

Capacidad discriminativa de una pregunta simple como instrumento de tamizaje para el consumo nocivo de alcohol en un servicio médico universitario

Nelci Becerra Martínez^{1*}, Fabián Gil Laverde² y José Manuel Vivas Prieto³

¹Consultorio Médico Universitario, Pontificia Universidad Javeriana, Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, D.C., Colombia; ²Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, D.C.; ³Javesalud IPS, Bogotá, D.C., Colombia

Resumen

Introducción: El consumo nocivo de alcohol se ha reconocido como un problema de salud pública en las universidades. Se puede alcanzar un enfoque preventivo si se logra la identificación temprana de personas con patrones de consumo riesgoso y perjudicial de alcohol. Existen múltiples instrumentos de tamizaje con sensibilidad aceptable. El Instituto Nacional para el Abuso de Alcohol y Alcoholismo (NIAAA) ha recomendado el uso de una pregunta simple para tamizar el consumo nocivo de alcohol en cuidado primario y su incorporación en la práctica clínica rutinaria. **Objetivo:** Determinar la capacidad discriminativa de una pregunta simple como instrumento de tamizaje en un servicio médico universitario. **Métodos:** Se aplicó esta pregunta a 303 pacientes atendidos en un servicio médico universitario, seguida de la prueba de identificación de trastornos por el uso de alcohol (AUDIT). **Resultados:** Usando AUDIT como referencia, la sensibilidad y la especificidad de la pregunta simple para detectar consumo nocivo de alcohol fue de 0.90 (intervalo de confianza [IC] 95%: 0.68-0.98) y 0.76 (IC 95%: 0.70-0.80), respectivamente, con un valor predictivo negativo del 99.1%. **Conclusiones:** La pregunta simple puede detectar oportunamente personas con consumo riesgoso y perjudicial de alcohol en usuarios de un servicio médico universitario. Es necesario implementar un enfoque sistemático para identificar e intervenir oportunamente en esta problemática.

PALABRAS CLAVE: Consumo de bebidas alcohólicas. Trastornos inducidos por alcohol. Alcoholismo. Tamizaje masivo. Servicios de salud para estudiantes. Servicios preventivos de salud.

Abstract

Introduction: Alcohol misuse has been recognized as a public health problem in universities. It is possible to achieve a preventive approach if early identification of people with risky and harmful drinking patterns is achieved. There are multiple screening instruments with acceptable sensitivity. The National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) has recommended the use of a simple question to screen hazardous and harmful alcohol consumption in primary care and their incorporation into routine clinical practice. **Objective:** To determine the discriminative ability of a simple question as a screening in a student health service. **Methods:** We applied this question to 303 patients treated at a university medical service, followed by the AUDIT. **Results:** Using AUDIT as a reference, the sensitivity and specificity of the simple question to detect hazardous and harmful alcohol consumption was 0.90 (95% CI: 0.68-0.98) and 0.76 (95% CI: 0.70-0.80), respectively, with a negative predictive value of 99.1%. **Conclusions:** The simple question can timely detect people with risky and harmful alcohol consumption in a university medical service. This requires implementing a systematic approach to timely identify and intervene in this problem. (Gac Med Mex. 2014;150 Suppl 1:21-8)

Corresponding author: Nelci Becerra, nelcibecerra@javeriana.edu.co

KEY WORDS: Alcohol drinking. Alcohol-induced disorder. Alcoholism. Mass screening. Student health service. Preventive health service.

Correspondencia:

*Nelci Becerra Martínez
Hospital San Ignacio
Carrera 7, 40-62
Bogotá, D.C., Colombia
E-mail: nelcibecerra@javeriana.edu.co

Fecha de recepción: 21-10-2014

Fecha de aceptación: 14-03-2014

Introducción

El alcohol es la sustancia potencialmente adictiva y socialmente aceptada utilizada con mayor frecuencia a nivel mundial. Su consumo en patrones inadecuados está implicado en una amplia gama de enfermedades, trastornos, lesiones y problemáticas que trasciende las esferas personal, familiar y social. El consumo de alcohol, los daños relacionados y la dependencia coexisten a lo largo de un *continuum* que va desde el consumo de riesgo o perjudicial hasta la dependencia del alcohol. Los términos preferidos para describir los distintos patrones de bebida son: consumo de riesgo, consumo perjudicial, consumo excesivo ocasional o episódico, abuso de alcohol y dependencia del alcohol, en vez de uso indebido o alcoholismo^{1,2}. En la tabla 1 se resumen las definiciones del espectro completo del uso nocivo del alcohol.

El alcohol, como sustancia que genera dependencia, es factor causal de por lo menos 60 tipos de enfermedades y lesiones, y causa secundaria de otras 200 enfermedades, ocupando el tercer lugar entre los principales factores de riesgo de muerte prematura y discapacidad a nivel mundial, y el primer lugar en el Pacífico occidental y las Américas³.

