

Detección de trastornos por uso de alcohol mediante la aplicación del cuestionario CAGE camuflado en tres grupos poblacionales

Detection of alcohol use disorders using the camouflaged CAGE questionnaire in three population groups

FRANCISCO JAVIER ZAMORA-RODRÍGUEZ*, LETICIA TOLOSA-GUTIÉRREZ**, MÓNICA SÁNCHEZ-AUTET***, BELÉN ARRANZ***, IDILIO GONZÁLEZ-MARTÍNEZ**, CONCEPCIÓN BENÍTEZ-VEGA**, MARINA GARRIGA****, MARÍA ROSA SÁNCHEZ-WAISEN HERNÁNDEZ*****, JUAN ANTONIO GUIADO-MACÍAS*, FRANCISCO JOSÉ VAZ-LEAL*.

* Facultad de Medicina, Departamento de Psiquiatría. Hospital Universitario de Badajoz, Badajoz. España. ** Servicio Extremeño de Salud, área de Zafra-Llerena, Badajoz. España. *** Parc Sanitari Sant Joan de Déu, CIBERSAM, Barcelona. España. **** Institut de Neurociències, Hospital Clínic de Barcelona, IDIBAPS, CIBERSAM, Universitat de Barcelona, Barcelona. España. ***** Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería. España.

Resumen

El objetivo fue evaluar el riesgo de presentar un trastorno por uso de alcohol (TUA) en las consultas psiquiátricas ambulatorias y compararlo con las consultas de drogodependencias y con individuos sanos de la misma zona de salud. Se realizó un estudio observacional, descriptivo, multicéntrico, en el que fueron incluidos un total de 1054 participantes. Se utilizó el cuestionario CAGE camuflado para la obtención de los datos, que consta de 4 preguntas básicas camufladas con otras 8 preguntas sobre hábitos de vida saludables. Se consideraron los puntos de corte de 1 y 2.

Del total de participantes, 588 eran pacientes psiquiátricos ambulatorios, 153 de los centros de drogodependencias ambulatorios y 313 sanos. La edad media de la muestra fue de 45,8 años y el porcentaje de hombres fue del 53,2%. El 38,3% de los participantes presentaron una puntuación ≥ 1 , el 34,2% en las consultas psiquiátricas, el 72,5% en las de drogodependencias y el 29,4% en sanos. El 26,6% presentaron una puntuación ≥ 2 , el 22,6% en las consultas psiquiátricas, el 64,7% en las de drogodependencias y el 15,3% en sanos. Los que presentaron mayor porcentaje de puntuación ≥ 1 fueron los hombres (48,8%), los menores de 30 años (50%), y los que tenían un diagnóstico de trastorno por uso de alcohol (95,9%) y de TDAH (83,3%).

Los pacientes psiquiátricos presentan un mayor riesgo de presentar un TUA que los individuos sanos, aunque menor que los drogodependientes, siendo el cuestionario CAGE una herramienta sencilla y útil para detectar el riesgo de presentarlos.

Palabras clave: Trastornos por uso de alcohol; Cuestionario CAGE; Pacientes drogodependientes ambulatorios; Patología dual; Pacientes psiquiátricos ambulatorios.

Abstract

The objective was to evaluate the risk of presenting an alcohol use disorder (AUD) in outpatient psychiatric units and compare it with drug addiction outpatient units and with healthy controls in the same administrative health area. An observational, descriptive, multicenter study was carried out in which a total of 1054 participants were evaluated. Data were obtained by means of the camouflaged CAGE questionnaire, which consists of 4 basic questions camouflaged with 8 other questions about healthy lifestyle habits. Cut-off points 1 and 2 were considered.

Of the total number of participants, 588 were psychiatric outpatients, 153 outpatients from addiction centers and 313 healthy individuals. The mean age of the total sample was 45.8 years and the percentage of men was 53.2%. Of the total sample, 38.3% scored ≥ 1 , as did 34.2% of psychiatric patients, 72.5% of drug addicts and 29.4% of healthy people. The ≥ 2 cut-off was reached by 26.6% of the total sample, 22.6% of psychiatric patients, 64.7% of drug addicts and 15.3% of healthy subjects. The participants with the highest percentage of ≥ 1 scores were men (48.8%), those younger than 30 years (50%), those with a diagnosis of alcohol use disorder (95.9%) and ADHD (83.3%). Psychiatric patients are at a higher risk of having an AUD than the healthy subjects, although lower than those who are drug addicts, and the CAGE questionnaire is a simple and useful tool to detect the risk patients have to suffer the condition under study.

Keywords: Alcohol use disorder; CAGE questionnaire; Drug dependent outpatients; Dual pathology; Psychiatric outpatients.

Recibido: Enero 2019; Aceptado: Enero 2020.

Enviar correspondencia a:

Fco. Javier Zamora Rodríguez, Hospital Universitario de Badajoz, Avda. De Elvas s/n, C.P. 06080, Badajoz, Spain.
Teléfono: 924218100. E-mail: paco zamora23@hotmail.com.

El alcohol es una de las principales causas evitables de mortalidad prematura, enfermedad y discapacidad. Se trata de la droga psicoactiva más consumida en España (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2017), donde también representa una carga importante de muerte y enfermedad. En 2011, el 10% de la mortalidad total de la población de 15 a 64 años pudo ser atribuible al alcohol, la mayor parte debida al consumo excesivo habitual, siendo la probabilidad de muerte o daños relacionados con el alcohol mucho mayor en hombres que en mujeres (Pulido et al., 2014). Actualmente los costes sociales totales del consumo de alcohol en España pueden situarse alrededor del 1% del PIB (más de 10.000 millones de euros) (Rehm, Rehm, Shield, Gmel y Gual, 2013).

En España no disponemos de datos claros sobre la prevalencia de trastornos por uso de alcohol (TUA). Diferentes estudios realizados en distintas comunidades autónomas españolas entre los años 1992 y 2010 mediante el uso del cuestionario CAGE con un punto de corte ≥ 2 (Alvarez y del Rio, 1994; Alvarez, Fierro y del Rio, 2006; Anitua, Aizpuru y Sanzo, 1998; Dirección General de Atención Primaria, 2001; Dirección General de Atención Primaria, 2006; Dirección General de Atención Primaria, 2011; Pérez et al., 2010; Servicio de Estudios e Investigación Sanitaria, 2004), obtuvieron una prevalencia de positividad en población general entre el 4,0% y el 8,7%, oscilando esta prevalencia en hombres entre el 6,1% y el 13,6% y en mujeres entre el 1,2% y el 5,3%. Con el test AUDIT (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2017) el 5,1% de los españoles de 15 a 64 años se clasificaban dentro del grupo de consumo de riesgo de alcohol (7,6% de hombres y 2,6% de mujeres) y el 0,2% como posible dependencia (0,3% de hombres y 0,1% de mujeres). En la encuesta EDADES del año 2015 (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2015) el porcentaje fue del 5% de españoles de 15 a 64 años con consumo de riesgo (5,8% de hombres y 4% de mujeres), siguiendo en esta ocasión el criterio de la cantidad de alcohol consumida en una semana.

Los consumidores de otras sustancias presentan un consumo de alcohol mayor que la población general. Dentro de los consumidores de tabaco, un 84,3% había consumido alcohol en los últimos 12 meses, en los consumidores de cannabis el 91,7%, en los de cocaína el 94,4% y en los de éxtasis el 96,3% (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2017). También los pacientes con abuso/dependencia de alcohol usan otras drogas psicoactivas con frecuencia y sufren otros trastornos de salud mental con una elevada prevalencia (Gual A, 2007; Seguí et al, 2001).

Los pacientes psiquiátricos muestran asimismo una mayor frecuencia de consumo de tóxicos que la población general, observándose en población psiquiátrica un riesgo 2 veces mayor de presentar un TUA que en la población general (Mansell, Spiro, Lee y Kazis, 2006; Regier et al., 1990).

Los pacientes con patología dual son aquellos que padecen simultáneamente una enfermedad psiquiátrica y un trastorno por abuso de sustancias, como podría ser el propio TUA (Luoto, Koivukangas, Lassila y Kampman, 2016; Sánchez-Autet et al., 2018; Torrens, Mestre-Pintó, Montanari, Vicente y Domingo-Salvany, 2017). Estos pacientes con trastorno mental y un TUA muestran una peor adherencia al tratamiento, un peor pronóstico, una peor calidad de vida, más complicaciones sociales, mayores tasas de suicidio y mayores estancias hospitalarias; observándose en casi todas las enfermedades mentales tales como ansiedad (Vorspan, Mehtelli, Dupuy, Bloch y Lépine, 2015), depresión (Sullivan, Fiellin y O'Connor, 2005; Worthington et al., 1996), trastorno bipolar (Coryell et al., 1998; Feinman y Dunner, 1996; Sonne, Brady y Morton, 1994; Winokur et al., 1998; Zamora-Rodríguez, Sánchez-Waisen, Guisado y Vaz, 2018) y esquizofrenia (Soyka, Albus, Immler, Kathmann y Hippus, 2001; Urbanoski, Cairney, Adlaf y Rush, 2007).

Disponemos de diferentes cuestionarios para detectar el TUA o bebedores de riesgo, siendo los más utilizados el AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test; Saunders, Aasland, Babor, de la Fuente y Grant, 1993) y el CAGE (Fiellin, Reid y O'Connor, 2000). El AUDIT fue más efectivo en identificar sujetos con un consumo de riesgo o peligroso (sensibilidad, 51%-97%; especificidad, 78%-96%), mientras que el cuestionario CAGE se mostró superior para detectar el abuso y la dependencia de alcohol (sensibilidad, 43%-94%; especificidad, 70%-97%) (Fiellin et al., 2000).

