

## ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN ORIGINAL

Medicina

# Abuso de alcohol y residencia médica en un hospital público

Igor Ernesto Marcet Franco,<sup>1</sup> René Torres,<sup>2</sup> y María Belén Giménez-Reyes<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Carrera de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad del Norte, Asunción (Paraguay)

<sup>2</sup>Cátedra y Servicio de Medicina Familiar, Hospital de Clínicas, Universidad Nacional de Asunción (Paraguay)

DOI: [10.5281/zenodo.15603876](https://doi.org/10.5281/zenodo.15603876)

Recibido: 15 de diciembre de 2022; Aceptado: 24 de agosto de 2023; Publicado: 14 de marzo de 2025

### RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo determinar la existencia de una relación entre el abuso de alcohol y el año de residencia médica cursado por residentes de especialidades troncales en un hospital público durante el año 2019. Se implementó un diseño observacional descriptivo, de corte transversal y prospectivo, con un muestreo probabilístico aleatorizado. Participaron 139 médicos residentes de cirugía general, clínica médica, ginecología y obstetricia, pediatría y medicina familiar que consintieron participar entre el 1 de octubre y el 31 de diciembre de 2019. Se utilizó el cuestionario CAGE para evaluar el abuso de alcohol, considerando dos o más respuestas afirmativas como indicativo de abuso. Los resultados revelaron que el 14 % de los residentes encuestados presentaban consumo de abuso de alcohol. Dentro de este grupo, el 50 % de los casos se concentró en residentes del tercer año, y el 40 % correspondió a residentes de cirugía general. El análisis estadístico demostró una relación significativa entre los años de servicio en la residencia y la presencia de abuso de alcohol ( $P = 0,01$ ). En conclusión, se observó una asociación estadísticamente significativa entre el año de residencia cursado y la presencia de abuso de alcohol, aunque no se encontró una relación similar al comparar el abuso de alcohol con la especialidad médica específica.

**Palabras clave:** abuso de alcohol, residencia médica, médicos residentes, cuestionario CAGE, salud mental.

## 1 INTRODUCCIÓN

El bienestar del personal de salud, y en particular de los médicos en formación, es un pilar fundamental para garantizar la calidad y seguridad de la atención sanitaria. Sin embargo, el periodo de residencia médica es reconocido como una etapa de alta exigencia académica, largas jornadas laborales y exposición constante a situaciones de estrés, dolor y sufrimiento humano (1). Estos factores pueden convertir a los médicos residentes en una población vulnerable al desarrollo de problemas de salud mental y

---

**Fondos y subsidios recibidos:** Este artículo fue presentado para la Convocatoria 2022 del Programa de Iniciación Científica e Incentivo a la Investigación (PRICILA) de la Universidad del Norte. Los fondos para PRICILA fueron provistos por el Banco SUDAMERIS y el Rectorado de la Universidad del Norte.

**Autor corresponsal:** María Belén Giménez-Reyes. Facultad de Medicina, Universidad del Norte, Asunción (Paraguay). Correo electrónico: [maria.gimenez.411@docentes.uninorte.edu.py](mailto:maria.gimenez.411@docentes.uninorte.edu.py)

al abuso de sustancias, entre las cuales el alcohol ocupa un lugar preponderante (2). El alcoholismo, definido como el abuso y la dependencia del alcohol, constituye una problemática de salud pública a escala mundial con profundas consecuencias negativas en los planos biológico, psicológico y social del individuo (3). Cuando este problema afecta a profesionales de la salud, las implicaciones se extienden más allá del individuo, pudiendo comprometer la seguridad del paciente y la calidad de la atención médica.

Estudios previos han reportado prevalencias variables de consumo de riesgo y abuso de alcohol en personal de salud, alcanzando cifras tan elevadas como el 65 % en algunas poblaciones (4). En el Paraguay, aunque no existen datos específicos publicados sobre médicos residentes, se conoce que el consumo de bebidas alcohólicas es frecuente en la población general, con un 50,9 % de consumidores y un 24 % que lo hace de manera excesiva (5). Investigaciones previas sugieren que los médicos residentes podrían tener una mayor probabilidad de presentar abuso de sustancias en comparación con la población general de edad similar (2), lo que subraya la necesidad de investigar este fenómeno en el contexto local.

