

Alcohol: Prevalencia de consumo y dependencia en Colombia

YOLANDA TORRES DE GALVIS*

RESUMEN

Objetivo

El objetivo de este estudio epidemiológico fue hacer el diagnóstico de la prevalencia de consumo, abuso y dependencia de alcohol en la población mayor de 12 años, residente en Colombia.

Metodología

Se utilizó la estrategia de los estudios de prevalencia, aplicándose a una muestra probabilística de **14.654** personas mayores de 12 años. **El instrumento** de recolección incluyó el **CAGE**, para evaluar problemas relacionados con el alcohol, el **VESPA**, para estimar la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas y el módulo del **CIDI-2R** para la evaluación de los síndromes de abstinencia y dependencia al alcohol.

Resultados

La prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas fue de 85.8%, presentando un aumento de proporciones, al compararla con la encontrada en el Estudio Nacional de 1987, del

* Jefe de División de Investigaciones - Facultad de Medicina CES.

18.7%, estadísticamente significativa. La prevalencia específica por sexo fue de 88.5% para el masculino, versus 88.9% para el femenino.

La evaluación con el CAGE dio como resultado una prevalencia de posible alcoholismo del 12%, con un Intervalo de Confianza del 95% (IC95%) entre 11.4% y el 12.0%, aplicando como punto de corte, 3 ó más respuestas positivas.

El incremento de los accidentes de tránsito bajo el efecto de bebidas alcohólicas al aumentar el riesgo para alcoholismo del CAGE, presenta una razón de 1: 8, por cada accidente entre los que no tienen problema de alcoholismo, se presentan ocho en los diagnosticados como posibles alcohólicos.

Con relación "herir a otro o ser herido bajo el efecto de bebidas alcohólicas", se encontró un mayor riesgo entre los que tienen posible problema de alcoholismo.

En el estudio el 2.7% de los entrevistados informo consumo de alcohol y cocaína y el 6.3% alcohol y marihuana, al mismo tiempo.

La forma más confiable de obtener estadísticas poblacionales sobre prevalencia de trastornos psiquiátricos asociados con consumo de bebidas alcohólicas, es la aplicación de los criterios diagnósticos mediante la entrevista altamente estructurada CIDI-2R. Desde el grupo de 12 a 15 años se presenta problema de dependencia al alcohol, con una prevalencia de vida de 6.5%. La tendencia se incrementa, hasta el máximo punto con 19.8% en el grupo de 25 a 29 años y luego desciende, hasta 10.4% en el grupo de mayor edad, para el total de la población la prevalencia de vida es de 16.6% y para el síndrome de abstinencia de 6.6%.

PALABRAS CLAVES:

Estudio de Prevalencia

Alcoholismo

CIDI2

CAGE

SUMMARY

Objective

The objective of this epidemiological study was to do a community diagnosis to estimate in general population the prevalence rate of alcohol use, abuse and dependence.

Methodology

To determine sample size for this study, estimates of prevalence rates for specific disorders were garnered from earlier studies. The sample size was calculated for the whole Colombian country as 13.554 household residents' 12 years and older and 1.054 institutional residents, same age group considered.

Diagnostic Criteria: The information collection tool included CAGE instrument, to evaluate problems related to alcohol consumption; the VESPA questionnaire, to estimate the prevalence of consumption of alcoholic beverages, and the CIDI-2R specific module for the definition of alcoholism which considers DSM-IV criteria for dependence and abstinence disorders.

Results

found on this study was 85.8%, which is 18.7% larger than that found at 1987 National Household Study of Alcoholism and Drug Consumption. The specific gender prevalence was 88,5% for male and 88,9% for female.

Using CAGE cut point of three for possible alcoholic, the prevalence rate calculated in the population for possible alcoholism was 12%

The probability of having a traffic accident under alcohol effect was eight times on persons having CAGE result greater than two than that calculated for persons rated three or less on CAGE. With relation "to hurt to another one or to be hurt under the effect of alcoholic beverages", the ratio between same comparison groups showed a larger risk for those having possible problem of alcoholism was found.

For this research, 2.7% of interviewed people informed consumption alcohol and cocaine at the same time, and 6,3% reported alcohol and marijuana consumption at the same time.

As it is widely recognized, the most reliable form to obtain population statistics on prevalence of alcohol associated psychiatric disorders is the application of the diagnosis criteria using highly structured CIDI-2R interview. This instrument was used for this research and results showed that abuse and dependency syndrome is found at age group between 12 to 15 years old. The highest lifetime prevalence rate of alcoholism specific group was at 30 to 37 years old people. For the whole group, general lifetime prevalence rate of dependency syndrome was 16.6%, and one year prevalence rate was 4.7%. The abstinence syndrome lifetime prevalence was 6.5%.