El cuestionario CAGE es un cuestionario de detección de los trastornos por consumo de alcohol sencillo, breve y de fácil aplicación. Fue desarrollado por Ewing (1984) y validado por Mayfield, McLeod y Hall (1974). Consiste de 4 preguntas sobre el uso de alcohol. Según el número de respuestas afirmativas, en general se considera que cuanto mayor es, más grave será la dependencia (Ewing, 1984; Malet, Schwan, Boussiron, Aublet-Cuvelier y Llorca, 2005; O'Brien, 2008).

El cuestionario CAGE "camuflado" surgió para hacer la entrevista menos intimidante (Castells y Furlanetto, 2005; Masur, Capriglione, Monteiro y Jorge, 1985). En él, las 4 preguntas del CAGE original son incluidas dentro de otras 8 preguntas sobre hábitos de vida saludable. Estas preguntas intermedias, a pesar de que carecen de valor discriminativo, son útiles para introducir el tema, así como ya hemos referido, para hacer la entrevista menos intimidante para el entrevistado.

Sobre la puntuación y el punto de corte más adecuado en el cuestionario CAGE hay cierta controversia sobre si deberían de ser 1 o 2 respuestas positivas (Sánchez-Autet et al., 2018), ya que esto podría afectar tanto a su sensibilidad como a su especificidad diagnóstica. Encontramos estudios que defienden el uso del punto de corte de ≥ 1 respuesta positiva (Agabio, Marras, Gessa y Carpiniello,

2007; Bradley, Bush, McDonell, Malone y Fihn, 1998; Bush, Shaw, Cleary, Delbanco y Aronson, 1987; Liskow, Campbell, Nickel y Powell, 1995), mientras que otros defienden que el más adecuado es ≥ 2 respuestas positivas (Castells et al., 2005; Fiellin et al., 2000; Hearne, Connolly y Sheehan, 2002; Mayfield et al., 1974; Paz Filho et al., 2001). En el cuestionario CAGE se ha estimado que la sensibilidad y especificidad general para poblaciones clínicas es del 71% y 90% respectivamente (Dhalla y Kopec, 2007; Mitchell, Bird, Rizzo, Hussain y Meader, 2014). Un punto de corte de 1 parece proporcionar una alta sensibilidad manteniendo al mismo tiempo suficiente especificidad, mientras que un punto de corte de 2 aunque supone una menor sensibilidad sí que mejora la especificidad (Corradi-Webster, Laprega y Furtado, 2005; Dervaux et al., 2006).

En la primera parte de nuestro estudio (Sánchez-Autet et al., 2018) en el que analizamos la prevalencia de TUA en pacientes psiquiátricos ambulatorios mediante una CAGE modificada, obtuvimos que los pacientes hombres con trastorno bipolar o de personalidad presentan un riesgo más elevado de TUA.

Los objetivos de nuestro estudio fueron: 1) obtener la prevalencia de TUA en las consultas psiquiátricas ambulatorias, en las consultas de drogodependencias ambulatorias y en una muestra de sujetos sanos, mediante el uso del cuestionario CAGE camuflado; 2) comparar las prevalencias de las tres muestras; 3) analizar el impacto de la ruralidad en los resultados obtenidos, variable no utilizada en la literatura previa.

Material y métodos

Reclutamiento de participantes

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y multicéntrico. La muestra se obtuvo de diferentes centros ambulatorios tanto de la Comunidad Autónoma de Extremadura (provincias de Badajoz y Cáceres) como de la Comunidad Autónoma de Cataluña (sólo de la provincia de Barcelona), dentro del territorio español, participando en la recogida de los datos un total de 30 psiquiatras ambulatorios y 10 médicos de los centros de drogodependencias.

La metodología fue la misma que en el estudio previo publicado por nuestro grupo (Sánchez-Autet et al., 2018), pero en esta segunda parte se recogieron los datos de 3 grupos de participantes: pacientes que se encontrasen en tratamiento en su equipo de salud mental ambulatorio, como ya hicimos en el estudio inicial y añadiendo los que no pudieron incluirse en el primer análisis, pacientes que se encontrasen en tratamiento en su centro de drogodependencias ambulatorio y sujetos sanos. La muestra de pacientes drogodependientes ambulatorios sólo pudo obtenerse de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

Los criterios de inclusión fueron: tener más de 18 años, tener capacidad cognitiva para responder al cuestionario

a criterio del encuestador, y dar su consentimiento para participar en el estudio. Para el grupo control de sujetos sanos se excluyeron aquellas personas que tenían antecedentes personales de haber estado en cualquier tipo de tratamiento tanto farmacológico como psicoterapéutico por parte de salud mental o de los centros de drogas, aunque sí podían tener alguna otra enfermedad médica.

Se incluyeron los pacientes que llegaban a su centro de tratamiento de manera consecutiva, tanto al equipo de salud mental ambulatorio como a su centro de drogodependencias ambulatorio, cualquiera que fuese su diagnóstico y siempre que cumpliesen los criterios de inclusión. La muestra de sujetos sanos se obtuvo de trabajadores sanitarios, familiares y otras personas del entorno de los investigadores. Todos los participantes dieron su consentimiento por escrito. El estudio fue aprobado por los distintos comités éticos locales.

Diseño del estudio

El periodo de reclutamiento fue desde Mayo de 2015 hasta Agosto de 2015 para la muestra procedente de los centros ambulatorios de salud mental y de drogodependencias, ampliándose hasta Diciembre de ese mismo año para la recogida de la muestra de sujetos sanos. Todos los procedimientos realizados para este estudio se llevaron a cabo en una única visita dentro de los cuidados habituales de estos pacientes y contactando específicamente con los controles sanos para realizar la visita de estudio. Tras firmar su consentimiento por escrito primeramente se recogían los datos sociodemográficos (edad y sexo) y se registraba el diagnóstico del paciente en base a criterios DSM-V (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5ª ed.) (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013). Después se les administraba el cuestionario CAGE “camuflado” (Anexo). Cada respuesta afirmativa dentro las 4 del cuestionario CAGE original suponía una puntuación de 1 punto. El motivo de elegir este cuestionario de detección de TUA frente al AUDIT u otros cuestionarios similares fue su mayor brevedad y facilidad de aplicación, además de ser un test autoadministrado que permitía la menor interrupción posible del tiempo de consulta (Ewing, 1984). Otra ventaja que consideramos importante para su elección fue que al estar “camuflado” dentro de otras 8 preguntas sobre hábitos de vida saludable los pacientes desconocían incluso que estaban rellenando un cuestionario sobre detección del consumo de alcohol, lo que hacía menos intimidante la entrevista y facilitaba que las respuestas fueran más fiables (Castells et al., 2005).

A pesar de que en el primer artículo publicado (Sánchez-Autet et al., 2018) decidimos utilizar el punto de corte de ≥ 1 respuesta positiva para considerar un screening positivo, dada la controversia existente sobre si este debe de ser ≥ 1 o ≥ 2 (Agabio et al., 2007; Bradley et al., 1998; Bush et al., 1987; Castells et al., 2005; Fiellin et al., 2000; Hearne et al., 2002; Liskow et al., 1995; Mayfield et al., 1974; Paz Filho

et al., 2001), para nuestro segundo artículo decidimos utilizar para el análisis estadístico ambos puntos de corte, tanto una puntuación ≥ 1 como ≥ 2 en el cuestionario CAGE.

Los pacientes procedentes de los Centros de Salud Mental ambulatorios fueron clasificados en las siguientes categorías diagnósticas: trastornos depresivos, trastornos psicóticos, trastornos de ansiedad, trastornos de personalidad, trastornos bipolares, capacidad intelectual límite (CIL), demencia y trastornos por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Los pacientes con CIL y demencia se incluían siempre y cuando su capacidad intelectual y cognitiva fuese suficiente para comprender el estudio y responder de manera adecuada a las preguntas del cuestionario. Los pacientes de las consultas ambulatorias de drogodependencias fueron clasificados según tuviesen una adicción a cada una de las siguientes sustancias: alcohol, cannabis, cocaína, heroína, cocaína más heroína y un último grupo en el que se incluían otras conductas adictivas (ludopatía, compras compulsivas, tabaco). Si consumían más de una sustancia, se clasificaban según la principal droga problema de tratamiento.

Para analizar las diferencias en las puntuaciones del cuestionario CAGE acorde a la edad, decidimos dividir la muestra en 4 subgrupos de edad (18-30 años, 31-45 años, 46-60 años y mayores de 60 años).

Al disponer de muestras de 2 zonas geográficas del territorio español muy distantes entre sí y con muy distintos índices de ruralidad, Extremadura (provincias de Cáceres y Badajoz) y Cataluña (provincia de Barcelona), decidimos compararlas buscando posibles diferencias entre ellas. El índice de ruralidad o población que reside en municipios menores de 5.000 habitantes o con densidad máxima de 300 habitantes por km² (Goerlich y Cantarino, 2015), en la provincia de Barcelona, de donde procede toda la muestra de la Comunidad de Cataluña, es del 6,5%, mientras que en las provincias de Badajoz y Cáceres es del 44,5% y del 51,2% respectivamente (Goerlich et al., 2015).