Además, la literatura científica ha examinado extensamente la comorbilidad entre los trastornos por uso de alcohol y otras afecciones mentales, particularmente el trastorno depresivo mayor (6–8). Existe una considerable evidencia epidemiológica y clínica que indica una estrecha relación bidireccional entre ambas entidades (9–16), donde el abuso de alcohol puede ser tanto una causa como una consecuencia de la sintomatología depresiva, exacerbada por el estrés inherente a la formación médica (1). Por ello, resulta crucial investigar si factores propios de la residencia, como el tiempo de exposición a los estresores (reflejado en el año de residencia) o las demandas específicas de cada especialidad, influyen en la prevalencia del abuso de alcohol.

Para la detección temprana de posibles casos de alcoholismo en la práctica clínica y en investigación, se han desarrollado y validado diversos cuestionarios breves y de fácil aplicación (17–20). Entre ellos, el cuestionario CAGE (17) es uno de los instrumentos de cribado más conocidos, utilizados y validados en múltiples contextos. Ha demostrado una eficacia comparable a los marcadores bioquímicos para identificar la dependencia del alcohol (21, 22) y presenta una sensibilidad y especificidad aceptables cuando se compara con entrevistas clínicas diagnósticas para abuso o dependencia (23).

El cuestionario consta de cuatro preguntas dicotómicas (sí/no), y sus primeros tres ítems se alinean con los criterios diagnósticos de abuso y dependencia del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) (24,25). Una puntuación de dos o más respuestas afirmativas sugiere fuertemente la presencia de alcoholismo, aunque una limitación reconocida es que no diferencia entre consumo problemático actual y pasado (24). Dada su simplicidad y brevedad, el CAGE se considera una herramienta útil de primera línea para el cribado (23).

Este trabajo se propuso investigar la posible relación entre la presencia de consumo de abuso de alcohol, evaluada mediante el cuestionario CAGE, y el año de residencia cursado por médicos de especialidades troncales (medicina interna, cirugía general, pediatría, ginecología y obstetricia, y medicina familiar) en un hospital público de Paraguay. Adicionalmente, se exploró si existía una relación entre la especialidad médica y la presencia de dicho abuso.

## 2 MATERIALES Y MÉTODOS

### 2.1 DISEÑO DEL ESTUDIO Y POBLACIÓN

Se llevó a cabo un estudio de tipo observacional, descriptivo, con un diseño de corte transversal y recolección de datos prospectiva. La investigación se realizó en un hospital público durante el periodo comprendido entre el 1 de octubre y el 31 de diciembre de 2019. La población objetivo consistió en 181 médicos residentes cursando especialidades médicas troncales: cirugía general, clínica médica, ginecología y obstetricia, pediatría y medicina familiar. El objetivo principal fue determinar la existencia de una relación entre el abuso de alcohol y el año de residencia médica en este grupo.

### 2.2 MUESTRA Y MUESTREO

De la población objetivo de 181 residentes, se logró acceder y encuestar a 139 participantes, lo que representa una muestra final con un nivel de confianza del 95 % y un margen de error del 4 %. La selección de los participantes se realizó mediante un muestreo probabilístico aleatorizado. Se incluyeron en el estudio a todos los médicos residentes de las especialidades mencionadas que aceptaron voluntariamente participar y que completaron correctamente el cuestionario. Fueron excluidos del estudio el personal no médico, los residentes de otros centros hospitalarios, aquellos pertenecientes a especialidades distintas a las citadas, los que declinaron participar y aquellos cuyos cuestionarios no fueron contestados de manera adecuada.

### 2.3 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS Y VARIABLES

El instrumento utilizado para la recolección de datos fue el cuestionario CAGE (17). Este es una escala ampliamente reconocida, utilizada y validada en diversos contextos para el cribado de abuso y dependencia de alcohol (17), demostrando una sensibilidad y especificidad aceptables en comparación con entrevistas clínicas diagnósticas (23). Consta de cuatro preguntas que se responden con «sí» o «no». Las variables principales analizadas fueron: Año de Residencia (variable categórica que indica el año en curso: primero, segundo, tercero o cuarto), Especialidad médica (variable categórica: Clínica Médica, Pediatría, Cirugía general, Ginecología y obstetricia, Medicina Familiar) y Presencia de Abuso de alcohol. Esta última variable fue dicotomizada (presencia/ausencia) basándose en la puntuación del cuestionario CAGE, considerando la presencia de abuso de alcohol cuando se obtenían dos o más respuestas afirmativas.

