

OR. 726. 448

FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE BARCELONA

EL DETERIORO COGNITIVO EN LOS
ENFERMOS ALCOHOLICOS

M. Salmero

Trabajo presentado para la obtención del grado de doctor

MANEL SALAMERO BARO



Enero 1989



significativa en las medias de los rendimientos intelectivos, tal como reflejan los valores de la tabla 31. La ausencia de correlaciones significativas con la edad y tiempo de consumo abusivo no hizo aconsejable introducir estas variables como covariantes.

TABLA 31

RELACION ENTRE LOS RESULTADOS NEUROPSICOLOGICOS
Y LOS PARAMETROS BIOQUIMICOS

	ASAT				ALAT				GGT			
	F	p	t	p	F	p	t	p	F	p	t	p
ITP	1.73	ns	.93	ns	1.10	ns	1.05	ns	1.19	ns	1.42	ns
Factor 1	1.01	ns	1.01	ns	1.14	ns	1.44	ns	1.42	ns	1.35	ns
Factor 2	1.11	ns	.06	ns	1.51	ns	.41	ns	1.39	ns	1.21	ns
Factor 3	1.04	ns	.46	ns	1.18	ns	.48	ns	1.07	ns	.63	ns

DISCUSION

El resultado principal de este estudio es que los encimas GGT, ASAT y ALAT, considerados como los indicadores séricos más sensibles de la hepatopatía alcohólica (Teschke, 1986), no se hallan relacionados con el rendimiento intelectual ni neuropsicológico. Esta ausencia de relación aparece no sólo cuando se utiliza un procedimiento correlacional, sino también cuando se comparan los pacientes con valores normales y patológicos. En relación con los antecedentes bibliográficos el presente estudio es

coincidente con el de Everett (1984), contraponiéndose ambos al de Tarter y cols. (1986).

Es importante señalar la existencia de importantes diferencias entre estos tres estudios. No solo las pruebas neuropsicológicas seleccionadas son distintas, sino que también lo son los pacientes. Las muestras de Everett y la aquí descrita se formaron con pacientes consecutivos que acudían a un servicio especializado para recibir tratamiento para su problema etílico, mientras que Tarter y cols. (1986) reclutaron pacientes alcohólicos que ingresaron para tratamiento hospitalario de complicaciones médicas secundarias al hábito etílico. Es más sus 15 sujetos habían sido sometidos previamente a una biopsia hepática por razones médicas diagnosticándoseles una cirrosis de Laennec. Evidentemente este grupo no es representativo del paciente etílico habitual.

Por otra parte hay que tener presente la escasa relación entre los patrones clínico, bioquímico y anatomopatológico de afectación hepática (Hall, 1985; Mendenhall, 1985). En las fases de esteatosis hepática la desviación bioquímica puede ser superior a la que aparece en las fases de franca cirrosis. La muestra de Tarter y cols. puede considerarse como más homogénea al pertenecer a un mismo estadio evolutivo de la hepatopatía y dentro de estos límites las relaciones lineales entre estructura y función son más plausibles.

3.6 HETEROGENEIDAD DEL PATRON DE DETERIORO NEUROPSICOLOGICO EN LOS ALCOHOLICOS RECIENTEMENTE DESINTOXICADOS

RESUMEN: La muestra de 148 pacientes con una abstinencia de uno a dos meses se ha dividido en dos grupos. En el primero de ellos (n = 84) se ha efectuado un análisis de cluster utilizando los tres factores neuropsicológicos de la batería. La solución de tres agrupaciones ha demostrado una buena coherencia al reproducirla en el segundo grupo (n = 64) según una función discriminante de asignación. El primer cluster (28.4% de los pacientes) se caracteriza por dificultades en las funciones abstractivas e integrativas, en el segundo (30.4%) predominan las dificultades mnésicas, mientras que el tercero (41.2%) presenta rendimientos neuropsicológicos normales. A pesar de existir diferencias de edad y nivel académico entre los tres grupos, la significación de las diferencias no se modifican al introducir estas variables como covariante.

Hemos señalado en varias ocasiones que los alcohólicos abstinentes no son un grupo homogéneo en lo que se refiere al deterioro neuropsicológico. En los diferentes trabajos la proporción de pacientes con perfiles normales oscila entre el 30 y el 50 por ciento (Eckardt y Martin, 1986; Tarter y Edwards, 1986; Parsons, 1987) y en la muestra que hemos estudiado el 59.3 % presentan un ITP por debajo del punto de corte indicativo de pertenencia un grupo patológico. Ya hemos