Se estima que anualmente mueren unos 2.5 millones de personas en el mundo, incluidos más de 300,000 jóvenes de 15 a 29 años por causas relacionadas con el alcohol, lo que representa un 9% de la mortalidad en este grupo etario. El consumo de alcohol en las Américas es aproximadamente un 50% mayor que el promedio mundial⁴. La Organización Panamericana de la Salud ha considerado el consumo nocivo de alcohol como una prioridad en salud pública, teniendo en cuenta que los problemas relacionados superan las estadísticas medias globales. A pesar de las amplias variaciones subregionales, el valor promedio de consumo de alcohol per cápita ponderado por población en las Américas es de 8.7 l, mientras que la media global es de 6.2 l. Los países con mayor consumo son EE.UU., Colombia y México⁵.

Estudios realizados con estudiantes universitarios coinciden en mostrar tasas elevadas de consumo de alcohol y conductas de riesgo asociadas (beber y conducir, sexo casual sin protección, violencia, accidentalidad, exposición a la acción delincinencial, etc.)⁶⁻⁸. El uso compulsivo de alcohol entre estudiantes universitarios también se ha asociado con el uso de drogas ilícitas y con problemas por el uso de sustancias psicoactivas^{9,10}.

En los EE.UU., el consumo de alcohol y sus complicaciones entre los estudiantes de educación superior ha sido identificado como un problema de salud pública mayor y como el principal problema de salud que aqueja a las universidades¹¹. Se ha estimado que el consumo de bebidas alcohólicas en las instituciones de educación superior de ese país puede relacionarse anualmente con la muerte de 1,400 estudiantes, 500,000 lesiones, 600,000 agresiones físicas y 70,000 agresiones sexuales¹². Adicionalmente, se ha observado que la prevalencia del consumo de alcohol y los problemas relacionados es generalmente mayor en los estudiantes universitarios que entre los jóvenes de la misma edad que no son estudiantes^{13,14}, por lo que se ha sugerido que la población universitaria es un grupo de mayor riesgo para el desarrollo de problemas por consumo de alcohol^{15,16}.

Según los resultados obtenidos en el informe regional del II Estudio Epidemiológico Andino sobre consumo de drogas en la población universitaria¹⁷, Colombia ocupa el primer lugar entre los países suramericanos a nivel de prevalencia de vida (95.8%), consumo reciente (85%) y consumo actual de alcohol (61.6%). Al comparar estos resultados con la línea de base del año 2009, se encontró un incremento significativo en el porcentaje de estudiantes que presenta uso riesgoso o perjudicial de alcohol de un 29.5% en el año 2009 a un 31.9% en 2012.

El consumo de alcohol en jóvenes es un fenómeno complejo debido a las características inherentes propias del ciclo vital y a la multiplicidad de factores asociados: la aceptación social y cultural de la ingesta, los estados afectivos, la influencia ejercida por familiares y amigos, la autoeficacia percibida por los jóvenes y aun la falta de conocimiento sobre los límites de consumo de bajo riesgo y las posibles consecuencias¹⁸.

La detección temprana de esta problemática debería ser una estrategia prioritaria en el contexto de la práctica clínica rutinaria. Sin embargo, se ha encontrado que, aunque una alta proporción de médicos generales afirma que identifica problemas de alcohol^{19,20}, los índices reales de identificación son bajos (7-25%), y los mismos pacientes informan que pocas veces se les pregunta sobre el consumo de alcohol, aun en el caso de ser bebedores excesivos²¹⁻²³. Sólo un 13% de las personas con dependencia al alcohol recibe tratamiento especializado para su adicción^{24,25}, y entre un 13-20% de las personas con consumo de riesgo recibe consejería médica para reducir su consumo^{26,27}. Existe un rango de instrumentos que pueden utilizarse para identificar consumo de riesgo y perjudicial de