Análisis estadístico

Una vez creada la base de datos con todas las variables recogidas, se procedió al análisis estadístico mediante la versión 15.0 del paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences).

Se compararon los 3 grupos descritos: pacientes psiquiátricos ambulatorios, pacientes drogodependientes ambulatorios y sujetos sanos. Se realizó además esta misma comparativa excluyendo a los pacientes con diagnóstico de TUA del grupo de pacientes drogodependientes ambulatorios. También se realizó una comparativa entre las 2 Comunidades Autónomas en los grupos de sanos y población psiquiátrica, ya que de la Comunidad Autónoma de Cataluña no pudimos obtener muestra de pacientes drogodependientes.

Se consideró que había diferencias estadísticamente significativas en los contrastes de hipótesis realizados cuando el valor de p asociado era menor a 0,05. Para los estadísticos descriptivos, las variables cualitativas fueron expresadas como frecuencias y números y las variables cuantitativas como medias y desviaciones estándar.

Para la comparación de las variables cualitativas entre sí se utilizó la prueba chi-cuadrado. Para la comparación de variables cualitativas con cuantitativas, comparamos medias entre las distintas variables cualitativas mediante un análisis de la varianza de una vía (ANOVA) cuando las variables cualitativas eran no dicotómicas y la t de Student cuando eran dicotómicas. La edad, como variable cuantitativa, es presentada como la media \pm la desviación típica.

Resultados

Descripción de la muestra

Fueron incluidos en el estudio un total de 1054 participantes. Las características de la muestra son descritas en la Tabla 1 y los diagnósticos incluidos y su porcentaje en la Tabla 2.

Tabla 1. Características de la muestra de participantes: edad y sexo.

Característica basal	PSIQUIATRÍA		ADICCIONES		SANOS		TOTAL		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
	588	55,8	153	14,5	313	29,7	1054	100	
Edad: media – min-máx (DT)	49,92	18-92 (14,06)	42,71	18-72 (12,35)	39,92	19-73 (10,89)	45,87	18-92 (13,72)	
Grupos de edad	18-30	58	10	28	18,4	46	14,7	132	12,6
	31-45	160	27,6	54	35,5	190	60,7	404	38,7
	46-60	234	40,4	58	38,2	56	17,9	348	33,3
	>60	127	21,9	12	7,9	21	6,7	160	15,3
Sexo	Hombre	274	46,6	127	83,0	194	52,4	565	53,6
	Mujer	314	53,4	26	17,0	149	47,6	489	46,4

Nota. Excluyendo a los pacientes con TUA (73 en total) del grupo de adicciones, la edad media de los 80 pacientes restantes es de 36,81 \pm 11,3 años.

Puntuación en el cuestionario CAGE

La puntuación media en el cuestionario CAGE en los tres grupos fue de $0,88 \pm 1,3$. La puntuación media en las consultas de psiquiatría fue de $0,74 \pm 1,2$; en las de drogodependencias de $2,12 \pm 1,55$ y en el grupo control de $0,55 \pm 0,99$ ($F=97,33$; $p<0,001$). Excluyendo los pacientes con TUA dentro de los que acuden a las consultas de drogodependencias, la puntuación media de este grupo desciende a $1,34 \pm 1,48$ ($F=14,7$; $p<0,001$). En la Tabla III se muestra el porcentaje de participantes con cada una de las puntuaciones del CAGE.

La puntuación del CAGE fue superior en hombres que en mujeres ($1,21 \pm 1,44$ vs $0,50 \pm 1,01$; $F=42,67$; $p<0,001$).

Tabla 2. Diagnósticos incluidos en el estudio y su porcentaje sobre el total de participantes.

Diagnóstico	N	% de las consultas de Psiquiatría	% del total de la muestra
T depresivos	239	40,6	22,7
T psicóticos	133	22,6	12,6
T ansiedad	94	16	8,9
T personalidad	51	8,7	4,8
T Bipolar	41	7,0	3,9
CIL	8	1,4	0,8
Demencia	6	1	0,6
TDAH	6	1	0,6
TOTAL PSIQUIATRÍA	588	100	55,8
% de las consultas de Adicciones			
Alcohol	73	47,7	6,9
Cannabis	24	15,7	2,3
Cocaína (CC)	18	11,8	1,7
Heroína (H)	14	9,2	1,3
H + CC	14	9,2	1,3
Otras conductas adictivas	9	5,9	0,9
TOTAL ADICCIONES	153	100	14,5
SANOS	313	-	29,7
TOTAL MUESTRA	1054	-	100

Por grupos de edad se obtuvieron los siguientes resultados: de 18 a 30 años la puntuación fue de $1,01 \pm 1,25$; de 31 a 45 años de $0,86 \pm 1,33$; de 46 a 60 años de $1,00 \pm 1,36$; y en mayores de 60 años de $0,56 \pm 1,08$ ($F=4,62$; $p=0,003$). Por diagnósticos encontramos que las mayores puntuaciones en el CAGE se obtuvieron en pacientes con TDAH con $2,00 \pm 1,26$, dentro de las consultas de psiquiatría, y en pacientes con adicción a heroína con $1,79 \pm 1,48$ dentro de las consultas de drogodependencias ($F=19,64$; $p<0,001$), si excluimos a los pacientes con TUA, los cuales tenían una puntuación de $2,99 \pm 1,11$. (Figs. I y II)

Dentro de cada una de las 4 preguntas del cuestionario CAGE, a la que con más frecuencia se respondía de forma

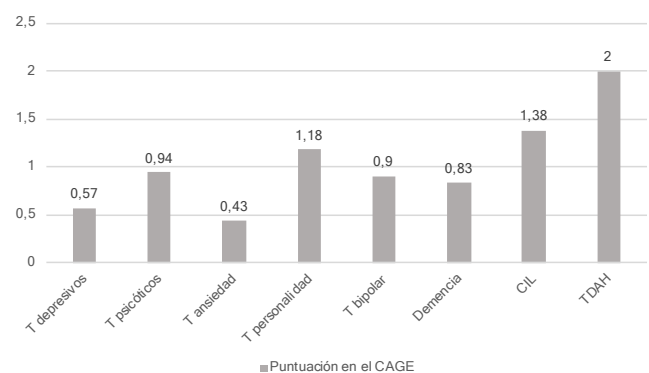


Figura 1. Puntuación en el cuestionario CAGE por grupos diagnósticos dentro de las consultas de Psiquiatría.

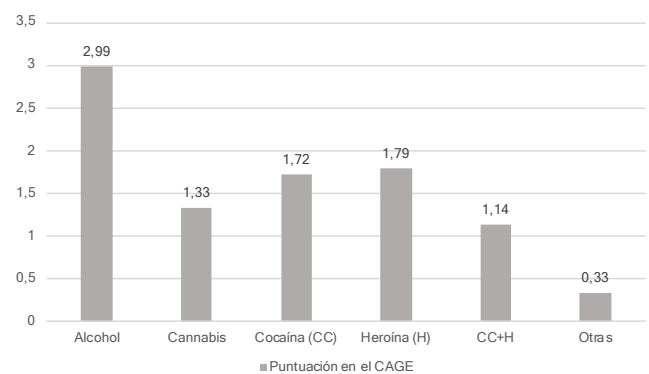


Figura 2. Puntuación en el cuestionario CAGE por grupos diagnósticos dentro de las consultas de drogodependencias.

Tabla 3. Porcentaje de participantes con cada una de las puntuaciones del CAGE.

Puntuación en el CAGE	PSIQUIATRÍA		ADICCIONES		SANOS		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
	588	55,8	153	14,5	313	29,7	1054	100
0	387	65,8	42	27,5	221	70,6	650	61,7
1	69	11,7	12	7,8	44	14,1	125	11,9
2	51	8,7	21	13,7	18	5,8	90	8,5
3	57	9,7	41	26,8	28	8,9	126	12
4	24	4,1	37	24,2	2	0,6	63	6

Nota. $\chi^2=182,17$; $p<0,001$.

afirmativa era a la pregunta 1 y a la que menos a la pregunta 4, siendo esto algo que ocurría en los 3 grupos y por lo tanto también en el total de la muestra (Tabla 4).

Resultados positivos en el cuestionario CAGE

Considerando como punto de corte una puntuación ≥ 1 en el cuestionario CAGE, el 38,3% del total de la muestra presentaban un screening positivo, el 34,2% de los pacien-

tes de las consultas de psiquiatría, el 72,5% de las de adicciones y el 29,4% del grupo control ($\chi^2=90,64$; $p<0,001$). Si consideráramos el punto de corte de ≥ 2 preguntas positivas, estos porcentajes bajaban al 26,6% en el total de la muestra, al 22,6% en las consultas de psiquiatría, al 64,7% en las de adicciones y al 15,3% en el grupo control ($\chi^2=139,02$; $p<0,001$) (Tabla 5). Excluyendo a los pacientes con TUA de los que acuden a las consultas de drogode-

Tabla 4. Resultados afirmativos de las distintas preguntas del cuestionario CAGE por grupos.