### 2.4 ANÁLISIS ESTADÍSTICO Y PROCEDIMIENTOS

Los datos recolectados fueron registrados y organizados en planillas de cálculo utilizando el software Microsoft Excel. El análisis estadístico descriptivo e inferencial se realizó con el software especializado Infostat. Se calcularon frecuencias y porcentajes para describir la muestra y la prevalencia de abuso de alcohol. Para evaluar la asociación entre las variables categóricas (año de residencia y abuso de alcohol; especialidad médica y abuso de alcohol), se utilizó la prueba de chi cuadrado. Se consideró un nivel de significancia estadística de  $P < 0,05$ .

## **2.5 CONSIDERACIONES ÉTICAS**

El presente trabajo se adhirió estrictamente a los principios bioéticos fundamentales. Se respetó la Autonomía de los participantes, explicando detalladamente los objetivos y alcances de la investigación y obteniendo su consentimiento informado por escrito antes de la aplicación del cuestionario; la participación fue enteramente voluntaria. Se actuó bajo el principio de beneficencia, contemplando la comunicación de resultados relevantes a los participantes que pudieran beneficiarse de conocer su situación para mejorar su estado de salud, siempre manteniendo la confidencialidad. Se garantizó la no maleficencia, asegurando que los resultados obtenidos no serían utilizados con fines perjudiciales y respetando en todo momento la dignidad, reputación y autoestima de los residentes. Se aplicó el principio de justicia mediante una selección equitativa de la muestra entre los individuos elegibles para el estudio. Finalmente, se aseguró la confidencialidad, manejando todos los datos obtenidos con absoluta prudencia y garantizando el anonimato de los participantes durante el análisis y la difusión de los resultados.

## **3 RESULTADOS**

### **3.1 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA**

Se incluyeron en el análisis final 139 médicos residentes que cumplieron los criterios de inclusión y aceptaron participar, respondiendo correctamente el cuestionario. Doce residentes (aproximadamente el 6 %) de la población objetivo inicial de 181 fueron excluidos, principalmente por no lograr concretar la entrevista dentro del periodo establecido para la recolección de datos. La distribución de la muestra según el año de residencia mostró que 48 participantes (34,5 %) cursaban el primer año, otros 48 (34,5 %) el segundo año, 39 (28 %) el tercer año y 4 (3 %) el cuarto año.

La composición detallada de la muestra por especialidad y año de residencia fue la siguiente: en el primer año, participaron 12 residentes de Pediatría, 13 de Clínica Médica, 11 de Cirugía General, 4 de Ginecología y Obstetricia y 8 de Medicina Familiar. En el segundo año, la distribución fue de 13 de Pediatría, 12 de Clínica Médica, 9 de Cirugía General, 4 de Ginecología y Obstetricia y 10 de Medicina Familiar. Para el tercer año, se incluyeron 13 de Pediatría, 12 de Clínica Médica, 9 de Cirugía General, 4 de Ginecología y Obstetricia y 1 de Medicina Familiar. Finalmente, los 4 residentes del cuarto año pertenecían todos a la especialidad de Ginecología y Obstetricia.

### **3.2 PREVALENCIA DEL ABUSO DE ALCOHOL**

Con base en las respuestas al cuestionario CAGE (17), se identificó que 20 de los 139 residentes encuestados (14 %) presentaron un patrón de consumo compatible con abuso de alcohol (definido por 2 o más respuestas afirmativas). Por el contrario, 119 residentes (86 %) no mostraron dicho comportamiento abusivo.

