| Comerciantes | 2 | 5,5 | 5 | 11,4 | 3 | 7,3 | |
| Empleados | — | — | 7 | 15,9 | 4 | 9,8 | |
| Profesionales | — | — | 2 | 4,5 | — | — | |
| Estudiantes | — | — | — | — | 3 | 7,3 | |
| Jubilados | 1 | 2,8 | 6 | 13,6 | 7 | 17,1 | |
| Dueñas de casa | 2 | 5,5 | — | — | — | — | |
| E. Ingreso promedio | — | | \$ 4.000.— | | \$ 4.000.— | | N.S. |
| F. N° Personas Fa- milias Promedio (Desviación Standard) | — | | 4,6 (2,5) | | 5,4 (2,9) | | t = 1,35 |

RESULTADOS

Los grupos estudiados (Tabla 1) tenían una edad promedio semejante (entre 41,1 y 44,2 años), correspondiendo la edad mayor a los alcohólicos hospitalizados y la menor a los ambulatorios. En cuanto al estado civil, en su mayoría eran casados, con un porcentaje apreciable de separados (18,2%) sólo entre los alcohólicos hospitalizados.

El grupo B se caracterizó, además, por mejor escolaridad, teniendo un 27,3% de individuos con educación superior o técnica. La

escolaridad mayoritaria, sin embargo, para todos los grupos era educación básica. El grupo A se caracterizó por su menor escolaridad y por concentrarse ocupacionalmente en la categoría de obreros (77,88%). Los otros dos grupos estaban más diversificados en cuanto a ocupación, llamando nuevamente la atención del número de empleados y profesionales en el de alcohólicos hospitalizados. El ingreso promedio y el número de personas promedio por grupo familiar eran también semejantes en los otros grupos en que este dato se estudió.

TABLA N° 2

PUNTAJE COMPARATIVO EN EL TEST DE SELECCION DE BEBEDORES PROBLEMA EN TRES POBLACIONES SANTIAGO, 1978-1979

| PUNTAJE T.S.B.P. | POBLACION A | | POBLACION B | | POBLACION C | | Significación Estadística |
|--------------------------------|--------------------------|-------|----------------------------|------|--------------------|-------|---------------------------|
| Puntaje promedio Desviación | Alcohólicos Ambulatorios | | Alcohólicos Hospitalizados | | Bebedores Normales | | |
| | (n=31) | | (n=44) | | (n=41) | | F = 159.17 |
| | 30.7 | | 34.8 | | 2.8 | | p = 0.001 |
| | 10.7 | | 9.5 | | 3.4 | | x ² = 111 |
| 0 — 4 | 0 | — | — | — | 33 | 80,5% | p = 0.005 |
| 5 — 14 | 1 | 3,2% | — | — | 7 | 17,1% | |
| 15 — 55 | 30 | 96,8% | — | 100% | 1 | 2,4% | |

En relación a los puntajes del TSBP (Tabla 2), ambos grupos de alcohólicos tuvieron puntajes promedios elevados y con promedios cercanos (30,7 y 34,8, respectivamente), mientras que los bebedores normales tuvieron un promedio francamente inferior (2,8).

La distribución de los tres grupos se muestra en el Cuadro N° 1, que ilustra que existe muy escasa superposición entre la población de bebedores normales y los dos de bebedores-problema. Esta diferencia fue estadísticamente significativa, con un $p < 0,005$ de acuerdo al Test de Mac Nemar (12).

Para estudiar cuantitativamente la validez del TSBP, se compara en la Tabla N° 3 el diagnóstico clínico con los puntajes obtenidos en el test, encontrándose que los 44 alcohólicos obtuvieron sobre 5 puntos y de los 41 bebedores normales, 33 tuvieron menos de 4 puntos. Esto da un índice de sensibilidad de 100% y uno de especificidad de 80%, con un puntaje de mala clasificación de 9,6%.

DISCUSION

El alcoholismo y las consecuencias del "beber-problema" cumplen con la mayoría de los criterios delineados por Wilson y Jungner (13) para justificar el uso de un test de selección:

- La afección buscada debe ser un importante problema de salud.
- Debe disponerse de medios para su diagnóstico y tratamiento.
- Debe haber una etapa latente o sintomática inicial reconocible.
- Debe haber una prueba o examen de selección apropiado.
- La prueba debe ser aceptable para la población.
- La historia natural de la afección, incluyendo el desarrollo desde la enfermedad latente hasta la declarada, debe ser adecuadamente conocida.
- Debe haber una política aceptada sobre a quienes tratar como pacientes.

- h) El costo de buscar casos debe ser menor que el posible gasto total en cuidado médico.
- i) La búsqueda de casos debe ser un proceso continuo.
- j) Debe haber un tratamiento aceptable para la enfermedad.