Tabla 1. Espectro del consumo nocivo de alcohol. Definiciones

Término	Definición
Consumo de riesgo de alcohol	<ul style="list-style-type: none"> – Nivel o patrón de consumo de alcohol que puede causar daños en la salud si el hábito del consumo persiste, y es descrito por la OMS como consumo medio regular de 20 a 40 g de alcohol diarios en mujeres, y de 40 a 60 g diarios en hombres⁵⁶ – Consumo por encima de los niveles recomendados diariamente, semanalmente o por ocasión, que incrementa los riesgos para la salud⁵⁷ – Para hombres, el consumo de riesgo de alcohol se considera como el consumo de más de 4 bebidas de alcohol en un día o más de 14 bebidas en una semana. Para mujeres, más de 3 bebidas de alcohol en un día o más de 7 bebidas en una semana⁴¹
Consumo perjudicial de alcohol	<ul style="list-style-type: none"> – Patrón en el beber que genera consecuencias para la salud física o mental; está definido por la OMS como el consumo regular promedio de más de 40 g diarios de alcohol en mujeres y más de 60 g diarios en hombres⁵⁶ – Patrón de consumo que ya está causando daño a la salud. El daño puede ser físico (p. ej., cirrosis hepática) o mental (depresión asociada al consumo). Las consecuencias sociales en sí mismas no son suficientes para el diagnóstico de consumo perjudicial o dañino⁵⁷
Consumo excesivo ocasional o episódico	<ul style="list-style-type: none"> – Consumo por parte de un adulto de por lo menos 60 g de alcohol en una sola ocasión⁵⁶ – Consumo en exceso de los límites recomendados: para hombres menores de 65 años más de 4 bebidas por día o más de 14 bebidas por semana; para las mujeres de cualquier edad y para hombres de 65 años o mayores, más de 3 bebidas por día o más de 7 bebidas por semana⁴¹
Abuso de alcohol	<p>Uso continuo a pesar de problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes causados o exacerbados por los efectos del alcohol. No cumple criterios para dependencia del alcohol⁵⁷</p> <p>A. Patrón maladaptativo de uso de alcohol que lleva a alteraciones clínicamente significativas, manifestadas por uno de los siguientes criterios dentro de un periodo de 12 meses:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Uso recurrente de alcohol resultante en dificultades para cumplir las obligaciones en el trabajo, el estudio, el hogar (ausentismo o mal rendimiento laboral o académico o negligencia en el cuidado de los hijos...) 2. Uso recurrente de alcohol en situaciones físicas de riesgo (conducir, operar máquinas) 3. Problemas legales relacionados con el consumo de alcohol 4. Uso continuo de alcohol a pesar de tener problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes causados o exacerbados por los efectos del alcohol <p>B. Los síntomas nunca han completado los criterios de dependencia al alcohol⁵⁷</p>
Dependencia al alcohol	<p>La dependencia del alcohol es un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos en los cuales el uso del alcohol se transforma en prioritario para el individuo, en contraposición con otras actividades y obligaciones que en algún momento tuvieron mayor valor para él⁵⁶</p> <p>A. Patrón maladaptativo de uso de alcohol que lleva a alteraciones clínicamente significativas, manifestadas por tres de los siguientes criterios dentro de un periodo de 12 meses:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evidencia de tolerancia a los efectos del alcohol, de modo que se requiere un marcado aumento progresivo de la dosis de alcohol para lograr la embriaguez o efecto deseado, o un efecto marcadamente disminuido al seguir usando la misma cantidad de alcohol 2. Estado fisiológico de abstinencia cuando el consumo de alcohol se reduce o suspende, lo que se evidencia por un característico síndrome de abstinencia de la sustancia, de manera que se recurre al consumo de ésta o de una similar, con la intención de aliviar o evitar los síntomas de la abstinencia 3. Persistencia en el consumo de alcohol a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, según lo evidencia el uso continuado de alcohol, aun cuando la persona es consciente –o cabría esperar que lo fuera– de la naturaleza y magnitud del daño 4. Preocupación por el uso de alcohol, manifestado por: abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones a causa del consumo de alcohol; aumento de la cantidad de tiempo que la persona pasa tratando de obtener alcohol, consumirlo y recuperarse de sus efectos 5. Disminución de la capacidad para controlar el uso de alcohol, ya sea al iniciar el consumo o para dejar de seguir bebiendo o para regular la cantidad, siendo prueba de ello que el consumo de alcohol aumenta en tiempo y cantidad, fracasando así los esfuerzos y deseos de reducir o controlar su consumo 6. Actividades sociales, ocupacionales o recreacionales importantes se ven afectadas por el uso del alcohol 7. Deseo intenso y compulsivo de consumir alcohol⁵⁷

OMS: Organización Mundial de la Salud.

alcohol, con sensibilidad y especificidad aceptables; entre los más utilizados en escenarios de cuidado primario están el AUDIT²⁸, una versión abreviada, el AUDIT-C²⁹, y una pregunta simple sobre el consumo excesivo de alcohol en el último año, recomendada por el NIAAA de los EE.UU.³⁰. El AUDIT consta de 10 preguntas que cubren los tres dominios del uso de riesgo, uso perjudicial y dependencia del alcohol, con una sensibilidad del 97% y una especificidad del 78% para el consumo de riesgo, y una sensibilidad del 95% y una especificidad del 85% para el consumo perjudicial, cuando se utilizó un punto de corte de 8 o más³¹. La versión abreviada, el AUDIT-C, incluye únicamente las tres preguntas del AUDIT sobre consumo de alcohol, con correlaciones positivas y altamente significativas con el AUDIT completo para detectar consumo de riesgo³². En hombres, la mejor puntuación de corte es de 5 (sensibilidad: 92.4%; especificidad: 74.3%), y entre mujeres de 4 (sensibilidad: 90.9%; especificidad: 68.4%). La pregunta simple, recomendada por el NIAAA, indaga sobre la cantidad y frecuencia de consumo en el último año³³. La pregunta es: ¿Cuántas veces en los últimos 12 meses ha consumido X o más tragos (de bebidas alcohólicas) en un día? (X = 5 para hombres y 4 para mujeres, y la respuesta es positiva si responde una o más veces). Si el resultado es positivo, se recomienda continuar con una valoración complementaria que incluya la evaluación del patrón de consumo, criterios para desórdenes por el uso de alcohol, problemas de salud relacionados y estado de motivación para iniciar un cambio de comportamiento³⁴.