KEY WORDS:

Alcohol consumption prevalence

Alcoholism

CIDI2

CAGE

ANTECEDENTES

El alcohol junto con el tabaco han sido las sustancias psicoactivas de más antiguo y amplio uso en América. Los libros que hablan sobre la historia de las bebidas alcohólicas, ubican su aparición por lo menos hace siete mil años, se asegura que su descubrimiento se pudo dar en forma accidental extendiéndose su uso y adquiriendo forma ceremonial. (1) Su impacto en los ámbitos social y de salud ha sido muy grave debido a la fuerte asociación entre su consumo y daños a la salud, con pérdida de años de vida saludables e incremento en los gastos sociales, bien documentados en estudios sobre el tema. (2)

El etanol es una de las drogas más comúnmente utilizadas por la población mundial y en el caso de Colombia, tiene una gran aceptación cultural en todos los estratos sociales, siendo considerada como una de las sustancias legales, con mayor permisividad social.

El alcoholismo es una enfermedad crónica que se acompaña de síntomas clínicos de toxicidad en los tejidos, peligro de dependencia física. Riesgo de síndrome de abstinencia y de daño que ocasiona en la vida social del individuo.

Se informa que más de medio millón de norteamericanos están en tratamiento por alcoholismo, con una tendencia hacia el aumento, pero debe

recordarse que esta situación (dependencia al alcohol), representa solo el punto final del espectro del problema de consumo de esta sustancia. Muchos de los «bebedores» tienen problemas en el ámbito social o de salud, asociados al abuso o consumo peligroso, sin presentar aun los síntomas o signos de dependencia y otros bebedores asintomáticos están a riesgo de alcoholismo, o de «consumo peligroso». (3,4)

Los problemas médicos asociados a la dependencia de alcohol incluyen, síndrome de abstinencia, psicosis alcohólica, hepatitis, cirrosis, pancreatitis, deficiencia de tiamina, neuropatía, demencia y cardiomiopatía. Sin embargo los bebedores fuertes, que todavía no son dependientes, representan la mayor frecuencia de morbilidad y mortalidad asociadas al consumo de bebidas alcohólicas por ejemplo se ha informado una relación dosis-respuesta entre el incremento de la cantidad en el consumo diario de alcohol y la elevación de la presión arterial, así como el riesgo de cirrosis, cáncer del hígado y de la laringe. (3)

En tres grandes estudios de cohorte, que incluyeron más de 500.000 personas, de ambos sexos se observó que el incremento de la mortalidad por todas las causas comienza a partir del consumo diario de cuatro bebidas en los hombres y dos en las mujeres, la diferencia por sexo se explica por la menor talla en la mujer y el metabolismo lento para el alcohol en este grupo. Comparando los no consumidores con los consumidores leves, se presentó un exceso de mortalidad entre el 30 y el 38% para el sexo masculino y más del doble para el femenino, entre las personas que informaron consumo de seis o más bebidas alcohólicas por día. (4)

Tanto en estudios internacionales, como en Colombia, se cuenta con una amplia evidencia sobre la asociación del abuso y dependencia al alcohol con violencia, evaluada a través de homicidios, accidentes, y suicidios. De más de 100.000 muertes

atribuidas al alcohol anualmente, cerca de la mitad se deben a causas de violencia intencional y no intencional, incluyendo el 44% de todos los accidentes de tránsito fatales, una alta proporción de muertes por homicidio, suicidio, muertes en incendios y ahogamientos. (4) En estudios realizados en Medellín se ha encontrado asociación entre consumo de bebidas alcohólicas y morbilidad por lesiones personales, accidentes de tránsito, accidentes de trabajo e intentos de suicidio, llegando a presentarse alcoholemia positiva en el 42% de los pacientes atendidos en el servicio de urgencias. (6,7)

El impacto económico del consumo de alcohol asociado con problemas laborales es muy alto, para Estados Unidos se ha informado US\$2.089.000, por pérdida de productividad, US\$497.000.000 por ausentismo laboral y US\$ 246.000.000, por muertes prematuras, accidentes de trabajo e incapacidades. En general el impacto económico por estas causas en Chile se estimó en US\$209 per capita por año.

Además los problemas sociales, familiares y problemas con la justicia generan daños potenciales sobre la calidad de vida del afectado de su familia y de la sociedad, al igual que aumento en la demanda de atención médica y altas pérdidas económicas. En el Reporte Especial del Congreso de los Estados Unidos sobre Alcohol y Salud, para el año 2000, se considera una pérdida de US\$638 por habitante y US\$184.6 billones en total sólo para 1998.