### **3.3 RELACIÓN ENTRE ABUSO DE ALCOHOL Y AÑO DE RESIDENCIA**

Al analizar la distribución de los casos de abuso de alcohol según el año de residencia, se observó la siguiente frecuencia: 1 caso entre los 48 residentes de primer año, 9

casos entre los 48 residentes de segundo año, 10 casos entre los 39 residentes de tercer año y ningún caso entre los 4 residentes de cuarto año. Los residentes sin abuso de alcohol se distribuyeron con 47 en primer año, 39 en segundo año, 29 en tercer año y 4 en cuarto año. Del total de 20 casos identificados con abuso de alcohol, la mitad (10 casos, 50 %) correspondía a residentes del tercer año. La aplicación de la prueba de chi cuadrado para evaluar la asociación entre el año de residencia y la presencia o ausencia de abuso de alcohol arrojó un valor estadístico de  $X^2=11,32$ , con 3 grados de libertad y un valor P de 0,01. Este resultado indica una asociación estadísticamente significativa entre el año de residencia cursado y la presencia de abuso de alcohol.

### 3.4 RELACIÓN ENTRE ABUSO DE ALCOHOL Y ESPECIALIDAD MÉDICA

Al examinar la prevalencia de abuso de alcohol según la especialidad médica, se encontraron las siguientes cifras: 6 casos de abuso entre los 37 residentes de Clínica Médica, 8 casos entre los 29 de Cirugía General, 2 casos entre los 16 de Ginecología y Obstetricia, ningún caso entre los 19 de Medicina Familiar y 4 casos entre los 38 de Pediatría. Los residentes sin abuso de alcohol por especialidad fueron 31 en Clínica Médica, 21 en Cirugía General, 14 en Ginecología y Obstetricia, 19 en Medicina Familiar y 34 en Pediatría.

Aunque la especialidad de Cirugía General concentró el mayor porcentaje de los casos de abuso detectados (8 de 20 casos, el 40 %), el análisis estadístico mediante la prueba de chi cuadrado no reveló una asociación estadísticamente significativa entre la especialidad médica cursada y la presencia o ausencia de abuso de alcohol. El valor del estadístico fue  $X^2=7,9$ , con 4 grados de libertad y un valor P de 0,09.

## 4 DISCUSIÓN

Este estudio investigó la prevalencia del abuso de alcohol y su asociación con el año de residencia y la especialidad médica en una muestra de 139 médicos residentes de un hospital público en Paraguay. La prevalencia general de abuso de alcohol detectada mediante el cuestionario CAGE (17) fue del 14 %. Este porcentaje resulta inferior al reportado en algunos estudios internacionales realizados en poblaciones similares, como el de residentes médicos en México que encontró prevalencias más altas (4), y también es menor que la tasa de consumo excesivo de alcohol estimada para la población general paraguaya (24 %) (5). La escasez de estudios previos con diseño y población comparables en nuestro país limita la posibilidad de establecer comparaciones directas y contextualizar adecuadamente este hallazgo. No obstante, la prevalencia encontrada subraya que una proporción no despreciable de médicos residentes presenta un patrón de consumo de riesgo.

Un hallazgo central de esta investigación fue la asociación estadísticamente significativa entre el año de residencia cursado y la presencia de abuso de alcohol ( $P = 0,01$ ). Específicamente, se observó un incremento en la proporción de casos de abuso en los residentes de segundo y, marcadamente, de tercer año, en comparación con el primer año. Este resultado sugiere que el tiempo de permanencia en el programa de residencia podría ser un factor relevante. Aunque este estudio, por su diseño transversal, no permite establecer causalidad, es plausible hipotetizar que la exposición acumulada a

los estresores inherentes a la formación médica —como la carga laboral, la responsabilidad creciente, el contacto con el sufrimiento y la muerte, y la incertidumbre clínica (1)— podría contribuir a un mayor riesgo de desarrollar o mantener conductas de abuso de alcohol como mecanismo de afrontamiento a medida que avanza la residencia.

La falta de estudios previos con objetivos similares en poblaciones comparables impide contrastar directamente estos resultados, lo que resalta la originalidad y relevancia de esta investigación en el contexto local. Futuros estudios, idealmente de diseño longitudinal, podrían profundizar en la comprensión de los factores específicos que subyacen a esta asociación.

En contraste, no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la especialidad médica cursada y la presencia de abuso de alcohol ( $P = 0,09$ ), a pesar de que la especialidad de Cirugía General presentó la mayor frecuencia absoluta y relativa de casos (40 % del total de casos de abuso). Si bien el valor  $P$  se aproxima al umbral de significancia, no permite rechazar la hipótesis nula de independencia entre ambas variables en esta muestra.