El objetivo de este estudio es determinar la capacidad discriminativa de la pregunta simple para la detección temprana del consumo de riesgo y perjudicial de alcohol, como un instrumento de tamizaje en una muestra de pacientes de un servicio médico universitario.

Materiales y métodos

Muestra

Con el objetivo de estimar la sensibilidad y la especificidad de una pregunta simple para tamizar el consumo nocivo de alcohol, a través de un IC del 95% y una precisión relativa del 5% se calculó un tamaño de la muestra de 303 sujetos. Las estimaciones preliminares de las características a estimar, requeridas para el cálculo del tamaño de la muestra, fueron obtenidas de una muestra piloto de 112 usuarios de un servicio médico universitario. La sensibilidad y la especificidad en esta muestra fueron del 85.7 y del 73.3%, respectivamente,

encontrando una prevalencia del 6.3%. Entre el 16 de noviembre de 2011 y el 30 de noviembre de 2012, se recolectó la información de 303 personas consultantes al servicio médico universitario de la Pontificia Universidad Javeriana, sede en Bogotá, Colombia. Los participantes fueron seleccionados secuencialmente entre las consultas diarias realizadas por cualquier causa, previo aval de su participación mediante consentimiento informado verbal. Se excluyeron pacientes menores de 18 años de edad.

Colección de datos

En el contexto de un servicio médico universitario bajo el modelo de mantenimiento de la salud³⁵, como parte de la realización de una consulta de medicina familiar y la valoración del perfil de riesgo individual, se realizó la pregunta simple para tamizar consumo nocivo de alcohol y a continuación se les suministró la prueba AUDIT, versión en español para su autodiligenciamiento³⁶. Posteriormente, de acuerdo con los resultados obtenidos, se realizó la intervención apropiada a cada paciente basada en la zona de riesgo: para las puntuaciones entre 0 y 7 (zona I: bajo riesgo), se realizó una intervención basada en educación sobre el consumo de alcohol y los límites de bajo riesgo; para las puntuaciones entre 8 y 15 (zona II: consumo de riesgo), se realizó consejería simple; para las puntuaciones entre 16 y 19 (zona III: consumo perjudicial), se realizó consejería simple más terapia breve y monitorización continua, y para los puntajes de 20 o más (zona IV: riesgo de dependencia al alcohol), se realizó la derivación al especialista para evaluación diagnóstica y abordaje terapéutico.

Análisis estadístico

Se calcularon las características operativas de la pregunta simple para el tamizaje del consumo nocivo de alcohol, incluyendo la sensibilidad, la especificidad, el área bajo la curva *Receiver Operating Characteristic* (ROC), las razones de verosimilitud y los valores predictivos. Se tomó como valor de referencia un puntaje en la prueba AUDIT de 8 o más para definir un patrón de consumo de riesgo o perjudicial de alcohol. El análisis estadístico se realizó usando la versión 12 de Stata.

Resultados

Se recolectó la información de 303 pacientes asistentes al servicio médico universitario durante el periodo de

tiempo mencionado. La edad promedio fue de 31.6 años (desviación estándar [DE] de 11.8). El 68.3% eran mujeres y en mayor proporción correspondían a estudiantes (47.2%) o empleados (40.9%) (Tabla 2). La prevalencia global de consumo nocivo de alcohol (puntaje AUDIT > 8) en la muestra total fue 6.6%; la mayor prevalencia de este patrón de consumo se encontró en los estudiantes (12.6%); la prevalencia en los empleados fue de 1.6% y no se encontró consumo nocivo en el grupo de profesores (Tabla 3). El perfil de consumo de alcohol en la muestra de estudiantes universitarios, usando como referencia el test de AUDIT, fue de 9.8% con un patrón de consumo de riesgo (AUDIT 8-15), de 2.1% con consumo perjudicial (AUDIT 16-19) y de 0.7% con probable dependencia al alcohol (AUDIT 20-40). La pregunta simple fue positiva en un 28.4% de los participantes (Tabla 4). El 87.5% de los participantes con la pregunta simple positiva tuvo un puntaje mediano en la prueba de AUDIT entre 8 y 15 (zona II) y el restante 24% tuvo un AUDIT negativo (por debajo de 8). Sólo dos sujetos se clasificaron como falsos negativos, y se encontraban en la zona II de AUDIT (consumo de riesgo) y ambos obtuvieron un puntaje de 8 en la prueba AUDIT. Por su parte, los sujetos clasificados como falsos positivos, es decir, que tenían la pregunta simple positiva pero con un AUDIT negativo, tuvieron un puntaje mediano en la prueba de AUDIT de 4; el 57% de ellos eran de género masculino.