Criterios Diagnósticos de Alcoholismo

Uno de los problemas para lograr una adecuada comparación de los hallazgos de los diferentes investigadores ha sido la definición de **alcoholismo**.

En 1804 el médico inglés Thomas Trotter escribió "...en el lenguaje médico, considero que la ebriedad es una enfermedad en el sentido estricto...". El término **alco-**

holismo propiamente fue empleado por Magnun Huss, médico sueco en 1849. En 1943, Jellinek caracteriza nosológicamente el alcoholismo, y la Organización Mundial de la Salud operacionaliza el término como "Incapacidad de Abstenerse". (2)

En los manuales diagnósticos de la Asociación Americana de Psiquiatría, el DSM-III, y el DSM-IV la definición de alcoholismo, incluye tanto la dependencia como las consecuencias sociales negativas, como indicadores significantes de este desorden. A partir del mismo se dan dos diagnósticos específicos síndrome de abstinencia y dependencia.(4)

Como aporte a la solución de las definiciones operacionales, para la aplicación en investigación epidemiológica sobre problemas asociados al consumo de bebidas alcohólicas y como ayudas diagnósticas en consulta general, en Medellín, durante los años de 1987-1988 se realizaron los estudios de validación de una serie de instrumentos para la utilización como pruebas diagnósticas de alcoholismo, uno de ellos el Instrumento CAGE, que se selecciono como prueba tamiz, para incluirlo en el Primer Estudio Nacional sobre Alcoholismo y Consumo de Sustancias Psicoactivas - Colombia 1987. (8)

A partir de entonces en el país, se han venido realizando una serie de importantes estudios, con criterios diagnósticos comparables, que han permitido evaluar el grave impacto del problema en los campos de la salud física y mental, su asociación con indicadores de violencia y accidentes, sirviendo para llamar la atención tanto de los políticos, como de los equipos técnicos sobre éste grave problema de salud pública.

ABUSO

Según los criterios diagnósticos actuales incluye un patrón de consumo patológico (excesivo o incon-

trolable), más deterioro o función en el campo social u ocupacional. Puede manifestarse por:

- Fallas en el cumplimiento de obligaciones en el trabajo, el estudio o el hogar.
- Uso de la sustancia en situaciones peligrosas. Por ejemplo, manejar en estado de embriaguez.
- Presentar problemas legales asociados a su uso. Por ejemplo, ser arrestado por conducir embriagado.
- Seguir consumiendo, a pesar de que le cause problemas sociales o personales.

DEPENDENCIA

Además de los criterios anteriores debe llenar la evidencia de tolerancia o síndrome de abstinencia (dependencia física). Produce gran limitación o malestar en la vida del individuo, se pueden presentar:

- Tolerancia, síndrome de abstinencia.
- Uso en mayor cantidad o por periodos más prolongados de lo que el individuo pensó que la iba a usar.
- Deseo persistente por reducir o controlar su uso.
- Utilizar grandes cantidades de tiempo en función ya sea de: conseguirlo, estar consumiéndolo o recuperándose de sus efectos.
- Dejar de participar o reducir las actividades, ocupacionales o recreativas debido a su consumo, y/o continuar utilizándola a pesar de que se sufra de un problema físico o psicológico asociado a su consumo.

POBLACIÓN Y MÉTODOS

Se utilizó la estrategia de los estudios de prevalencia, aplicándose a una muestra representativa de

la población colombiana mayor de 12 años. El diseño de la muestra fue probabilístico. Se calculó un valor de p del 10.2 por cien, resultado promedio del Estudio de Salud Mental de 1993 (Torres de G. & et al 1993), con un error máximo de 2.25 por cien y con un nivel de confianza de 95 %. La n (tamaño de la muestra) calculada como mínima con base a la estimación de los anteriores parámetros fue igual a: **14.654** personas.

El instrumento de recolección incluyó dos grandes secciones:

- ◆ La primera que retomó los aspectos incluidos en el primer Estudio de 1993, y que se consideraron de mayor importancia para la evaluación de tendencias, comprendió: el **CAGE**, instrumento para evaluar problemas relacionados con el alcohol, del doctor. John Ewing, Director del Bowles Center para estudios sobre alcohol de la Universidad de Carolina del Norte, de amplio uso en el ámbito internacional, traducido a diferentes idiomas y validado para Colombia por Torres y Murrelle, 1986. (8,9,10)

CAGE

- Alguna vez ha sentido necesidad de disminuir (**C**ut) la cantidad de alcohol que toma?
- Se ha sentido mal (**A**nnoyed) por que le critican por su manera de beber?
- Se ha sentido mal o culpable (**G**uilty) por su manera de beber?
- Alguna vez ha tomado un trago a primera hora en las mañanas para calmar los nervios o quitar el «guayabo» (**E**ye opener)?