Pregunta del CAGE	Psiquiatría (n=588)	Adicciones (n=153)	Sanos (n=313)	Total (n=1054)	Test	P
CAGE 1: Ha tenido usted alguna vez la impresión de que debería beber menos? (n, % "sí")	136 (23,1%)	103 (67,3%)	66 (21,1%)	305 (28,9%)	$\chi^2 = 128,64$	$<0,001$
CAGE 2: Le ha molestado alguna vez que la gente lo critique por su forma de beber? (n, % "sí")	126 (21,4%)	79 (51,6%)	54 (17,3%)	259 (24,6%)	$\chi^2 = 72,64$	$<0,001$
CAGE 3: Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber? (n, % "sí")	123 (20,9%)	92 (60,1%)	46 (14,7%)	261 (24,8%)	$\chi^2 = 124,41$	$<0,001$
CAGE 4: Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior? (n, % "sí")	57 (9,7%)	51 (33,3%)	6 (1,9%)	114 (10,8%)	$\chi^2 = 106,89$	$<0,001$

Tabla 5. Porcentaje de participantes con screening positivo a trastorno por consumo de alcohol (puntos de corte ≥ 1 y ≥ 2) mediante el cuestionario CAGE según los diferentes diagnósticos y el sexo.

Diagnóstico	N	CAGE ≥ 1		P	CAGE ≥ 2		P
		N	%		N	%	
T depresivos	T	239	69	28,9	39	16,3	0,049
	H	88	34	38,6	21	23,9	
	M	149	33	22,1	18	12,1	
T psicóticos	T	133	53	39,8	41	30,8	$<0,001$
	H	80	45	56,3	36	45	
	M	53	8	15,1	5	9,4	
T ansiedad	T	94	21	22,3	11	11,7	0,013
	H	44	14	31,8	9	20,5	
	M	50	7	14	2	4	
T personalidad	T	51	24	47,1	19	37,3	0,027
	H	17	10	58,8	9	52,9	
	M	32	12	37,5	8	25	
T Bipolar	T	41	18	43,9	12	29,3	NS
	H	23	12	52,2	9	39,1	
	M	18	6	33,3	3	16,7	
CIL	T	8	3	37,5	3	37,5	NC
	H	6	2	33,3	2	33,3	
	M	2	1	50	1	50	
Demencia	T	6	2	33,3	1	16,7	NC
	H	3	1	33,3	0	0	
	M	3	1	33,3	1	33,3	
TDAH	T	6	5	83,3	4	66,7	NC
	H	4	3	75	3	75	
	M	2	2	100	1	50	

Diagnóstico		N	CAGE ≥ 1		P	CAGE ≥ 2		P
			N	%		N	%	
TOTAL PSIQUIATRÍA	T	588	201	34,2	< 0,001	133	22,6	< 0,001
	H	270	124	45,9		91	33,7	
	M	309	70	22,7		39	12,6	
Alcohol	T	73	70	95,9	NS	66	90,4	NS
	H	61	59	96,7		55	90,2	
	M	12	11	91,7		11	91,7	
Cannabis	T	24	12	50	NS	9	37,5	NS
	H	19	9	47,4		7	36,8	
	M	5	3	60		2	40	
Cocaína (CC)	T	18	12	66,7	NC	11	61,1	NC
	H	16	10	62,5		9	56,3	
	M	2	2	100		2	100	
Heroína (H)	T	14	10	71,4	-	7	50	-
	H	14	10	71,4		7	50	
	M	-	-	-		-	-	
H + CC	T	14	6	42,9	NC	5	35,7	NC
	H	13	5	38,5		4	30,8	
	M	1	1	100		1	100	
Otras conductas adictivas	T	9	1	11,1	NC	1	11,1	NC
	H	3	1	33,3		1	33,3	
	M	6	0	0		0	0	
TOTAL DROGAS	T	153	111	72,5	NS	99	64,7	NS
	H	127	94	74		83	65,4	
	M	26	17	65,4		16	61,5	
TOTAL DROGAS SIN TUA	T	80	41	51,3	NS	33	41,3	NS
	H	66	35	53		28	42,4	
	M	14	6	42,9		5	35,7	

Diagnóstico		N	CAGE ≥ 1		P	CAGE ≥ 2		P
			N	%		N	%	
SANOS	T	313	92	29,4	NS	48	15,3	0,001
	H	164	56	34,1		36	22	
	M	149	36	24,2		12	8,1	
TOTAL MUESTRA	T	1054	404	38,3	< 0,001	280	26,6	< 0,001
	H	561	274	48,8		210	37,4	
	M	484	123	25,4		67	13,8	

Nota. T: Total; H: Hombres; M: Mujeres; TUA: Trastornos por Uso de Alcohol; NS: no significativo; NC: no calculable. P=significación en función del género dentro de cada diagnóstico, usando la prueba de chi-cuadrado de Pearson (χ^2).

pendencias, el 51,3% de los restantes de las consultas de adicciones presentaba una puntuación ≥ 1 en el cuestionario CAGE ($\chi^2=13,568$; $p=0,001$) y el 41,3% presentaba una puntuación ≥ 2 ($\chi^2=25,64$; $p<0,001$) (Tabla 5).

Según el sexo, el 48,8% de los hombres tenían una puntuación ≥ 1 en el cuestionario CAGE, en comparación con el 25,4% de las mujeres ($\chi^2=66,31$; $p<0,001$). Los porcentajes de hombres que tenían una puntuación ≥ 2 fue del 37,4% y de mujeres del 13,8% ($\chi^2=74,33$; $p<0,001$). En la

tabla 5 se describen las diferencias según el sexo y el diagnóstico en la escala CAGE para cada grupo de estudio. Los diagnósticos que tenían un mayor porcentaje de pacientes con screening positivo a presentar un TUA fueron: el TDAH, con ambos puntos de corte, en las consultas de psiquiatría; y la adicción a la heroína con el punto de corte ≥ 1 y la adicción a la cocaína con el punto de corte ≥ 2 en las consultas de drogodependencias, si excluimos la adicción al alcohol de estas últimas (Tabla 5). Las diferencias entre

los distintos diagnósticos fueron significativas, tanto considerando el punto de corte en ≥ 1 ($\chi^2=138,41$; $p<0,001$) como en ≥ 2 ($\chi^2=177,55$; $p<0,001$).

Por grupos de edad se obtuvieron los siguientes resultados: de 18 a 30 años el 50% tenían una puntuación ≥ 1 , de 31 a 45 años el 35,6%, de 46 a 60 años el 40,8%, y en mayores de 60 años el 27,5% ($\chi^2=17,68$; $p=0,001$). El porcentaje de los que tenían una puntuación ≥ 2 fue del 28,8% en los participantes de 18 a 30 años, del 24,8% de 31 a 45 años, del 32,2% de 46 a 60 años, y del 16,3% en mayores de 60 años ($\chi^2=15,41$; $p=0,001$).

Dentro de la muestra de sanos y separándolos por grupos de edad, se obtuvieron diferencias significativas para el

porcentaje de sujetos sanos con screening positivo a TUA para la puntuación ≥ 1 ($\chi^2=12,65$; $p=0,005$), pero no para la puntuación ≥ 2 ($\chi^2=5,17$; $p=0,160$), y diferenciando por sexo sólo para la puntuación ≥ 2 (Tabla 6).

Diferencias entre comunidades autónomas

De los 1054 pacientes de la muestra, 651 (61,8%) eran procedentes de la Comunidad Autónoma de Extremadura (provincias de Badajoz y Cáceres) y 403 (38,2%) de la Comunidad Autónoma de Cataluña (provincia de Barcelona). De los 588 de las consultas ambulatorias de psiquiatría, 262 (44,6%) eran procedentes de Extremadura y 326 (55,4%) de Cataluña. Todos los 153 de las consultas de

Tabla 6. Porcentaje de sujetos sanos con screening positivo a trastorno por consumo de alcohol (puntos de corte ≥ 1 y ≥ 2) mediante el cuestionario CAGE según los diferentes grupos de edad y el sexo.

SANOS		N	CAGE ≥ 1		P	CAGE ≥ 2		P
			N	%		N	%	
18-30 años	T	46	23	50	0,139	12	26,1	0,095
	H	25	15	60		9	36,0	
	M	21	8	38,1		3	14,3	
31-45 años	T	190	52	27,4	0,147	27	14,2	0,010
	H	97	31	32		20	20,6	
	M	93	21	22,6		7	7,5	
46-60 años	T	56	12	21,4	0,158	7	12,5	0,014
	H	32	9	28,1		7	21,9	
	M	24	3	12,5		0	0	
Mayores de 60 años	T	21	4	19	0,034	2	9,5	0,156
	H	10	0	0		0	0	
	M	11	4	36,4		2	18,2	
Total	T	313	91	29,4	0,060	48	15,3	0,039
	H	164	55	33,5		36	22	
	M	149	36	24,2		12	8,1	

Nota. T: Total; H: Hombres; M: Mujeres. P=significación en función del género dentro de cada diagnóstico, usando la prueba de chi-cuadrado de Pearson (χ^2).

Tabla 7. Número de Participantes y Porcentaje de Respuestas Positivas ≥ 1 y ≥ 2 en el Cuestionario CAGE y sus Diferencias entre Participantes Procedentes de Extremadura y de Cataluña, en Pacientes Psiquiátricos y Sanos y Separados por Sexo.