Tabla 2. Características de los sujetos de la muestra

Edad promedio en años (DE)	31.6 (11.8)
Sexo femenino(%)	207 (68.3)
Estamento (%)	
Estudiantes	143 (47.2)
Administrativos	124 (40.9)
Profesores	36 (11.9)

Tabla 4. Distribución de los resultados de la pregunta simple de acuerdo a prueba AUDIT positiva

Pregunta simple	Puntaje AUDIT		Total
	≥ 8	< 8	
Positiva	18	68	86
Negativa	2	215	217
Total	20	283	303

La distribución de las respuestas de la pregunta simple de acuerdo con los puntajes del AUDIT se muestra en la tabla 5. Los sujetos en la zona I de AUDIT (bajo riesgo) respondieron negativamente la pregunta simple en el 76% de los casos; los sujetos en zonas II y III de AUDIT (consumo de riesgo y perjudicial) respondieron positivamente en el 87.5 y 100%, respectivamente. Todos los sujetos con puntaje de AUDIT mayor a 20 (zona IV: posible dependencia de alcohol) respondieron positivamente la pregunta simple. La sensibilidad de la pregunta simple para detectar consumo nocivo de alcohol fue del 90% y su especificidad del 76%, con un valor predictivo negativo de 99.1%. En la tabla 6 se resumen las características operativas de la pregunta simple para tamizaje de consumo nocivo de alcohol.

Discusión

El consumo de alcohol y sus complicaciones entre los jóvenes ha sido identificado como una problemática de salud pública. La detección temprana (tamizaje) del consumo de riesgo y perjudicial de alcohol en los escenarios de cuidado primario, seguida de intervenciones de consejería comportamental, ha demostrado ser eficaz (evidencia moderada) para mejorar resultados intermedios en adultos, como la reducción del consumo de alcohol y del consumo excesivo ocasional

Tabla 3. Distribución del puntaje AUDIT por estamento

Puntaje AUDIT	Global		Estudiantes		Administrativos		Profesores	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0-7	283	93.4	125	87.4	112	98.4	36	100.0
8-15	16	5.3	14	9.8	2	1.6	0	0.0
16-19	3	1	3	2.1	0	0.0	0	0.0
20-40	1	0.3	1	0.7	0	0.0	0	0.0

Tabla 5. Distribución de los resultados de la pregunta simple según zonas de riesgo de la prueba AUDIT

Puntaje AUDIT	Zona de riesgo	Pregunta simple			
		Negativa	%	Positiva	%
0-7	I (bajo riesgo)	215	76.0	68	24.0
8-15	II (consumo de riesgo)	2	12.5	14	87.5
16-19	III (consumo perjudicial)	0	0.0	3	100.0
20-40	IV (probable dependencia)	0	0.0	1	100.0

o episódico, para alcanzar consumo de alcohol en niveles recomendados, y en adultos jóvenes y universitarios para disminuir las consecuencias relacionadas con las expectativas del rol académico³⁷⁻⁴⁰. En 2013, el grupo de trabajo de los Servicios Preventivos de los EE.UU.⁴¹ actualizó las recomendaciones para la detección temprana del consumo nocivo de alcohol y las intervenciones de consejería comportamental para adultos de 18 años o mayores, al encontrar evidencia de calidad sustancial sobre el beneficio neto a favor de dicha intervención (recomendación grado B). En el mismo sentido, el NIAAA y otras sociedades científicas recomiendan identificar oportunamente pacientes con riesgos relacionados con el consumo de alcohol y proveer intervenciones breves durante la consulta médica o derivarlos si es el caso^{42,43}. Aun así, las tasas de tamizaje e intervención específica para las personas con consumo de riesgo y perjudicial de alcohol continúan siendo bajas⁴⁴. Entre las barreras percibidas por los médicos para realizar el cribado se han encontrado la falta de entrenamiento, la anticipación de resistencias en los pacientes, la sobrecarga asistencial,

la variabilidad en el reporte de consumo, la falta de tiempo y la dificultad para aplicar pruebas largas y dispendiosas para su uso⁴⁵. Aunque existen múltiples instrumentos validados para tamizar consumo nocivo de alcohol, el tiempo empleado para su uso es una consideración importante a la hora de seleccionarlo. Los instrumentos pueden tener entre 1 y 60 preguntas, y el tiempo de diligenciamiento varía entre menos de 1 hasta 16 min. Los cuestionarios más sencillos de utilizar y menos demorados serían ideales en el contexto de una consulta médica usual. La pregunta simple recomendada por el NIAAA tiene adecuada sensibilidad y especificidad para detectar el espectro del consumo nocivo de alcohol, y requiere menos de 1 min de tiempo para ser administrada. La definición de consumo de riesgo reflejada por la pregunta simple se basa en los datos de la Encuesta Epidemiológica Nacional sobre Alcohol y Condiciones Relacionadas de los EE.UU., que demuestra un incremento en el riesgo de desarrollar desórdenes del consumo de alcohol cuando se alcanzan o sobrepasan los límites diarios en el último año. En el mismo sentido, se ha estimado que la probabilidad de presentar un desorden por el uso del alcohol en personas que nunca han sobrepasado estos límites es menor del 1%^{46,47}.