En otros países un puntaje de 2 o más se considera clínicamente significativo, como indicador de riesgo para alcoholismo. La validación en Colombia, propuso como puntos de corte: 0 o 1 pregunta con respuesta positiva, se considera sin problema, 2 positivas alto riesgo de alcoholismo y 3 o 4 posible alcoholismo. En las validaciones se ha encontrado el coeficiente Alpha entre 0.69 a 0.75. Se ha de-

mostrado que es más efectivo cuando hace parte de un instrumento que incluye otras variables y cuando sus preguntas se responden, antes de haber aplicado otras relacionadas con consumo de bebidas alcohólicas, presenta mayor confiabilidad. (9)

- ◆ La segunda parte del instrumento de recolección, tuvo la ventaja de incluir el módulo para alcohol, de la entrevista altamente estructurada **Composite International Diagnostic Interview - Segunda Versión (CIDI-2)** en Español, que aplica los criterios diagnósticos del DSM-IV, para el diagnóstico el de trastornos mentales. (11,12,13)

A pesar de que el instrumento no exige la aplicación por personas con entrenamiento clínico, la selección de los *coordinadores a nivel de los departamentos*, prefirió contar con personal clínico, especializado en los campos de la psiquiatría, la salud mental o la epidemiología.

Forma de selección de los equipos de trabajo de campo:

la selección se llevo a cabo teniendo en cuenta su pertenencia regional, con el fin de lograr el acercamiento cultural para facilitar el conocimiento de la región y la ejecución adecuada en el trabajo de campo, evitando barreras culturales que pudieran generar sesgos de información.

Prueba de la Metodología: Después de capacitar a los grupos de entrevistadores se realizó la prueba de campo, para lograr la estandarización y con base en ella se hicieron los últimos ajustes al instrumento de recolección y la metodología.

Técnica de Recolección: La recolección de información se hizo a través de la entrevista directa, buscando la mayor privacidad en el momento de la aplicación.

Crítica del Dato: A pesar de toda la capacitación, es posible cometer errores en la recolección de

información y por tanto la primera crítica se realizó durante el trabajo de campo, por parte del equipo de supervisores, con el fin de lograr superar *in situ*, cualquier problema que pudiera afectar la calidad de la información recogida. Para controlar los errores en la transcripción de información y se elaboró el programa de entrada de datos con la aplicación de verificación de inconsistencias y finalmente se hizo comprobación aleatoria de la misma base de datos.

La Estimación de Resultados se llevó a cabo con el programa de análisis, mediante la aplicación del flujograma, que siguiendo los criterios diagnósticos del DSM-4 y la CEI-10 permitió la estimación de la prevalencia de los diagnósticos psiquiátricos relacionados con el abuso o dependencia del alcohol.

El programa de análisis desarrollado, también permite el cálculo de los indicadores de consumo de bebidas alcohólicas del VESPA y de la prevalencia de alto riesgo y posible alcoholismo del CAGE.

Las estimaciones se hicieron para todo el país y cada departamento, con autoponderación de probabilidades de cada nivel. Los factores de restitución estuvieron determinados por las fracciones de muestreo efectivas para cada unidad seleccionada, con ajustes de cobertura en caso de no respuesta.

RESULTADOS

De las 15 048, personas estudiadas el 48.5% pertenecen al sexo masculino y el 51.5% al femenino. El 8.7% tenía entre 12 y 15 años cumplidos en el momento del estudio, en el extremo superior se encuentra un 6.5% de personas de 61 y más años, siendo el 7.2% para el sexo femenino y sólo el 5.7% del masculino, como un reflejo de la mayor esperanza de vida para la mujer.

El estado civil con mayor predominio fue el de solteros con el 54.2%; seguido por los casados con el 35.1%. Se encontró un 5.6% de personas separadas, siendo mayor la proporción para el sexo femenino con el 6.6%, el 4.3% son viudos y el 0.7% divorciados.

El 30.3% de la población estudiada trabajaba tiempo completo, el 6.4% medio tiempo y el 6.2% en forma ocasional, sin ninguna diferencia por sexo. En total, 42.9% tenía alguna actividad laboral. El 5.4% desempleados buscando empleo, 3.8% desocupados, ni trabajaban, ni buscaban empleo, en total un 9.2% sin actividad laboral. El 25.4% estudiante, dedicados a las actividades del hogar, el 16.7%. El 2.1% del total de la población estudiada era discapacitado y el 3.8% jubilado.

Del total, el 25.1%, tenía primaria, con nivel de secundaria se encontró la mitad de la población estudiada, sin diferencias estadísticamente significantes por sexo. En cuanto al nivel universitario, o profesional, incluye a los que tienen postgrado y está representado por el 9.3% de la población estudiada. En general llama la atención la igualdad de la distribución de la escolaridad para los dos géneros.