Variable		PSIQUIATRÍA		P	SANOS		P
		Extremadura	Cataluña		Extremadura	Cataluña	
CAGE ≥ 1	T	80 (30,5%)	121 (37,1%)	0,094	75 (31,8%)	16 (20,8%)	0,065
	H	51 (42,9%)	73 (48,3%)	0,369	49 (35,5%)	6 (23,1%)	0,218
	M	22 (16,4%)	48 (27,4%)	0,022	26 (26,5%)	10 (19,6%)	0,349
CAGE ≥ 2	T	52 (19,8%)	81 (24,8%)	0,150	42 (17,8%)	6 (7,8%)	0,034
	H	41 (34,5%)	50 (33,1%)	0,817	32 (23,2%)	4 (15,4%)	NC
	M	8 (6%)	31 (17,7%)	0,002	10 (10,2%)	2 (3,9%)	NC
TOTAL	T	262	326		236	77	
	H	124 (47,3%)	151 (46,3%)		138 (58,5%)	26 (33,8%)	
	M	138 (52,7%)	175 (53,7%)		98 (41,5%)	51 (66,2%)	

Nota. T: Total; H: Hombres; M: Mujeres; NC= No calculable. P=significación en función de la Comunidad Autónoma, usando la prueba de chi-cuadrado de Pearson (χ^2).

drogodependencias eran extremeños. Del total de sujetos sanos (313), 236 de ellos (75,4%) eran extremeños y 77 (24,6%) catalanes (Tabla 7).

La edad media de los pacientes psiquiátricos extremeños y catalanes era muy similar: $49,85 \pm 14,78$ y $49,98 \pm 13,5$ respectivamente ($F=0,011$; $p=0,915$), al igual que la edad media de sujetos sanos extremeños y catalanes: $39,95 \pm 11,14$ y $39,82 \pm 10,13$ respectivamente ($F=0,008$; $p=0,927$).

Dentro de los pacientes de las consultas ambulatorias de psiquiatría, en la muestra procedente de la Comunidad Autónoma de Cataluña, la puntuación de CAGE fue de $0,80 \pm 1,21$, y en la muestra procedente de la Comunidad Autónoma de Extremadura fue de $0,68 \pm 1,18$ ($F=1,41$; $p=0,235$). Mientras tanto, en los sanos, en los 77 procedentes de Cataluña la media de la puntuación en el CAGE fue de $0,29 \pm 0,60$ y en los 236 procedentes de Extremadura de $0,64 \pm 1,07$ ($F=7,4$; $p=0,007$). En la tabla 7 se muestran el porcentaje de pacientes psiquiátricos y de sujetos sanos que tenían ≥ 1 y ≥ 2 respuestas positivas en el cuestionario CAGE separados por sexo y según la procedencia de la muestra fuese la Comunidad Autónoma de Extremadura o la Comunidad Autónoma de Cataluña.

Discusión

Nuestro estudio es el primero que hemos encontrado en la literatura que evalúe la prevalencia de TUA usando el cuestionario CAGE camuflado, no sólo en pacientes psiquiátricos, ya descrito en el primer artículo (Sánchez-Autet et al., 2018), sino comparando también con pacientes drogodependientes y sujetos sanos. Al realizar esta comparativa encontramos que en nuestra muestra existe, mediante el uso del cuestionario CAGE camuflado, un mayor porcentaje de screening positivo en pacientes drogodependientes que en pacientes psiquiátricos y mayor en estos que en individuos sanos (Tabla 5). También la puntuación en dicho cuestionario es mayor en las consultas de drogodependencias que en las consultas de psiquiatría y mayor en estas que en sujetos sanos. Incluso excluyendo del análisis los pacientes diagnosticados de TUA del total de las consultas de drogodependencias, los pacientes de las consultas de adicciones mantenían un mayor porcentaje de screening positivo y una mayor puntuación, ambos estadísticamente significativos, que los pacientes psiquiátricos y los controles sanos.

En la muestra de pacientes psiquiátricos ambulatorios, como ya describimos en la primera parte de nuestro estudio (Sánchez-Autet et al., 2018) fue más frecuente el cribado positivo en el CAGE en hombres y en menores de 60 años. Por diagnósticos encontramos que los trastornos mentales graves eran aquellos que presentaban tasas más elevadas de puntuación positiva en el CAGE: trastornos de personalidad, trastornos bipolares y trastornos psicóticos, con cifras cercanas al 50%, en concordancia con lo reco-

gido en la literatura (Mellos, Liappas y Paparrigopoulos, 2010; Mueser, Drake y Wallach, 1998; Mueser et al., 2000).

En el caso concreto de los trastornos bipolares encontramos un 43,9% de pacientes con una puntuación en el CAGE ≥ 1 , un 52,2% en hombres y un 33,3% en mujeres. Estudios epidemiológicos con muestras extensas han encontrado una proporción similar a ésta en sujetos con trastorno bipolar tipo I: en el ECA (Epidemiological Catchment Area Study, ECA; Regier et al., 1990) el 46% tenían una historia de abuso/dependencia de alcohol y en el Estudio de Edmonton (Fogarty, Russell, Newman y Bland, 1994) el 45%. En el ECA (Regier et al., 1990), la prevalencia de consumo de alcohol variaba según los distintos diagnósticos psiquiátricos: el referido 46% para el trastorno bipolar tipo I, un 39,2% para el trastorno bipolar tipo II y un 33,7% para la esquizofrenia. Frye et al. (2003) encontraron que el abuso de alcohol fue más frecuente en varones con trastorno bipolar que en mujeres, con cifras muy similares a las nuestras, un 49% vs un 29% que reunieron criterios de alcoholismo a lo largo de la vida, respectivamente, aunque el riesgo relativo de abuso de alcohol en comparación con la población general fue más alto en mujeres bipolares que en varones, con una odds ratio de 7,35 vs 2,77, respectivamente. En un estudio realizado en Badajoz, dentro también de la Comunidad Autónoma de Extremadura, sobre pacientes hospitalizados con el diagnóstico de trastorno bipolar (Zamora-Rodríguez et al., 2018), obtuvieron un 28,8% de pacientes con criterios de abuso o dependencia de alcohol.

Por el lado contrario, en nuestra muestra los trastornos de ansiedad y depresivos no parecieron ser un factor de riesgo de presentar TUA, ya que presentaban tasas de positividad en el CAGE muy similares e incluso inferiores a las presentadas por la muestra de sanos, lo que contradice artículos anteriores (Anthenelli, 2012; Grant et al., 2004), aunque en el caso de los trastornos ansiosos se han obtenido resultados discrepantes (Goldstein, Smith, Dawson y Grant, 2015; Hasin y Kilcoyne, 2012; Sánchez-Autet et al., 2018). El diagnóstico que tuvo un porcentaje más elevado de cribado positivo tanto con el punto de corte ≥ 1 como con el punto ≥ 2 fue el TDAH, aunque con sólo 6 pacientes con esta patología, siendo esta relación TDAH-consumo de alcohol ya señalada en la literatura (Biederman et al., 1995; Weiss y Hechtman, 1993; Wilens, Biederman, Mick, Faraone y Spencer, 1997).

Sobre la muestra de pacientes en tratamiento en las consultas de drogodependencias destaca el hecho de que aquellos que se encontraban en tratamiento por una adicción al alcohol, respondían afirmativamente a al menos 1 pregunta en el 95,9% de los casos, lo que indica la elevada sensibilidad del CAGE. Esta sensibilidad descendía al 90,4% si el punto de corte se elevaba a 2 preguntas afirmativas. Ya señalamos que la sensibilidad del cuestionario CAGE variaba en distintos estudios del 70 al 90% aproxi-

madamente, siendo más elevada para el punto de corte de 1 respuesta afirmativa y disminuyendo si se aumentaba a 2, aunque en este caso la especificidad aumentaba (Berks y McCormick, 2008; Corradi-Webster et al., 2005; Dervaux et al., 2006; Dhalla et al., 2007; Mitchell et al., 2014).

En el resto de sustancias adictivas (cannabis, cocaína, heroína, cocaína + heroína) encontramos un porcentaje de positividad en el cuestionario CAGE mucho mayor que en participantes sanos o en pacientes psiquiátricos. En estos grupos de sustancias el porcentaje de screening positivo es muy similar en hombres y en mujeres, siendo en algunos casos incluso superior para el sexo femenino. Esta asociación entre el consumo de las distintas sustancias y el consumo de alcohol ya ha sido descrita con anterioridad (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2017; Font-Mayolas, Gras y Planes, 2006; Font-Mayolas et al., 2013; Kandel y Yamaguchi, 1985), de manera que el consumo de una de estas sustancias se asocia con el consumo de alcohol. Kandel et al. (1985) afirmaban que el consumo de drogas legales podría facilitar el posterior consumo de marihuana que a su vez abriría la puerta al consumo de otras drogas ilegales según el modelo de escalada. Según datos de la encuesta EDADES (2017) el alcohol está presente en más del 90% de los policonsumos, con porcentajes cercanos al 100% cuando el número de sustancias consumidas era de 4 o más (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2017).

Es destacable que de la muestra control de sujetos sanos (Tabla 6) encontremos casi una tercera parte (29,4%) con una puntuación en el CAGE ≥ 1 y casi una sexta parte (15,3%) con una puntuación ≥ 2 , siendo esta prevalencia superior a la obtenida en otros estudios nacionales e internacionales. En la referida encuesta EDADES del año 2017 (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2017), con el test AUDIT el 5,1% de los españoles de 15 a 64 años se clasificaban dentro del grupo de consumo de riesgo de alcohol (7,6% de hombres y 2,6% de mujeres), cifras muy inferiores a la nuestras. Otra investigación llevada a cabo en Portugal sobre pacientes sometidos a cirugía (Sousa, Pinho, Santos y Abelha, 2017), en Francia sobre personas que acudían a urgencias hospitalarias (Richoux et al., 2011) o en Brasil sobre trabajadores del transporte público (Cunha, Giatti y Assunção, 2016), también encontraron una prevalencia menor que la nuestra, usando el cuestionario CAGE con 2 respuestas afirmativas como punto de corte.