En este estudio evaluamos la capacidad discriminativa de la pregunta simple para la detección temprana de personas con consumo nocivo de alcohol en una muestra de pacientes de un servicio médico universitario. La pregunta simple fue altamente sensible (0.90) y específica (0.76) para detectar consumo de riesgo y perjudicial de alcohol definido por un puntaje en la prueba AUDIT de 8 o más. La pregunta simple fue positiva en el 87.5% de los pacientes con consumo de riesgo de alcohol y en el 100% de los pacientes con consumo perjudicial. El valor predictivo negativo de la pregunta simple fue del 99.1%, con una prevalencia en estudiantes universitarios del 12.6%. Cuando la prevalencia de una condición es baja, un resultado negativo permite

Tabla 6. Características operativas de la pregunta simple

Característica	Valor	IC 95%
Sensibilidad	90.00%	(68.30-98.80%)
Especificidad	76.00%	(70.60-80.80%)
Área bajo la curva ROC	0.83	(0.76-0.90)
Razón de verosimilitud positiva	3.75	(2.91-4.83)
Razón de verosimilitud negativa	0.13	(0.03-0.49)
Valor predictivo positivo	20.90%	(12.90-31.00%)
Valor predictivo negativo	99.10%	(96.70-99.90%)

descartar la condición con mayor seguridad⁴⁸; en este caso, la probabilidad de que un individuo no tenga un consumo nocivo de alcohol, dado que la pregunta simple es negativa, es del 99.1%. Nuestros hallazgos son consistentes con estudios similares^{49,50}. La pregunta simple se ha validado en diferentes escenarios del cuidado primario reportando sensibilidad del 82 al 87% y especificidad del 61 al 79% para detectar consumo riesgoso y perjudicial de alcohol⁵¹⁻⁵³.

La decisión de incorporar servicios preventivos en la práctica clínica rutinaria requiere de una valoración sistemática de la evidencia sobre el beneficio neto de las intervenciones, los costos que implicaría en el sistema de salud a nivel individual y global, los riesgos de las intervenciones y la prevalencia de la condición interesada en tamizar. En este caso, tenemos evidencia sustancial sobre la importancia de detectar oportunamente el consumo nocivo de alcohol, y la optimización de recursos (tiempo y costos), además de la ausencia de riesgos descritos con el uso de la pregunta simple como instrumento de tamizaje, son razones que privilegian su uso⁵⁴ y que permiten recomendar su incorporación sistemática en la práctica clínica diaria. El uso de instrumentos cortos, claros, sencillos, de fácil recordación y sensibles, como la pregunta simple, incrementa la posibilidad de identificación temprana y de intervención oportuna, además de complementar la valoración integral del perfil de riesgo de los pacientes.

Los servicios médicos universitarios se proyectan como escenarios ideales para la detección temprana e intervención oportuna de ésta y otras problemáticas frecuentes en los jóvenes⁵⁵, para diseñar e implementar estrategias y programas de intervención, y orientar y acompañar los procesos terapéuticos correspondientes, tendientes a disminuir la carga de morbilidad en esta población.