Se presenta los principales hallazgos del estudio. Para su interpretación debe destacarse que el problema se evalúa a través de diferentes indicadores a saber:

- Prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas
- Resultados de la aplicación del instrumento CAGE mediante el cual se separa la población estudiada en normal, con alto riesgo de alcoholismo y posible alcoholismo.
- Dependencia al alcohol y síndrome de abstinencia, por medio de la aplicación del módulo J del CIDI-2.

Indicadores de consumo de Bebidas Alcohólicas

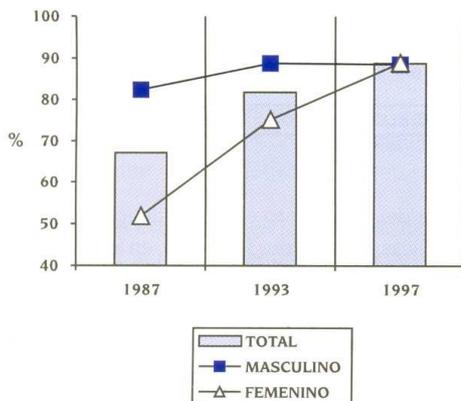
La prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas fue de 85.8%, presentando un aumento de proporciones, al compararla con la encontrada en el Estudio Nacional de 1987,(8) del 18.7%, estadísticamente significativa. La prevalencia específica por sexo fue de 88.5% para el masculino, versus 88.9% para el femenino.

Es importante resaltar el resultado con relación al sexo femenino, por el inusitado incremento en los diez años de estudio sobre el tema:

- Tendencia positiva con un valor de p a través de la Chi Cuadrada de 0.0000
- Diferencia de proporciones entre 1987 y 1997 de 37.1%, estadísticamente significativa.
- En 1987 la prevalencia en el sexo femenino fue de 51.8%, en 1993 de 75.1% y en 1997 llegó a 88.9%.

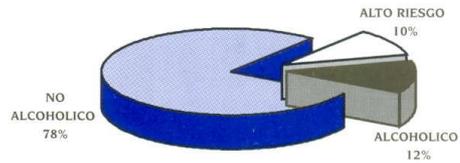
Para el sexo masculino, se presentó una tendencia positiva pero suave: 82.4%, 88.8% y 88.5%, para los años estudiados.

Gráfica N°1. Tendencia de la Prevalencia Anual de Consumo de Bebidas Alcohólicas - Colombia 1987-1997



Resultados de aplicación del Instrumento CAGE

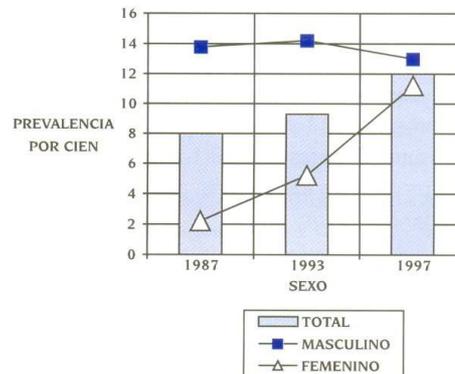
Gráfica N° 2. Prevalencia de Alcoholismo Según Instrumento CAGE



La evaluación con el CAGE dio como resultado una prevalencia de posible alcoholismo del 12% con un Intervalo de Confianza del 95% (IC95%) entre 11.4% y el 12%, aplicando como punto de corte, 3 ó más, pero algunos investigadores han recomendado para comparación internacional, como punto de corte -2 o más- y en ésta forma la prevalencia llega al 22.1%.

En forma consistente con el incremento en las tendencias de consumo de bebidas alcohólicas, que se ha observado para el sexo femenino, en los diez años de análisis, al estudiar los indicadores de consumo problemático, o posible alcoholismo, las diferencias de proporciones, evidencian un incremento estadísticamente significativo, a través de la Chi cuadrada de tendencia, con un valor de $p < 0.00000$.

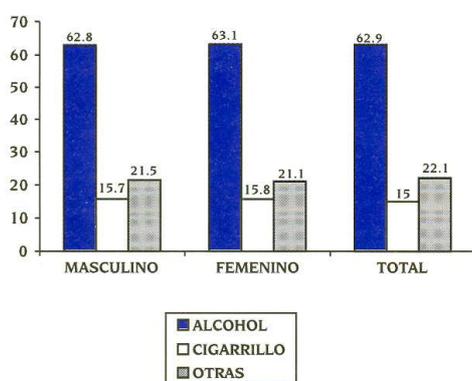
Gráfica N° 3. Prevalencia de Alcoholismo según CAGE por sexo - Colombia 1987-1997



Por cada mujer con problemas de posible alcoholismo en el Estudio de 1987, se encontraron casi seis en 1997.