El porcentaje de positividad al CAGE en individuos sanos fue mayor mientras más joven era la muestra y en hombres que en mujeres (33,5% vs 24,2% con puntuación ≥ 1 y 22% vs 8,1% con puntuación ≥ 2), aunque destaca que en mujeres mayores de 60 años fue mayor que en hombres de éste mismo grupo de edad, si bien es cierto que en esta franja de edad el porcentaje de participantes fue menor (Tabla 6). En otro artículo brasileño, entre 192 trabajado-

res del campus de la universidad de São Paulo (Amaral y Malbergiera, 2004) y con un punto de corte ≥ 2 , también se observó un mayor porcentaje en hombres que en mujeres (22,1% vs 0%, con sólo 20 mujeres analizadas), resultados similares a los nuestros, aunque sin embargo no encontraron la misma distribución por grupos de edad (fue mucho mayor en mayores de 60 años), cuestión que podría explicarse porque en algunos grupos tenían pocos participantes, así como por diferencias socio-culturales, entre otros.

En un estudio llevado a cabo en Singapur con 2565 personas sanas mayores de 60 años (Ong et al., 2016), encontraron un 4,2% con una puntuación ≥ 2 en el CAGE, por el 9,5% de nuestra muestra española sana en la misma franja de edad. En su estudio esta frecuencia era mayor en hombres, de etnia India y que estuviesen separados o divorciados. Otros artículos incluso señalan un menor porcentaje en mayores de 60 años, como el de Almeida et al. (1997), en el que sólo el 1,42% de un total de 351 tenían una puntuación ≥ 2 . Un reciente estudio (Lycke et al., 2019) llevado a cabo en pacientes con cáncer con una edad media de 77,7 años, detecta un 6,3% de hombres y un 1,2% de mujeres con resultados positivos (≥ 2) en el CAGE.

Una investigación llevada a cabo en 3 países europeos (Bulgaria, Alemania y Polonia) en 2103 estudiantes universitarios (Mikolajczyk et al., 2016), también encontró un porcentaje de personas con positividad en el CAGE (puntuación ≥ 2) mucho menor que en el nuestro: 22,7%, 26,3% y 19% respectivamente en Bulgaria, Alemania y Polonia dentro de los hombres, y 9,6%, 9,3% y 8,5% en mujeres, que contrasta con el 36% en hombres y el 14,3% en mujeres en nuestra muestra de sanos de 18 a 30 años, que es la más parecida por grupo de edad a la de estudiantes universitarios. Estudios similares sobre muestras de adultos jóvenes de 18 a 35 años en Italia (Manzoli et al., 2009) o sobre estudiantes de medicina en Canadá (Thakore et al., 2009), u otros estudios recientes sobre muestras de estudiantes de medicina en distintos países del mundo: Gales (Farrell et al., 2019), Portugal (Almeida, Kadhum, Farrell, Ventriglio y Molodynski, 2019), Marruecos (Lemtiri Chelieh et al., 2019), Canadá (Wilkes et al., 2019), Brasil (Castaldelli-Maia et al., 2019), Paraguay (Torales et al., 2019) y Jordania (Masri et al., 2019) mostraron igualmente una menor prevalencia de positividad en el CAGE (puntuación ≥ 2), que osciló entre el 5% de los marroquíes y el 25% de los brasileños, que los participantes sanos de 18 a 30 años de nuestro estudio, que llegaron al 26,1%, incluyendo tanto hombres como mujeres.

Aunque en nuestro estudio recogimos pacientes de 18 o más años, también es destacable el consumo en pacientes menores de 18 años. En un reciente estudio (Teixidó-Compañó et al., 2019) con datos de la Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES 2014) a estudiantes de 14 a 18 años (N = 34.259), obtuvieron una prevalencia total de binge drinking en el último

mes del 33%, prevalencia que aumentaba con la edad, y se asociaba principalmente a una percepción de acceso fácil al alcohol, a su consumo en zonas abiertas, a tener uno de los dos padres que permite beber y a disponer de más de 30 euros semanales.

Estos datos nos deberían hacer pensar en el elevado consumo de alcohol entre población española aparentemente sana, más elevado que en otros estudios de países tanto europeos como del resto del mundo, y las posibles repercusiones en su salud con una mayor discapacidad y mortalidad y consiguientemente en un mayor gasto sanitario y social (Pulido et al., 2014; Rehm et al., 2013).

Sobre la influencia de la ruralidad en nuestros resultados, señalar que entre las muestras catalana y extremeña de las consultas ambulatorias de psiquiatría, comparables en edad media y sexo, encontramos cierta tendencia a mayor cribado positivo en el CAGE en la muestra catalana (muestra más urbana), siendo estadísticamente significativa esta diferencia en mujeres. También encontramos diferencias significativas entre ambas comunidades autónomas en las muestras de individuos sanos con el punto de corte ≥ 2 , pero en este caso a favor de la muestra extremeña (más rural). Como ya señalamos anteriormente, en diferentes estudios realizados en diferentes comunidades autónomas españolas en población general, obtuvieron una prevalencia de positividad al cuestionario CAGE con un punto de corte ≥ 2 entre el 4,0% y el 8,7% (Alvarez et al., 1994; Alvarez et al., 2006; Anitua et al., 1998; Dirección General de Atención Primaria, 2001; Dirección General de Atención Primaria, 2006; Dirección General de Atención Primaria, 2011; Pérez et al., 2010; Servicio de Estudios e Investigación Sanitaria, 2004), cifras inferiores a la muestra extremeña de sujetos sanos (17,8%) y similares a la catalana (7,8%).

Las limitaciones más importantes de nuestro estudio, ya señaladas en la primera parte publicada del mismo (Sánchez-Autet et al., 2018), son principalmente la ausencia de una entrevista diagnóstica estructurada que confirmase el cribado positivo obtenido en el CAGE y la no recogida de otros datos sociodemográficos, médicos o de consumo de otras sustancias. Una de sus principales fortalezas es el gran número de participantes (1054) y el haber incluido 3 muestras distintas: individuos sanos, pacientes de las consultas ambulatorias de psiquiatría y pacientes de las consultas ambulatorias de drogodependencias, lo que nos permite establecer comparaciones entre individuos de las mismas áreas de salud. Los resultados obtenidos parecen estar en línea con lo esperable en base a la experiencia y la literatura previa, lo que va a favor de la validez teórica del cuestionario utilizado.

En conclusión, los datos encontrados en nuestro análisis, hablan de un mayor screening positivo al consumo de alcohol en las consultas de drogodependencias respecto a las consultas de psiquiatría, y de estas respecto a una mues-

tra de sujetos sanos. También es destacable las altas tasas de TUA tanto en pacientes psiquiátricos, especialmente los que padecían trastornos mentales graves, como incluso en sujetos sanos, siendo sin embargo una patología con elevada frecuencia infradiagnosticada y por lo tanto no tratada, con las consecuencias que ello conlleva en cuanto a empeoramiento de la calidad de vida, mayores tasas de enfermedad asociada y mayor mortalidad. Cabría por lo tanto pensar en la necesidad de incluir elementos de cribado específicos de consumo de alcohol, como podría ser el CAGE, sencillo y de fácil aplicación, tanto en las consultas de psiquiatría como en las de atención primaria e incluso en pacientes hospitalarios.

Reconocimientos

A Juan Enrique Bonito, por su inestimable colaboración en la comunicación entre los distintos profesionales implicados y ser capaz de involucrarlos a todos en un mismo proyecto.

A todos los psiquiatras y médicos de drogodependencias que colaboraron en la recogida de datos y que hicieron posible una muestra tan amplia de participantes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses ni haber recibido ningún tipo de financiación para la realización de este artículo.

Referencias

- Agabio, R., Marras, P., Gessa, G. L. y Carpiello, B. (2007). Alcohol use disorders, and at-risk drinking in patients affected by a mood disorder, in Cagliari, Italy: sensitivity and specificity of different questionnaires. *Alcohol and Alcoholism*, 42, 575-581. doi:10.1093/alcalc/agm072.
- Almeida, O. P., Forlenza, O. V., Lima, N. K., Bigliani, V., Arcuri, S. M., Gentile, M., ... de Oliveira, D. A. (1997). Psychiatric morbidity among the elderly in a primary care setting—report from a survey in São Paulo, Brazil. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12, 728-736.
- Almeida, T., Kadhun, M., Farrell, S. M., Ventriglio, A. y Molodynski, A. (2019). A descriptive study of mental health and wellbeing among medical students in Portugal. *International Review of Psychiatry*, 22, 1-5. doi:10.1080/09540261.2019.1675283.
- Alvarez, F.J. y del Rio, M.C. (1994). Screening for problem drinkers in a general population survey in Spain by use of the CAGE scale. *Journal of Studies on Alcohol*, 55, 471-474.
- Alvarez, F. J., Fierro, I. y del Rio, M. C. (2006). Alcohol-related social consequences in Castille and Leon, Spain. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 30, 656-664.