Bibliografía

- Anderson P, Gual A, Colon J. Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2008.
- Jonas DE, Garbutt JC, Brown JM, et al. Screening, Behavioral Counseling, and Referral in Primary Care To Reduce Alcohol Misuse [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2012 Jul. (Comparative Effectiveness Reviews, N.º 64.). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK99199/>.
- World Health Organization. The Global status report on alcohol and health. Ginebra, Suiza; 2011.
- Organización Panamericana de la Salud. Alcohol y salud pública en las Américas: un caso para la acción. Washington, D.C.: OPS; 2007.
- Rehm J, Monteiro M. Alcohol consumption and burden of disease in the Americas: implications for alcohol policy. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;18(4-5):241-8.
- Flórez, L. Diagnóstico e intervención del consumo excesivo de alcohol en ambientes educativos. *TIPICA: Boletín Electrónico de Salud Escolar*. 2007;3(2).
- Salazar I, Varela M, Cáceres D, Tovar J. El consumo de alcohol y tabaco en jóvenes colombianos: factores psicosociales de riesgo y protección. *Psicología Conductual*. 2006;14(1):77-101.
- Karam E, Kypri K, Salamoun M. Alcohol use among college students: an international perspective. *Curr Opin Psychiatry*. 2007;20:213-21.
- Pedrelli P, Bentley K, Vitali M, et al. Compulsive use of alcohol among college students. *Psychiatry Research*. 2013;205(1-2):95-102.
- Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ. Alcohol misuse and psychosocial outcomes in young adulthood: Results from a longitudinal birth cohort studied to age 30. *Drug Alcohol Depend*. (2013). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.07.015>.
- Ronald D. US Department of Health and Human Services. Healthy People 2010. Washington; 2000. p. 26-9.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. National Advisory Council on Alcohol Abuse and Alcoholism. Task Force on College Drinking. High-Risk Drinking in College: What We Know and What We Need To Learn. Final Report of the Panel on Contexts and Consequences. U.S. Department of Health and Human Services. 2002.
- Johnston LD, O'Malley PM, Bachman JG. Monitoring the future national survey results on drug use, 1975-2002, volume II: College students and adults ages 19-40. Bethesda: National Institute on Drug Abuse; 2003.
- Slutske WS, Hunt-Carter EE, Nabors-Oberg RE. Do college students drink more than their non-college-attending peers? Evidence from a population-based longitudinal female twin study. *J Abnorm Psycho*. 2004;113(4):530-40.
- Ham LS, Hope DA. College students and problematic drinking: a review of the literature. *Clin Psychol Rev*. 2003;23(5):719-59.
- Díaz Martínez A, Díaz Martínez LR, Hernández-Ávila CA, et al. Prevalencia del consumo riesgoso y dañino de alcohol y factores de riesgo en estudiantes universitarios de primer ingreso. *Salud Mental*. 2008;31:271-82.
- Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas CICAD/ Organización de los Estados Americanos OEA. II Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas en la Población Universitaria. Informe Regional. Comunidad Andina. 2012.
- Pardo C, Piñeros M. Consumo de alcohol y conductas de riesgo asociadas en escolares colombianos. *Rev Colomb Cancerol*. 2012;16(4):217-26.
- López-de-Munain J, Torcal J, López V, Garay J. Prevention in routine general practice: activity patterns and potential promoting factors. *Prev Med*. 2001;32(1):13-22.
- Kaner E, Heather N, McAvooy B, et al. Intervention for excessive alcohol consumption in primary health care: attitudes and practices of English general practitioners. *Alcohol Alcohol*. 1999;34(4):559-66.
- Rumpf HJ, Bohlmann J, Hill A, et al. Physicians' low detection rates of alcohol dependence or abuse: a matter of methodological shortcomings? *Gen Hosp Psychiatry*. 2001;23(3):133-7.
- Aalto M, Pekuri P, Seppä K. Primary health care professionals' activity in intervening in patients' alcohol drinking: a patient perspective. *Drug Alcohol Depend*. 2002;66(1):39-43.
- Friedmann PD, McCullough D, Chin MH, et al. Screening and intervention for alcohol problems. A national survey of primary care physicians and psychiatrists. *J Gen Intern Med*. 2000;15(2):84-91.
- Dawson DA, Grant BF, Stinson FS, et al. Recovery from DSM-IV alcohol dependence: United States, 2001-2002. *Addiction*. 2005;100(3):281-92.
- Hasin DS, Stinson FS, Ogburn E, Grant BF. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64(7):830-42.
- Aalto M, Pekuri P, Seppä K. Primary health care professionals' activity in intervening in patients' alcohol drinking during a 3-year brief intervention implementation project. *Drug Alcohol Depend*. 2003;69(9):9-14.
- Bradley KA, Epler AJ, Bush KR, et al. Alcohol-related discussions during general medicine appointments of male VA patients who screen positive for at-risk drinking. *J Gen Intern Med*. 2002;17(5):315-26.
- Babor T, Higgins-Biddle J, Saunders J, Monteiro M. AUDIT. Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol. Pautas para su utilización en Atención Primaria. Organización Mundial de la Salud. Departamento de Salud Mental y Dependencia de Sustancias. Ginebra, Suiza; 2001.
- Bush K, Kivlahan DR, McDonnell MB, Fihn SD, Bradley KA. The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). Alcohol Use Disorders Identification Test Arch Intern Med. 1998;158(16):1789-95.
- U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Helping patients who drink too much: a clinician's guide. Bethesda, Md.: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism; 2007. NIH publication no. 07-3769. Disponible en: <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/Practitioner/CliniciansGuide2005/guide.pdf>. Consultado el 27 de junio de 2013.

31. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, De la Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II. *Addiction*. 1993;88(6):791-804.
32. Gordon AJ, Maisto SA, McNeil M, et al. Three questions can detect hazardous drinkers. *J Fam Pract*. 2001;50(4):313-20.
33. Willenbring ML, Massey SH, Gardner MB. Helping patients who drink too much: an evidence-based guide for primary care physicians. *Am Fam Physician*. 2009;80(1):44-50.
34. Friedmann P. Alcohol use in adults. *N Engl J Med*. 2013;368:4.
35. Becerra N, Alba LH, Granados MC. Orientaciones para la implementación de un programa de mantenimiento de la salud en los servicios de salud universitarios. Aportes desde la experiencia de la Pontificia Universidad Javeriana Bogotá, Colombia. *Universitas Médica*. 2013;54(3).
36. Ospina JM, Manrique FG, Ariza NE. Confiabilidad y dimensionalidad del Cuestionario para Identificación de Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT) en estudiantes universitarios de Tunja (Colombia). *Salud Uninorte*. 2012;28(2):276-82.
37. Rosón B. Consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. Prevalencia y métodos de detección en la práctica clínica. *Gaceta Médica de México*. 2008;69(1):29-44.
38. Kaner EF, Beyer F, Dickinson HO, et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;(2):CD004148.
39. Kaner E, Bland M, Cassidy P, et al. Effectiveness of screening and brief alcohol intervention in primary care (SIPS trial): pragmatic cluster randomised controlled trial. *BMJ*. 2013;346:e8501.
40. Jonas DE, Garbutt JC, Amick HR, et al. Behavioral counseling after screening for alcohol misuse in primary care: a systematic review and meta-analysis for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2012;157(9):645-54.
41. U.S. Preventive Services Task Force. Screening and Behavioral Counseling Interventions in Primary Care to Reduce Alcohol Misuse: Clinical Summary. AHRQ Publication No. 12-05171-EF-4. Current as of May 2013. Disponible en: <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/alcmisusesum.htm>.
42. Rubio G, Jiménez-Arriero MA, Martínez I, et al. Efficacy of physician-delivered brief counseling intervention for binge drinkers. *Am J Med*. 2010;123(1):72-8.
43. American Society of Addiction Medicine. Public Policy Statement on Screening for Addiction in Primary Care Settings. Chevy Chase, MD: American Society of Addiction Medicine; 1997. Disponible en: www.asam.org/advocacy/find-a-policy-statement/view-policy-statement/public-policy-statements/2011/12/16/screening-for-addiction-in-primary-care-settings. Consultado el 12 de marzo de 2012.
44. Fleming MF, Graham AW. Screening and brief interventions for alcohol use disorders in managed care settings. *Recent Dev Alcohol*. 2001;15:393-416.
45. Bolaños Gallardo E. Estudio sobre las percepciones, creencias y actitudes de los y las profesionales de atención primaria respecto al consumo de alcohol y su abordaje desde el sistema de salud. Proyecto POCTEP 2009-2010 de colaboración transfronteriza con la Zona Centro de Portugal y la Provincia de Salamanca. Junta de Castilla y León, España, 2010. Disponible en: <http://www.jcyl.es/web/jcyl/binarios/74/862/Percepciones%20y%20actitudes%20de%20los%20profesionales%20de%20atenci%C3%B3n%20primaria%20sobre%20el%20alcohol.pdf>. Consultado el 14 de julio de 2013.
46. Dawson DA, Grant BF, Li TK. Quantifying the risks associated with exceeding recommended drinking limits. *Alcohol Clin Exp Res*. 2005;29(5):902-8.
47. Dawson DA, Li TK, Grant BF. A prospective study of risk drinking: at risk for what? *Drug Alcohol Depend*. 2008;95(1-2):62-72.
48. Medina MC. Generalidades de las pruebas diagnósticas, y su utilidad en la toma de decisiones médicas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2011;40(4):787-97.
49. Stewart SH, Borg KT, Miller PM. Prevalence of problem drinking and characteristics of a single-question screen. *J Emerg Med*. 2010;39(3):291-5.
50. Smith PC, Schmidt SM, Allensworth-Davies D, et al. Primary care validation of a single-question alcohol screening test. *J Gen Intern Med*. 2009;24(7):783-8.
51. Vinson D, Kruse R, Seale JP. Simplifying alcohol assessment: two questions to identify alcohol use disorders. *Alcohol Clin Exp Res*. 2007;31(8):1392-8.
52. Massey S, Norris L, Lausin M, Nwaneri C, Lieberman D. Identifying harmful drinking using a single screening question in a psychiatric consultation-liaison population. *Psychosomatics*. 2011;52(4):362-6.
53. Browne A, Newton M, Gope, Schug SA, Wood FM, Allsop S. Screening for harmful alcohol use in Australian trauma settings. *Int J Care Injured*. 2013;44(1):110-7.
54. Jonas D, Garbutt J, Amick H, et al. Behavioral counseling after screening for alcohol misuse in primary care: a systematic review and meta-analysis for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2012;157(9):645.
55. Pengpi S, Peltzer K, Van der Heever H, Skaal L. Screening and brief interventions for hazardous and harmful alcohol use among university students in South Africa: results from a randomized controlled trial. *Int J Environ Res Public Health*. 2013;10(5):2043-57.
56. Anderson P, Gual A, Colon J. Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas. Organización Panamericana de la Salud. 2008.
57. Agency for Healthcare Research and Quality U.S. Department of Health and Human Services. Screening, Behavioral Counseling, and Referral in Primary Care to Reduce Alcohol Misuse. July 2012.