Lo anterior influye directamente en la tendencia global, pero el incremento se da sólo con base al sexo femenino, pues el masculino conserva sus indicadores sin diferencias estadísticamente significante.

Gráfica N° 4. Sustancia de inicio según sexo



Como puede verse en la gráfica, las bebidas alcohólicas, se comportan como principal sustancia de inicio, con más del 60% para los dos sexos, seguidas por el cigarrillo con un 15%.

Otro hallazgo importante es la edad de inicio, con un promedio de 12 años. La edad a la cual se inicia el consumo de estas bebidas hasta la embriaguez, es en promedio a los 16 años, con una desviación estándar de 4 años.

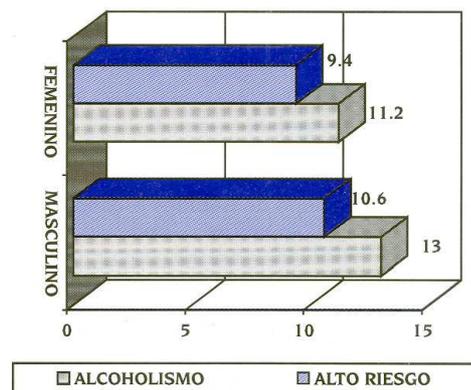
El incremento de los accidentes de tránsito bajo el efecto de bebidas alcohólicas al aumentar el puntaje del CAGE, presenta una razón de 1:8, por cada accidente entre los que no tienen problema de al-

coholismo, se presentan ocho en los diagnosticados como posibles alcohólicos.

Con relación "herir a otro o ser herido bajo el efecto de bebidas alcohólicas", se encontró un mayor riesgo entre los que tienen posible problema de alcoholismo.

La importancia de estos datos, es mayor al recordar lo que se informa en la bibliografía sobre el tema, la temprana iniciación del consumo se comporta como predictor de consumo problemático y está asociada con problemas de policonsumo y violencia juvenil. En el estudio el **2.7% de los encuestados informaron consumo de alcohol y cocaína y el 6.3% alcohol y marihuana, al mismo tiempo.**

Gráfica N° 5. Prevalencia de Indicadores de Alcoholismo según CAGE por género



A pesar del incremento en el consumo de bebidas alcohólicas, para el sexo femenino, en los diez años de análisis de consumo, al analizar los indicadores de consumo problemático, o posible alcoholismo, las diferencias de proporciones por sexo, siguen mostrando, mayor problema para el masculino. 16-19

Cuadro N° 1. Prevalencia de Indicadores de Alcoholismo según CAGE por edad

Edad	Alcoholismo	Alto Riesgo
12 -15	12.1	10.0
16-19	13.7	8.8
20-24	9.4	11.0
25-29	13.8	11.2
30-37	12.0	8.7
38-40	11.2	9.7
50-60	10.8	9.9
61 y más	14.4	10.6
Total	12.0	9.9

El consumo problemático se inicia desde el grupo de 12 a 15 años, pero llama la atención que la frecuencia se sostiene, para todos los grupos de edad con un leve incremento para el grupo de 61 años y más.

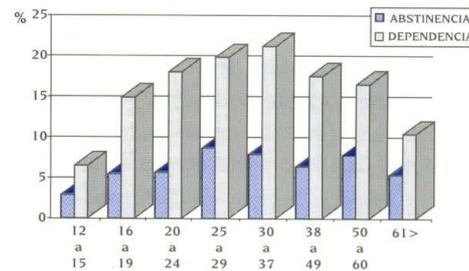
Prevalencia de Vida del Síndrome de Abstinencia y Abuso/Dependencia al alcohol, según el CIDI-2

La forma más confiable de obtener estadísticas poblacionales sobre prevalencia de trastornos psiquiátricos asociados con consumo de bebidas alcohólicas, es la aplicación de los criterios diagnósticos mediante la entrevista altamente estructurada CIDI-2R.

El consumo continuo de grandes cantidades de alcohol puede llevar a una Alucinosis Alcohólica. Esta consiste en alucinaciones generalmente de tipo persecutorio, acusatorias y de amenaza que hacen que el paciente este aterrizado.

Como puede observarse en la gráfica 7, desde el grupo de 12 a 15 años se presenta problema de *dependencia al alcohol*, con una prevalencia de vida de 6.5%. La tendencia se incrementa, hasta el máximo punto con 19.8% en el grupo de 25 a 29 años y luego desciende, hasta una prevalencia de 10.4% en el grupo de mayor edad.