Es posible que las diferencias observadas en la prevalencia entre especialidades no sean lo suficientemente grandes para alcanzar significancia estadística, o que existan limitaciones metodológicas que influyan en este resultado. Entre estas limitaciones se incluyen las diferencias en el tamaño muestral entre las distintas especialidades y el hecho de que el estudio se realizó en un único centro hospitalario, lo que podría no reflejar la realidad de otras unidades formadoras. Quizás, estudios con muestras más grandes y homogéneas, que incluyan múltiples centros, podrían detectar diferencias significativas si estas existieran. Alternativamente, es posible que los factores de riesgo asociados al abuso de alcohol sean transversales a las distintas especialidades troncales en el entorno estudiado.

Es importante reconocer otras limitaciones inherentes a este estudio. El diseño transversal impide establecer relaciones de causa y efecto. La evaluación del abuso de alcohol se basó exclusivamente en el autorreporte mediante el cuestionario CAGE (17), lo cual puede estar sujeto a sesgos de deseabilidad social o subreporte, y aunque es una herramienta de cribado validada (23), no constituye un diagnóstico clínico formal y no distingue entre consumo problemático actual y pasado (24). La realización del estudio en un solo hospital limita la generalizabilidad de los hallazgos a otros contextos.

En conclusión, este estudio encontró una prevalencia de abuso de alcohol del 14 % entre médicos residentes de provenientes de especialidades troncales en un hospital público de Paraguay. Se identificó una relación estadísticamente significativa entre el año de residencia cursado y la presencia de abuso de alcohol, observándose una mayor prevalencia en los residentes con más años de servicio, particularmente en el tercer año. Sin embargo, no se halló una asociación estadísticamente significativa entre la especialidad médica y el abuso de alcohol en la muestra estudiada.

Estos hallazgos sugieren la necesidad de implementar estrategias de apoyo y prevención dirigidas al bienestar de los médicos residentes, prestando especial atención a aquellos en años más avanzados de su formación, y motivan la realización de futuras investigaciones con diseños más robustos y muestras más amplias para profundizar en

la comprensión de este importante problema de salud.

## RECONOCIMIENTOS

Los autores declaran no tener conflictos de intereses. Para adecuarse al estilo de publicación de la Revista UniNorte de Medicina y Ciencias de la Salud (<https://revistas.uninorte.edu.py/index.php/medicina>), el contenido original ha sido modificado por la Oficina Editorial ([editorial@uninorte.edu.py](mailto:editorial@uninorte.edu.py)).