- Amaral, R. A. y Malbergiera, A. (2004). Evaluation of a screening test for alcohol-related problems (CAGE) among employees of the Campus of the University of São Paulo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26, 156-163.
- Anitua, C., Aizpuru, F. y Sanzo, J. M. (1998). *Encuesta de salud 1997. Mejorando la salud*. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco.
- Anthenelli, R. M. (2012). Overview: Stress and alcohol use disorders revisited. *Alcohol Research: Current Reviews*, 34, 386-390.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed.). doi:10.1176/appi.books.9780890425596.
- Berks, J. y McCormick, R. (2008). Screening for alcohol misuse in elderly primary care patients: A systematic literature review. *International Psychogeriatrics*, 20, 1090-1103. doi:10.1017/S1041610208007497.
- Biederman, J., Wilens, T., Mick, E., Milberger, S., Spencer, T. J. y Faraone, S. V. (1995). Psychoactive substance use disorders in adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): Effects of ADHD and psychiatric comorbidity. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1652-1658.
- Bradley, K. A., Bush, K. R., McDonell, M. B., Malone, T. y Fihn, S. D. (1998). Screening for problem drinking: Comparison of CAGE and AUDIT. *Journal of General Internal Medicine*, 13, 379-388. doi:10.1046/j.1525-1497.1998.00118.x.
- Bush, B., Shaw, S., Cleary, P., Delbanco, T. L. y Aronson, M. D. (1987). Screening for alcohol abuse using the CAGE questionnaire. *American Journal of Medicine*, 82, 231-235.
- Castaldelli-Maia, J. M., Lewis, T., Marques Dos Santos, N., Picon, F., Kadhum, M., Farrell, S. M., ... Ventriglio, A. (2019). Stressors, psychological distress, and mental health problems amongst Brazilian medical students. *International Review of Psychiatry*, 15, 1-5. doi:10.1080/09540261.2019.1669335.
- Castells, M. A. y Furlanetto, L. M. (2005). Validity of the CAGE questionnaire for screening alcohol-dependent inpatients on hospital wards. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27, 54-57.
- Corradi-Webster, C. M., Laprega, M. R. y Furtado, E. F. (2005). Performance assessment of CAGE screening test among psychiatric outpatients. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13, 1213-1218. doi:S0104-11692005000800017.
- Coryell, W., Turvey, C., Endicott, J., Leon, A. C., Mueller, T., Solomon, D. y Keller M. (1998). Bipolar I affective disorder: Predictors of outcome after 15 years. *Journal of Affective Disorders*, 50, 109-116.
- Cunha, N. O., Giatti, L. y Assunção, A. Á. (2016). Factors associated with alcohol abuse and dependence among public transport workers in the metropolitan region of Belo Horizonte. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 89, 881-890. doi:10.1007/s00420-016-1124-8.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2017). *Encuesta sobre Alcohol y otras Drogas en España (EDADES), 1995-2017*. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Gobierno de España. Recuperado de http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/EDADES_2017_Informe.pdf.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2015). *Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España, EDADES, 2015*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Gobierno de España.
- Dervaux, A., Bayle, F. J., Laqueille, X., Bourdel, M. C., Leborgne, M., Olie, J. P. y Krebs, M. O. (2006). Validity of the CAGE questionnaire in schizophrenic patients with alcohol abuse and dependence. *Schizophrenia Research*, 81, 151-155. doi:10.1016/j.schres.2005.09.012.
- Dhalla, S. y Kopec, J. A. (2007). The CAGE questionnaire for alcohol misuse: A review of reliability and validity studies. *Clinical and Investigative Medicine*, 30, 33-41.
- Dirección General de Atención Primaria (2001). Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, 2000. Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A), 2000. *Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid*, 7, 3-34.
- Dirección General de Atención Primaria (2006). Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, 2005. Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A), 2005. *Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid*, 12, 2-38.
- Dirección General de Atención Primaria (2011). Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, 2010. Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A), 2010. *Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid*, 17, 3-38.
- Ewing, J.A. (1984). Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire. *Journal of the American Medical Association*, 252, 1905-1907.
- Farrell, S. M., Molodynski, A., Cohen, D., Grant, A. J., Rees, S., Wullshleger, A., ... Kadhum M. (2019). Wellbeing and burnout among medical students in Wales. *International Review of Psychiatry*, 22, 1-6. doi:10.1080/09540261.2019.1678251.
- Fiellin, D. A., Reid, M. C. y O'Connor, P. G. (2000). Screening for alcohol problems in primary care: A systematic review. *Archives of Internal Medicine*, 160, 1977-1989.
- Feinman, J. A. y Dunner, D. L. (1996). The effect of alcohol and substance abuse on the course of bipolar affective disorder. *Journal of Affective Disorders*, 37, 43-49.

- Fogarty, F., Russell, J. M., Newman, S. C. y Bland, R. C. (1994). Epidemiology of psychiatric disorders in Edmonton. Mania. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, 376, 16-23.
- Font-Mayolas, S., Gras, M. E. y Planes, M. (2006). Análisis del patrón de consumo de cannabis en estudiantes universitarios. *Adicciones*, 18, 337-344.
- Font-Mayolas, S., Gras, M. E., Cebrián, N., Salamó, A., Planes, M. y Sullman, M. J. (2013). Types of polydrug use among Spanish adolescents. *Addictive Behaviors*, 38, 1605-1609. doi:10.1016/j.addbeh.2012.09.007.
- Frye, M. A., Altschuler, L. L., McElroy, S. L., Suppes, T., Keck, P. E., Denicoff, K., ... Post, R. M. (2003). Gender differences in prevalence, risk, and clinical correlates of alcoholism comorbidity in bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160, 883-889.
- Goerlich, F. J. y Cantarino, I. (2015). Estimaciones de la población rural y urbana a nivel municipal. *Estadística Española*, 57, 5-28.
- Goldstein, R. B., Smith, S. M., Dawson, D. A. y Grant, B. F. (2015). Sociodemographic and psychiatric diagnostic predictors of 3-year incidence of DSM-IV substance use disorders among men and women in the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychology of Addictive Behaviors*, 29, 924-932. doi:10.1037/adb0000080.
- Grant, B. F., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Dufour, M. C., Compton, W., ... Kaplan, K. (2004). Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 61, 807-816. doi:10.1001/archpsyc.61.8.807.
- Gual A. (2007). Dual diagnosis in Spain. *Drug and Alcohol Review*, 26, 65-71.
- Hasin, D. y Kilcoyne, B. (2012). Comorbidity of psychiatric and substance use disorders in the United States: Current issues and findings from the NESARC. *Current Opinion in Psychiatry*, 25, 165-171. doi:10.1097/YCO.0b013e3283523dcc.
- Hearne, R., Connolly, A. y Sheehan, J. (2002). Alcohol abuse: prevalence and detection in a general hospital. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 95, 84-87.
- Kandel, D. B. y Yamaguchi, K. (1985). Developmental patterns of the use of legal, illegal, and medically prescribed psychotropic drugs from adolescence to young adulthood. *National Institute of Drug Abuse Research Monograph*, 56, 193-235.
- Lemtiri Chelieh, M., Kadhum, M., Lewis, T., Molodynski, A., Abouqal, R., Belayachi, J. y Bhugra, D. (2019). Mental health and wellbeing among Moroccan medical students: A descriptive study. *International Review of Psychiatry*, 22, 1-5. doi:10.1080/09540261.2019.1675276.
- Liskow, B., Campbell, J., Nickel, E. J. y Powell, B. J. (1995). Validity of the CAGE questionnaire in screening for alcohol dependence in a walk-in (triage) clinic. *Journal of Studies on Alcohol*, 56, 277-281.
- Lykke, M., Martens, E., Ketelaars, L., Dezutter, J., Lefebvre, T., Pottel, H., ... Debruyne, P. R. (2019). Detection of alcohol abuse in older patients with cancer: The integration of alcohol screening questionnaires in the comprehensive geriatric assessment. *Journal of Geriatric Oncology*, 10, 819-823. doi:10.1016/j.jgo.2019.02.009.
- Luoto, K. E., Koivukangas, A., Lassila, A. y Kampman, O. (2016). Outcome of patients with dual diagnosis in secondary psychiatric care. *Nordic Journal of Psychiatry*, 70, 470-476. doi:10.3109/08039488.2016.1160149.
- Malet, L., Schwan, R., Boussiron, D., Aublet-Cuvelier, B. y Llorca, P. M. (2005). Validity of the CAGE questionnaire in hospital. *European Psychiatry*, 20, 484-489.
- Mansell, D., Spiro, A., Lee, A. y Kazis, L. (2006). Validation of the primary care alcohol severity measure. *Journal of Ambulatory Care Management*, 29, 87-97.
- Manzoli, L., Piat, S. C., Capasso, L., Di Candia, V., Di Virgilio, M., Marano, E., ... Schioppa, F. (2009). Different use/abuse patterns (overweight/obesity, alcohol, smoking, drugs, cannabis, opiates, cocaine) according to job category. Results of a survey on 4024 young workers from Abruzzo, Italy: The Valentino Study. *Annali di Igiene: Medicina Preventiva e di Comunità*, 21, 211-230.
- Masri, R., Kadhum, M., Farrell, S. M., Khamees, A., Al-Taiar, H. y Molodynski, A. (2019). Wellbeing and mental health amongst medical students in Jordan: A descriptive study. *International Review of Psychiatry*, 3, 1-7. doi:10.1080/09540261.2019.1670402.
- Masur, J., Capriglione, M. J., Monteiro, M. G. y Jorge, M. R. (1985). Detecção precoce do alcoolismo em clínica médica através do questionário CAGE: Utilidade e limitações. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 34, 31-34.
- Mayfield, D., McLeod, G. y Hall, P. (1974). The CAGE questionnaire: Validation of a new alcoholism screening instrument. *American Journal of Psychiatry*, 131, 1121-1123. doi:10.1176/ajp.131.10.1121.
- Mellos, E., Liappas, I. y Paparrigopoulos, T. (2010). Comorbidity of personality disorders with alcohol abuse. *In Vivo*, 24, 761-769.
- Mikolajczyk, R. T., Sebens, R., Warich, J., Naydenova, V., Dudziak, U. y Orosova O. (2016). Alcohol drinking in university students matters for their self-rated health status: A cross-sectional study in three European countries. *Frontiers in Public Health*, 4, 210. doi:10.3389/fpubh.2016.00210.
- Mitchell, A. J., Bird, V., Rizzo, M., Hussain, S. y Meader, N. (2014). Accuracy of one or two simple questions to identify alcohol-use disorder in primary care: a meta-analysis. *British Journal of General Practice*, 64, 408-418. doi:10.3399/bjgp14X680497.