Gráfica N° 6. Prevalencia de Vida por cien de Abuso/dependencia y Síndrome de Abstinencia al Alcohol según Edad



La curva para el *síndrome de abstinencia*, se comporta en forma similar, pero con frecuencias más bajas. El comportamiento de la prevalencia de abuso/dependencia del alcohol según el resultado del CIDI-2, por edad, puede estar sustentado en dos posibles hipótesis: la primera el alcoholismo, se asocia a un mayor riesgo de mortalidad por accidentes, violencia y otras causas y esto explica que en los grupos de mayor edad la prevalencia disminuya.

La segunda sustentada por la posibilidad de que el índice de "cesación", se encuentre asociado con indicadores de toma de conciencia por las responsabilidades adquiridas, en el campo laboral y familiar a partir de los 29 años, con tendencias negativas. Para el caso de Colombia, la primera hipótesis tiene mayor sustentación.

Como puede observarse, en el cuadro 2 el Instrumento CAGE, presenta una mayor sensibilidad para el indicador de posible alcoholismo, con diferencias en la prevalencia del diagnóstico, comparado con los resultados del Instrumento CIDI-2, (dependencia al alcohol) que tiene mayor especificidad.

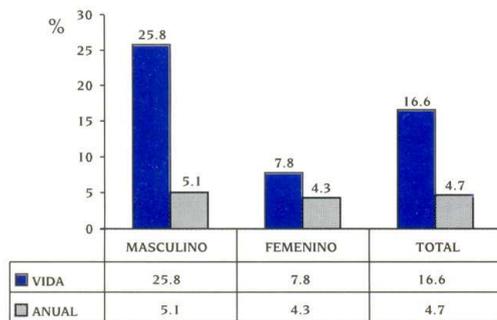
Cuadro N° 2. Comparación Prevalencia Anual Resultados CAGE Y CIDI-2

GRUPO	CAGE	CIDI	DIFERENCIAS
Masculino	13.0	5.1	7.1
Femenino	5.2	4.3	0.9
Total	9.1	4.7	4.4

Los resultados anteriores, permiten recomendar para futuros estudios, la aplicación de dos pasos (two stage) en la evaluación del problema de alcoholismo, en estudios poblacionales y aun en el campo clínico.

- Una primera aplicación del CAGE como prueba tamiz y a una submuestra de los negativos aplicarles el CIDI-2 como prueba confirmatoria.
- Al total de los positivos, aplicar el CIDI-2, como prueba diagnóstica o confirmatoria.

Gráfica N° 7. Prevalencia Anual y de Vida para Abuso/Dependencia al Alcohol (CIDI-2) Según género

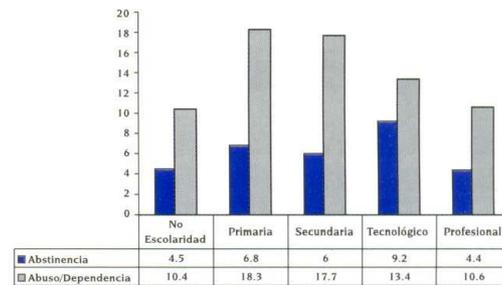


En general la prevalencia de vida para el síndrome de dependencia al alcohol es de 16.6% con IC del 95% entre 16% y 17.2%. El síndrome de abstinencia presentó una prevalencia de 6.5%, con un IC 95% de 6.1% y 6.9%.

El análisis de comportamiento por sexo, es complejo, para la prevalencia de vida se encuentra una razón por género de 1: 3.4, o sea que por cada mujer se encuentran más de tres hombres, que han presentado el trastorno durante la vida. Sin embargo para la prevalencia anual es casi igual 1:1.8, siendo más cercano el comportamiento entre los dos sexos, lo que puede interpretarse como una confirmación a incremento de los problemas asociados

con el uso de alcohol en el género femenino en la última década.

Gráfica N° 8. Prevalencia de Vida por cien para los Síndromes de Abstinencia y Abuso/Dependencia al Alcohol (CIDI-2) R según Nivel Educativo.



El comportamiento de la prevalencia del síndrome de abstinencia presenta la frecuencia más baja en el estrato de profesionales y en el de personas con nivel de educación primaria. La prevalencia del síndrome de abuso/dependencia, presenta el indicador más alto, para los estratos con educación primaria y secundaria, seguido de los que informaron nivel de tecnología y la más baja frecuencia, casi igual para los grupos extremos.

DISCUSIÓN

El análisis del comportamiento de los indicadores de consumo de alcohol en Colombia, muestra un incremento, estadísticamente significativo, explicado por los cambios en el patrón de consumo para el sexo femenino, igual comportamiento se presenta al evaluar el consumo problemático a través de los resultados del CAGE.