En el caso del beber-problema, los puntos a), c) y h), no necesitan de mayor elaboración. La elevada prevalencia del alcoholismo ha sido demostrada (3) en múltiples oportunidades. Jellinek (14) describió el curso natural del alcoholismo-enfermedad y sus fases prodrómica, crucial y de estado. El costo comparativo de tratar a un enfermo es menor que el costo social total que se paga por las consecuencias del alcoholismo. Este costo fue estimado para Chile en 600 millones de dólares (15).

En relación a los puntos b), g) e i), en Chile se han formulado políticas de acción en Salud Mental (16) y en el área geográfica de Santiago a cargo de nuestro Departamento se han implementado centros de tratamiento de alcoholismo, que permiten tratar los casos detectados a través de un proceso de selección y diagnóstico continuados, que se realizan en la comunidad. En relación a quiénes deben ser tratados, nuestra opción ha sido ofrecer terapia tanto a bebedores-problema como a enfermos alcohólicos, que estén motivados para hacerlo, dado que el primer grupo de enfermos también se encuentra expuesto a las complicaciones médicas (por ejemplo, cirrosis, accidentes, daño neurológico) y sociales (violencias, problemas familiares y laborales) del abuso del alcohol. Este punto incide en el problema complejo de las definiciones y criterios de diagnóstico de alcoholismo. Han existido distintos intentos últimamente

para definir mejor lo que se considera alcoholismo. Marconi (3) ha resumido los puntos de vista chilenos, con criterios operacionales médicos estrictos. Por otra parte, tanto la OMS (17) como el National Council on Alcoholism de los EE. UU. utilizan criterios más amplios, al ligar alcoholismo no sólo a los signos de dependencia física, sino también a sus consecuencias médicas, psicológicas y sociales. En ese sentido creemos útil la distinción utilizada por la actual versión preliminar de la clasificación americana de Enfermedades Psiquiátricas (DSM-III) que separa (18) los conceptos de abuso del alcohol —las consecuencias de su uso inapropiado— del de dependencia de éste —con signos de tolerancia y síndrome de privación—. Al hablar aquí de beber-problema, estamos incluyendo ambos tipos de bebedores. Nos parece que las preguntas del MAST y de nuestra versión de él, el TSBP, cubren tanto signos de abuso como de dependencia del alcohol, y no discrimina entre ambos.

El presente estudio se centra en probar el valor del TSBP en relación al criterio d) de Wilson y Jungner. Creemos que este test cumple con las características generales de ser breve y fácil de aplicar en forma masiva, aún por personal no especializado. Su sensibilidad (100%) y especificidad (80%) son adecuadas utilizando el punto de corte sugerido por Selzer (4). Si seguimos la sugerencia del autor, de elevar ese punto a 7, la especificidad aumenta a 88%, lo que a nuestro juicio podría no compensar el hecho de utilizar un criterio diferente al de la gran mayoría de los estudios publicados. Pensamos que es mejor utilizar una escala ampliamente conocida y que sirva para comparaciones nacionales e internacionales, que diseñar otras de interés local.

TABLA N° 3

PUNTAJES COMPARATIVOS EN EL TEST DE SELECCION DE BEBEDORES ANORMALES DE HOMBRES ALCOHOLICOS (n=44) Y BEBEDORES NORMALES (n=41)

| PUNTAJE T.S.B.P. | CONDICION CLINICA | |
|------------------|---|-------------------------|
| | Alcohólicos | Bebedores Normales |
| 0-4 | 0 (Falsos (-)) | 33 (Verdaderos (-)) |
| 5 | 44 (Verdaderos (+)) | 8 (Falsos (+)) |
| Sensibilidad | $= \frac{VP}{VP + FN} = \frac{44}{44} = 100\%$ | |
| Especificidad | $= \frac{VP}{VN + FP} = \frac{33}{33 + 8} = 80\%$ | |

Nuestro estudio confirma el valor del MAST para discriminar entre poblaciones. Otros estudios recientes demuestran que es tanto o más útil para medir conductas relacionadas al uso de alcohol, que otras escalas que exploran éstas en forma indirecta, como la de Mac Andrew (19). Esto apoyaría la tesis de Sobell y Sobell (20), de que los datos que dan los alcohólicos directamente con respecto a su hábito de ingesta pueden ser considerados válidos.

Hay una buena correlación entre el puntaje del MAST aplicado directamente al paciente y aquel obtenido al aplicarlo a sus familiares, como lo ha demostrado Mac Andrew (21).