## REFERENCIAS

1. McCue JD. The effects of stress on physicians and their medical practice. *N Engl J Med*. 1982;306(8):458-63. doi: 10.1056/NEJM198202253060805
2. Cisin IH, Miller JD, Harrell AV. Highlights from the National Survey on Drug Abuse: 1977. Rockville (MD): National Institute on Drug Abuse; 1978.
3. Peña R, Diéguez D, Salazar A, Carrazana T, Rondón Y. Alcoholismo, repercusión social en la familia. *CMF # 8*. Municipio Guisa. *Multimed Rev Méd Granma*. 2019;23(4).
4. Martínez P, Medina E, Rivera E. Consumo de alcohol y drogas en personal de salud. *Salud Mental*. 2004;27(6).
5. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (PY). El 24% de la población paraguaya consume alcohol excesivamente [Internet]. Asunción: MSPBS; 2016 [citado 2023 Oct 26]. Disponible en: <https://www.mspbs.gov.py/portal-10404/el-24-de-la-poblacion-paraguaya-consume-alcohol-excesivamente.html>
6. Angold A, Costello EJ, Erkanli A. Comorbidity. *J Child Psychol Psychiatry*. 1999;40(1):57-87. doi: 10.1111/1469-7610.00424
7. Krueger RF. Psychometric perspectives on comorbidity. En: Helzer JE, Hudziak JJ, editores. *Defining psychopathology in the 21st century: DSM-V and beyond*. Washington (DC): American Psychiatric Publishing; 2002. p. 41-55.
8. Sabshin M. Comorbidity: a central concern of psychiatry in the 1990's. *Hosp Community Psychiatry*. 1991;42(4):345. doi: 10.1176/ps.42.4.345
9. Blow FC, Serras AM, Barry KL. Late-life depression and alcoholism. *Curr Psychiatry Rep*. 2007;9(1):14-9. doi: 10.1007/s11920-007-0003-7
10. Conner KR, Pinquart M, Gamble SA. Meta-analysis of depression and substance use among individuals with alcohol use disorders. *J Subst Abuse Treat*. 2009;37(2):127-37. doi: 10.1016/j.jsat.2008.11.007
11. Cuijpers P, Schoevers RA. Increased mortality in depressive disorders: a review. *Curr Psychiatry Rep*. 2004;6(6):430-7. doi: 10.1007/s11920-004-0070-9
12. Davis L, Uezato A, Newell JM, Frazier E. Major depression and comorbid substance use disorders. *Curr Opin Psychiatry*. 2008;21(1):14-8. doi: 10.1097/ycp.0b013e3282f2c368
13. Jane-Llopis E, Matytsina I. Mental health and alcohol, drugs and tobacco: a review of the comorbidity between mental disorders and the use of alcohol, tobacco and illicit drugs. *Drug Alcohol Rev*. 2006;25(6):515-36. doi: 10.1080/09595230600944462
14. L M T. The comorbidity of alcohol dependence and affective disorders: treatment implications. *Drug Alcohol Depend*. 1998;52(3):233-42. doi: 10.1016/s0376-8716(98)00099-x
15. Schuckit MA. Comorbidity between substance use disorders and psychiatric conditions. *Addiction*. 2006;101(Suppl 1):76-88. doi: 10.1111/j.1360-0443.2006.01539.x
16. Turner BJ, McLellan AT. Methodological challenges and limitations of research on alcohol consumption and effect on common clinical conditions: evidence from six systematic reviews. *J Gen Intern Med*. 2009;24(9):1078-84. doi: 10.1007/s11606-009-1053-3

17. Ewing JA. Detecting alcoholism: The CAGE questionnaire. *JAMA*. 1984;252(14):1905-7. doi: 10.1001/jama.1984.03350140051025
18. Knight JR, Shrier LA, Bravender TD, Farrell M, Vander Bilt J, Shaffer HJ. A new brief screen for adolescent substance abuse. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1999;153(6):591-6. doi: 10.1001/archpedi.153.6.591
19. 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. doi: 10.1111/j.1360-0443.1993.tb02093.x
20. Van Den Bruel A, Aertgeerts B, Hoppenbrouwers K, Roelants M, Buntinx F. CUGE: a screening instrument for alcohol abuse and dependence in students. *Alcohol Alcohol*. 2004;39(5):437-42. doi: 10.1093/alcalc/agh080
21. Bataille V, Ruidavets JB, Arweiler D, Amouyel P, Ducimetiere P, Perret B, et al. Joint use of clinical parameters, biological markers and the CAGE questionnaire for the identification of heavy drinkers in a large population-based sample. *Alcohol Alcohol*. 2003;38(2):121-7. doi: 10.1093/alcalc/agg046
22. Miller PM, Ornstein SM, Nietert PJ, Anton RF. Self-report and biomarker alcohol screening by primary care physicians: the need to translate research into guideline and practice. *Alcohol Alcohol*. 2004;39(4):325-8. doi: 10.1093/alcalc/agh061
23. Aertgeerts B, Buntinx F, Kester A. The value of the CAGE in screening for alcohol abuse and dependence in general clinical populations: a diagnostic meta-analysis. *J Clin Epidemiol*. 2004;57(1):30-9. doi: 10.1016/s0895-4356(03)00227-7
24. Ferreira L. Cuestionario CAGE [Internet]. Meiga.info; [fecha desconocida de publicación; citado 2019 Dic 12]. Disponible en: <https://meiga.info/escalas/cuestionariocage.pdf>
25. Malet L, Schwan R, Boussiron D, Aublet-Cuvelier B, Llorca PM. Validity of the CAGE questionnaire in hospital. *Eur Psychiatry*. 2005;20(7):484-9. doi: 10.1016/j.eurpsy.2005.03.001