Por primera vez, se aplican a una muestra poblacional los criterios del DSM-IV. encontrándose, una prevalencia de vida del 16.6% para el síndrome de abuso/dependencia, siendo más alta para

los estratos de 25 a 37 años, edad de plena actividad laboral, impactando la productividad del país por su asociación con incremento en la accidentalidad laboral, ausentismo y baja calidad de la producción, sin olvidar que la mujer está en su etapa reproductiva y el consumo durante el embarazo puede afectar al niño en forma de síndrome alcohólico-fetal.

El «Epidemiological Catchment Area, ECA», (15) estudio realizados en Estados Unidos en una muestra representativa de cinco ciudades en 19.182 personas encontró una prevalencia para el mismo trastorno de abuso/dependencia al alcohol de 13.8% y en el «National Comorbidity Survey NCS» (14) también realizado en ese país, con criterios diagnósticos similares al estudio de Colombia, se informó una prevalencia de 23.5%. Si bien la prevalencia encontrada en el país, está cercana a la de los dos estudios mencionados, esto no quita la importancia del alcoholismo y el consumo problemático de bebidas alcohólicas, como uno de los más graves problemas de salud pública, fuertemente asociado a la mortalidad por violencia (16) y a la alta demanda de atención de urgencias por morbilidad asociada, como accidentes de tránsito, accidentes de trabajo, accidentes caseros, lesiones personales y autoinfringidas.

No cabe duda del impacto de este grave problema, en la calidad y la esperanza de vida de la población y en la productividad del país. Experimentos como los de la Alcaldía de Santafé de Bogotá con la disminución de horas de expendio de las bebidas alcohólicas y la reducción concomitante de los accidentes y la mortalidad por violencia, demuestran la importancia de la formulación de políticas saludables que unidas a educación puedan ofrecernos un mejor futuro.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fleming A. Alcohol: The delightful Poison. A History. Delacorte Press/New York Second Pringting 1976.

2. Torres de GY, Posada J. Primer Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas. Colombia 1993. Bogotá: Ministerio de Salud Pública 1993.

3. Institute of Medicine. Broadening the Base of Traetment for Alcohol Problems: Report of a Study by a Committee of the Institute the Medicine . División Mental Health and Behavioral Medicine. Washington, DC: National Academy Press, 1990.

4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington DC. American Psychiatric Association 1994.

5. Klatsky AL, Armstrong AA, Friedman GD. Alcohol and Mortality. Ann Intern Med 1992; 117:646-654.

6. Boffeta P, Garfinkel I. Alcohol Drinking and Mortality Among Men Enrrolled in an American Cancer Society Prospective Study. Epidemiology 1990;1:342-348.

7. Torres de GY & Maya Mejía JM. Resultados Sistema VESPA 1997. Alcaldía de Medellín 1997.

8. Torres de GY & Murrelle L. Estudio Nacional sobre Alcoholismo y Consumo de Sustancias Psicoactivas. Colombia 1987. Ed. Universidad de Antioquia, Medellín 1988.

9. Steinweg DL and Worth H. «Alcoholism: The Keys to the CAGE»; American Journal of Medicine 94: 520-523, May 1993.

10. Ewing JA. "Detecting Alcoholism: The CAGE Questionnaire" JAMA 252: 1905-1907, 1984.

11. World Health Organization. Composite International Diagnostic Interview Version 2.0 Geneva, Switzerland. WHO, 1996.

12. Wittchen HU, Robins, LN, Couttler, LB Sartorius N, Burke, JD, & Regier DA. Cross- Cultural Feasibility, Reliability and Sources of Variance in the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) British Journal of Psychiatry 1991; 159:645-653.
13. Robins LN, Wing J, Wittchen HU, & Helzer, JE. Composite International Diagnostic Interview: An Epidemiologic Instrument Suitable for Use in Conjunction with Different Diagnostic Systems in Different Cultures. Archives of General Psychiatry 1988,45: 1023-1031.
14. Regier DA, et al. Comorbidity of Mental Disorders with Alcohol and Other Drug Abuse. JAMA 264 (19):2511-2518.
15. Kesler R, et al. Lifetime and 12 Month Prevalence DSM-III-R Psychiatric Disorders in the United States. Arch Gen Psych 51:8-19, 1994.
16. Greenfeld LA. Alcohol and Crime: An Analysis of National Data on the Prevalence of Alcohol Involvement in Crime. Report prepared for Assistant Attorney General's National Symposium on Alcohol Abuse and Crime. Washington, DC. U.S Department of Justice, 1998.
17. U.S. Congress. 10th Special Report to the U.S. Congress on Alcohol and Health. Washington, 2000.