Con respecto al punto j) de Wilson y Jungner, si bien la efectividad del tratamiento antialcohólico no ha sido debidamente estudiada en nuestro medio, es nuestra impresión en un seguimiento de 18 meses de pacientes tratados en un programa integral en el Area Oriente de Santiago, que los resultados son suficientemente buenos, dado el costo médico y social de este problema, como para justificar el desarrollo de programas masivos de detección y tratamiento del beber-problema.

Sin embargo, existe la posibilidad de que, como lo ha planteado Kaplán (22), el MAST mida más que la condición del alcoholismo en sí, el autoidentificarse como alcohólico por parte del paciente.

Friedreich (19) ha creído apoyar este punto de vista al encontrar una correlación positiva entre el nivel educacional de los alcohólicos por él estudiados y su puntaje en el MAST. Si bien creemos que este punto requiere de mayor estudio, Woodruff (23) encontró una alta correlación entre autoidentificarse como alcohólico y el serlo de acuerdo a criterios objetivos, lo que nos parece lógico.

Si bien entonces nuestro estudio confirma el hecho de que el MAST es un buen instrumento de selección en su versión modificada para nuestro medio, creemos que es necesario estudiar mejor la estructura interna de sus preguntas para determinar mejor qué es lo que mide. Algunas de estas preguntas se refieren a los síntomas del alcoholismo —enfermedad descrita por Jellinek—; otras se refieren a las consecuencias médicas, psicológicas o sociales del beber-problema.

Pensamos, pues, que es importante analizar la validez interna del test en mayor detalle,

mediante técnicas de análisis factorial, como las empleadas por Zung (7) u otros.

RESUMEN

Se intenta validar en Chile una versión traducida y modificada por los autores, del Michigan Alcoholism Screening Test (MAST) que denominamos Test de Selección del Bebedor-Problema (TSBP).

Se estudiaron tres grupos de pacientes en periodos sucesivos de tres meses cada uno: un primer grupo, 31 miembros del Club de Alcohólicos Recuperados de Ñuñoa; un segundo grupo, 44 hombres hospitalizados y/o en control post-alta en la Posta Antialcohólica del Hospital Psiquiátrico de Santiago, y un tercer grupo con 41 pacientes hospitalizados en un Servicio de Medicina de un Hospital General de Santiago, con antecedentes de ser abstemios o bebedores sociales.

Los dos primeros grupos fueron rotulados como enfermos alcohólicos y el tercer grupo como bebedores normales.

A cada individuo se le administró una cédula para obtener datos sociodemográficos generales, el TSBP, el cuestionario de Salud de Goldberg modificado para Chile por Trucco y cols., y el Test de Depresión de W. Zung, también en una traducción de los autores.

Los grupos estudiados tenían una edad promedio semejante: en su mayoría el estado civil era de casados. La escolaridad mayoritaria para todos los grupos fue educación básica.

En el primer grupo (alcohólicos ambulatórios, de La Faena), la ocupación se concentró en la categoría de obreros y en los otros dos grupos había mayor diversificación en cuanto a ocupación.

El ingreso promedio y el número de personas promedio por grupo familiar fue semejante en los tres grupos.

En cuanto a los puntajes del TSBP, los dos grupos de alcohólicos obtuvieron puntajes promedio elevados y con promedios cercanos (30,7 y 34,8, respectivamente). En cambio los bebedores normales obtuvieron un promedio inferior (2,8), con escasa superposición en la distribución de los puntajes obtenidos por los bebedores normales y los bebedores-problema ($p < 0,005$).

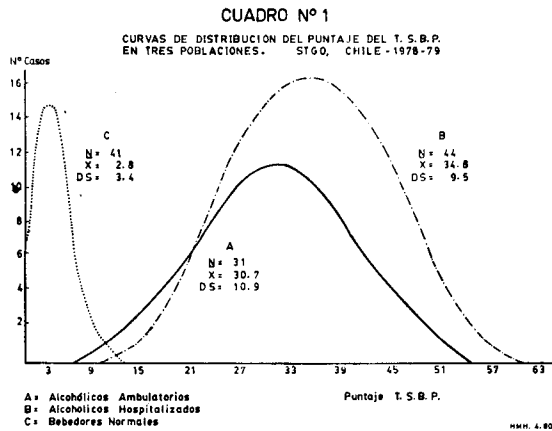
Se compara el diagnóstico clínico con los puntajes obtenidos en el Test TSBP y se encuentra que los 44 alcohólicos tenían sobre 5 puntos y que de los 41 bebedores normales, 33 estaban bajo 4 puntos (sobre 5 puntos hay mayor riesgo estadístico de ser enfermo alcohólico).

Se analiza la necesidad de contar con un método de *screening* para detectar en poblaciones el hábito del beber-problema de una manera fácil, breve, que pueda ser aplicado

en forma masiva y que, junto al diagnóstico clínico, permita orientar Programas de Salud en forma dirigida.