- Mueser K. T., Drake R. y Wallach M. (1998). Dual diagnosis: A review of etiological theories. *Addictive Behaviors*, 23, 717-734.
- Mueser, K. T., Yarnold, P. R., Rosenberg, S. D., Swett, C., Miles, K. M. y Hill, D. (2000). Substance use disorder in hospitalized severely mentally ill psychiatric patients: prevalence, correlates, and subgroups. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 179-192.
- O'Brien, C. P. (2008). The CAGE questionnaire for detection of alcoholism: a remarkably useful but simple tool. *JAMA*, 5, 2054-2056. doi:10.1001/jama.2008.570.
- Ong, C. W., Sagayadevan, V., Abdin, E., Shafie, S. B., Jeyagurunathan, A., Eng, G. K., ... Subramaniam, M (2016). Screening for drinking problems in the elderly in Singapore using the CAGE questionnaire. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, 45, 456-465.
- Paz Filho, G. J., Sato, L. J., Tuleski, M. J., Takata, S. Y., Ranzi, C. C. C., Saruhashi, S.Y. y Spadoni, B. (2001). Empleo do questionário CAGE para detecção de transtornos de uso de álcool em pronto-socorro. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 47, 65-69.
- Pérez, Y., Esnaola, S., Ruiz, R., de Diego, M., Aldasoro, E., Calvo, M., ... Martín U. (2010). *Encuesta de Salud de la C.A. del País Vasco 2007*. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Sanidad y Consumo.
- Pulido, J., Indave-Ruiz, B. I., Colell-Ortega, E., Ruiz-García, M., Bartroli, M. y Barrio, G. (2014). Population-based studies on alcohol-related harm in Spain. *Revista Española de Salud Pública*, 88, 493-513. doi:10.4321/S1135-57272014000400005.
- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L. y Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *Journal of the American Medical Association*, 264, 2511-2518.
- Rehm, J., Rehm, M. X., Shield, K. D., Gmel, G. y Gual, A. (2013). Alcohol consumption, alcohol dependence and related harms in Spain, and the effect of treatment-based interventions on alcohol dependence. *Adicciones*, 25, 11-8. doi:10.20882/adicciones.67.
- Richoux, C., Ferrand, I., Casalino, E., Fleury, B., Ginsburg, C. y Lejoyeux, M. (2011). Alcohol use disorders in the emergency ward: Choice of the best mode of assessment and identification of at-risk situations. *International Journal of Emergency Medicine*, 4, 27. doi:10.1186/1865-1380-4-27.
- Sánchez-Autet, M., Garriga, M., Zamora, F. J., González, I., Usall, J., Tolosa, L., ... Arranz, B. (2018). Screening of alcohol use disorders in psychiatric outpatients: Influence of gender, age and psychiatric diagnosis. *Adicciones*, 30, 251-263. doi:10.20882/adicciones.885.
- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., de la Fuente, J. R. y Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption. II. *Addiction*, 88, 791-804.
- Seguí, J., Marquez, M., Canet, J., Cascio, A., García, L. y Ortiz, M. (2001). Panic disorder in a Spanish sample of 89 patients with pure alcohol dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 63, 117-121.
- Servicio de Estudios e Investigación Sanitaria (2004). *Euskal AEko Osasun-inkesta 2002. Encuesta de Salud de la C.A. del País Vasco 2002*. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco.
- Sonne S. C., Brady K. T. y Morton W. A. (1994). Substance abuse and bipolar affective disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 349-352.
- Sousa, G., Pinho, C., Santos, A. y Abelha, F. J. (2017). Postoperative delirium in patients with history of alcohol abuse. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*, 64, 214-222.
- Soyka, M., Albus, M., Immler, B., Kathmann, N. y Hippus, H. (2001). Psychopathology in dual diagnosis and non-addicted schizophrenics—are there differences? *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 251, 232-238.
- Statistical Package for Social Sciences (SPSS) software for Windows (version 15)*. SPSS 15.0 for Windows. Chicago, SPSS, 2007.
- Sullivan, L. E., Fiellin, D. A. y O'Connor, P. G. (2005). The prevalence and impact of alcohol problems in major depression: a systematic review. *American Journal of Medicine*, 118, 330-341. doi:10.1016/j.amjmed.2005.01.007.
- Teixidó-Compañó, E., Sordo, L., Bosque-Prous, M., Puigcorbó, S., Barrio, G., Brugal, M. T., ... Espelt, A. (2019). Individual and contextual factors related to binge drinking among adolescents in Spain: A multilevel approach. *Adicciones*, 31, 41-51. doi:10.20882/adicciones.975.
- Thakore, S., Ismail, Z., Jarvis, S., Payne, E., Keetbaas, S., Payne, R. y Rothenburg, L. (2009). The perceptions and habits of alcohol consumption and smoking among Canadian medical students. *Academic Psychiatry*, 33, 193-197. doi:10.1176/appi.ap.33.3.193.
- Torales, J., Kadhum, M., Zárate, G., Barrios, I., González, I., Farrell, S. M., ... Arce, A. (2019). Wellbeing and mental health among medical students in Paraguay. *International Review of Psychiatry*, 8, 1-5. doi:10.1080/09540261.2019.1667172.
- Torrens, M., Mestre-Pintó, J. I., Montanari, L., Vicente, J. y Domingo-Salvany, A. (2017). Dual diagnosis: A European perspective. *Adicciones*, 29, 3-5. doi:10.20882/adicciones.933.
- Urbanoski, K. A., Cairney, J., Adlaf, E. y Rush, B. (2007). Substance abuse and quality of life among severely mentally ill consumers: A longitudinal modelling analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 810-818. doi:10.1007/s00127-007-0236-6.

Vorspan, F., Mehtelli, W., Dupuy, G., Bloch, V. y Lépine, J. P. (2015). Anxiety and substance use disorders: Co-occurrence and clinical issues. *Current Psychiatry Reports*, 17, 4. doi:10.1007/s11920-014-0544-y.

Weiss, G. y Hechtman, L. T. (1993). *Hyperactive children grown up: ADHD in children, adolescence, and adults (2ª ed.)*. New York: Guilford Press.

Wilens, T. E., Biederman, J., Mick, E., Faraone, S. V. y Spencer, T. (1997). Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is associated with early onset substance use disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 475-482.

Wilkes, C., Lewis, T., Brager, N., Bulloch, A., MacMaster, F., Paget, M., ... Ventriglio, A. (2019). Wellbeing and mental health amongst medical students in Canada. *International Review of Psychiatry*, 22, 1-4. doi:10.1080/09540261.2019.1675927.

Winokur, G., Turvey, C., Akiskal, H., Coryell, W., Solomon, D., Leon, A., ... Keller, M. (1998). Alcoholism and drug abuse in three groups-bipolar I, unipolars and their acquaintances. *Journal of Affective Disorders*, 50, 81-89.

Worthington, J., Fava, M., Agustin, C., Alpert, J., Nierenberg, A. A., Pava, J. A. y Rosenbaum, J. F. (1996). Consumption of alcohol, nicotine, and caffeine among depressed outpatients. Relationship with response to treatment. *Psychosomatics*, 37, 518-522. doi:10.1016/S0033-3182(96)71515-3.

Zamora-Rodríguez, F.J, Sánchez-Waisen-Hernández, M. R., Guisado-Macías, J. A. y Vaz-Leal, F. J. (2018). Substance use and course of bipolar disorder in an inpatient sample. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 46, 183-191.

Anexo

Cuestionario CAGE camuflado, adaptado para pacientes en España.

1. ¿Piensa que come demasiados dulces?
2. ¿Alguna vez le han ofrecido un porro o una dosis de cocaína?
3. ¿Alguna vez le ha molestado la gente al criticar su forma de beber?
4. ¿Alguna vez ha pensado en hacer ejercicio semanalmente?
5. ¿Piensa que duerme las suficientes horas para sentirse en forma durante el día?
6. ¿Alguna vez ha pensado que debería de reducir su consumo de alcohol?
7. ¿Alguna vez ha considerado seriamente que debería dejar de fumar?
8. ¿Alguna vez le han dicho que debería de comer más frutas y verduras?
9. ¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su consumo de alcohol?
10. ¿Alguna vez le han dicho que debería fumar menos?
11. ¿Alguna vez ha consumido alcohol nada más despertar para calmar sus nervios o combatir la resaca?
12. ¿Alguna vez se ha planteado cambiar su costumbre de tomar pastillas para dormir por técnicas de relajación?