CONCLUSION

El Test de Selección del Bebedor-Problema (TSBP) es un instrumento que permite detectar a gran escala a aquellos sujetos con mayor riesgo estadístico de ser bebedores excesivos y enfermos alcohólicos en la población general.



BIBLIOGRAFIA

- 1.— **MOWSNER, J. S. y BAHN, A. K.**— "Epidemiología". Ed. Interamericana, México, 1977.
- 2.— **GOLDBERG, D.**— "The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire". Oxford University Press, 1972.
- 3.— **MARCONI, J.**— "Alcoholismo". En: "Enciclopedia de Psiquiatría". El Ateneo, Bs. Aires, 1977.
- 4.— **SELZER, M.** — "The Michigan Alcoholism Screening Test: The Quest for a New Diagnostic Instrument". American Journal Psychiatry, 127: 1653-1658, 1971.
- 5.— **MOORE, R. A.**— "The Prevalence of Alcoholism in a Community General Hospital". Amer. J. Psychiatry 128: 628-639, 1971.
- 6.— **POKORNY, A. D. MILLER, B. A. y KAPLAN, H. B.**— "The Brief Mast; a shortened version of the Michigan Alcoholism Screening Test". Amer. J. Psychiatry 129: 118-121, 1972.
- 7.— **B. ZUNG, B. J.**— "Factor Structure of the Michigan Alcoholism Screening Test". J. Studies on Alcohol, 39: 56-67 (1978).
- 8.— **TRUCCO, M.; CAMPUSANO, M. E. y LARRAIN, S.**— Comunicación personal, 1977.
- 9.— **ZUNG, W. W. K.**— "A self-rating Depression Scale". Arch. Gen. Psychiatry 12: 63-70 (1965).
- 10.— **FLORENZANO, R.; FEUERHAKE, O.; DEPTIS, M.; LARRAIN, E. y VALDES, M.** — "Descripción de las características de un grupo de pacientes alcohólicos recuperados". Actas del I Congreso Argentino y Latinoamericano de Alcoholismo. Bs. Aires, 1978.
- 11.— **FLORENZANO, R.; FEUERHAKE, O.; FIGUEROA, C.; HINRICHSEN, M. y JIMENEZ, K.**— "Características Psicosociales y Psicopatológicas de hombres hospitalizados en la Posta Antialcohólica del Hospital Psiquiátrico de Santiago". Revista Chilena de Neuropsiquiatría (en prensa).
- 12.— **REMINGTON, R. D. y SCHORK, M. A.**— "Statistic with applications to the Biological and Health Sciences". Prentice-Hall, New Jersey, 1970.
- 13.— **WILSON, J. M. G. y JUNGNER, F.**— "Principles and practice of Screening for disease". Public Health Papers N° 34, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1968.
- 14.— **JELLINEK, E. M.**— "The Disease Concept of Alcoholism". Yale University Press, 1961.
- 15.— **DEPARTAMENTO DE ECONOMIA DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE.**— "El Costo Económico del Alcoholismo. Algunos indicadores para Chile", 1979.
- 16.— **MINISTERIO DE SALUD, CHILE.**— "Políticas de Salud Mental". Mimeografiado. Santiago de Chile, 1978.
- 17.— **OMS.**— 20º Informe del Comité de Expertos en Farmacodependencia. Informe Técnico 551, Ginebra, 1974.
- 18.— **AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION.**— "Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders" (SM. III Praff), Washington, D. C., 1978.
- 19.— **FRIEDREICH, W. N. y LOFTSGAARD, S. C.**— "A Comparison of the Mac Andrew Alcoholism Scale and The Michigan Alcoholism Screening Test". J. Stud. Alcohol. 39: 1940-1944 (1978).
- 20.— **SOBELL, L. C. y SOBELL, M. B.**— "Alcoholism Gives valid self-reports". J. New Ment. Dis. 161: 32-42 (1975).
- 21.— **MAC AULEY, T.; LOWGABAUGERZ, R. y GRAN, H.**— "Comparative effectiveness of self and family forms of the Mast". J. Stud. Alc. 39: 1622-1627, 1978.
- 22.— **KAPLAN, H. B.; POKORNY, A. D.; KANAS, T. y LIVELY, G.** — "Screening Test and self-identification in the detection of alcoholism. J. Health Soc. Behav. 15: 51-56, 1974.
- 23.— **WOODRUFF, R. A.; CALYTON, P. J.; CLONINGER, C. R. y CUZE, S. B.**— "A brief method for screening for alcoholism". Dis. Nerv. Syst. 37: 434-435 (1976).