señalado el interés en el análisis de las configuraciones que se establecen entre las diferentes variables (apartado 3.3) para poder estudiar con mayor profundidad las características del deterioro; por ello nos parece interesante ver qué agrupaciones empíricas se establecen en función de las puntuaciones obtenidas por cada sujeto en los tres factores que resumen la principal porción de varianza de nuestra batería. Desplazaremos el interés desde el estudio de las relaciones entre síntomas a las similitudes entre enfermos. La formulación de las taxonomías numéricas por Sokal y Sneath (1963) ha demostrado un buen potencial de estudio en la elaboración de nosologías alternativas en el ámbito psiquiátrico. La técnica propuesta por estos autores se fundamenta en calcular un índice de similitud entre cada paciente a partir de las características evaluadas que permita definir agrupaciones. Contrastando con las clasificaciones tradicionales linneanas basadas en una jerarquía nomotética formada por sucesivas dicotomizaciones determinadas cada una de ellas por la presencia o ausencia de una sola característica, se propone un sistema politético de clasificación que agrupa "organismos que comparten el mayor número de características, ninguna de las cuales es esencial para la pertenencia del grupo o suficiente para que un organismo sea miembro del grupo (Sokal y Sneath, 1963). Este tipo de procedimientos se ha empleado en la clasificación de enfermos enóclicos por Skinner y cols. (1981 y 1982) en base a sus características de personalidad, pero no tenemos noticia de su utilización en neuropsicología.

El presente estudio tiene por objetivo la separación de grupos homogéneos de pacientes alcohólicos en función de variables neuropsicológicas.

PROCEDIMIENTO

Sujetos

El análisis ha partido de la muestra de 148 pacientes alcohólicos con una abstinencia de uno a dos meses. Para poder analizar la consistencia de los resultados y evitar en lo posible artefactos matemáticos se han subdividido en dos grupos, muestras de test y de retest: el análisis se efectuó en una muestra y se replicaron los resultados en la otra. Por razones prácticas la división no se realizó por procedimientos aleatorios, sino reservando para las comprobaciones los pacientes de los que se disponía información sobre factores de riesgo y parámetros biológicos. Las características de ambas muestras se describen en la tabla 32, destacando la ausencia de diferencias significativas en la proporción de sexos, edad, titulación académica, nivel intelectual estimado a partir del vocabulario del WAIS ni valoración global del deterioro (ITP). Ello indica que el procedimiento de división no ha motivado ningún sesgo apreciable.

TABLA 32

**CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LAS DOS MUESTRAS EMPLEADAS
EN EL ANALISIS DE CLUSTERS**

	Muestra de test	Muestra de retst	
n	84	64	
Edad			F = 1.07, p = ns; t = .95, p = ns
media	42.6	40.9	
d.s.	10.8	11.2	
Sexo			$\chi^2 = .16$, p = ns
Hombres	69	50	
Mujeres	15	14	
Titulación			$\chi^2 = .79$, p = ns
Primarios o inferiores	22	20	
Secundarios	36	25	
Diplomados o licenciados	26	19	
Cociente intelectual estimado*			F = 1.66, p = ns; t = 1.36, p = ns
media	95.2	91.2	
d.s.	19.2	14.9	
Indice típico ponderado			F = 1.35, p = ns; t = .83, p = ns
media	56.6	58.1	
d.s.	11.7	10.0	

* A partir del subtest de Vocabulario del WAIS.

Procedimiento

Para efectuar el análisis de cluster se han empleado las tres puntuaciones factoriales. Consideramos que éstas representan suficientemente bien el conjunto de la batería neuropsicológica y se mantiene una relación óptima entre el número de variables intervinientes y el de sujetos. Se aplicó el análisis a la muestra test empleando como medida identificadora de pertenencia al grupo el cuadrado de la distancia euclidiana según el procedimiento de Ward. Este método forma las agrupaciones minimizando la suma de

cuadrados de las distancias entre casos en relación a los centroides. Tiene como ventaja evitar los grupos excesivamente pequeños, que después son difíciles de identificar clínicamente. El proceso se inicia con tantos cluster como casos (en este estudio 84) y sucesivamente va reuniendo casos y agrupaciones previas hasta formar un solo grupo en el paso $n - 1$. Se rehazaron las soluciones con grupos inferiores a 10 casos.

Posteriormente mediante un análisis discriminante se calcularon las funciones para asignar los sujetos a cada grupo y aplicándose la ecuación resultante a la muestra test (Romeder, 1973). El grado de similitud, y por consiguiente de generalización de los resultados obtenidos, se evaluó mediante un análisis de varianza de dos factores. El primero representa las agrupaciones resultantes del análisis de cluster y el segundo las diferencias entre la muestra test y la retest.

RESULTADOS

En las figuras 10 y 11 se incluye el dendograma que representa espacialmente el proceso seguido por el análisis de clusters.

FIGURA 10
DENDOGRAMA DEL ANALISIS DE CLUSTERS

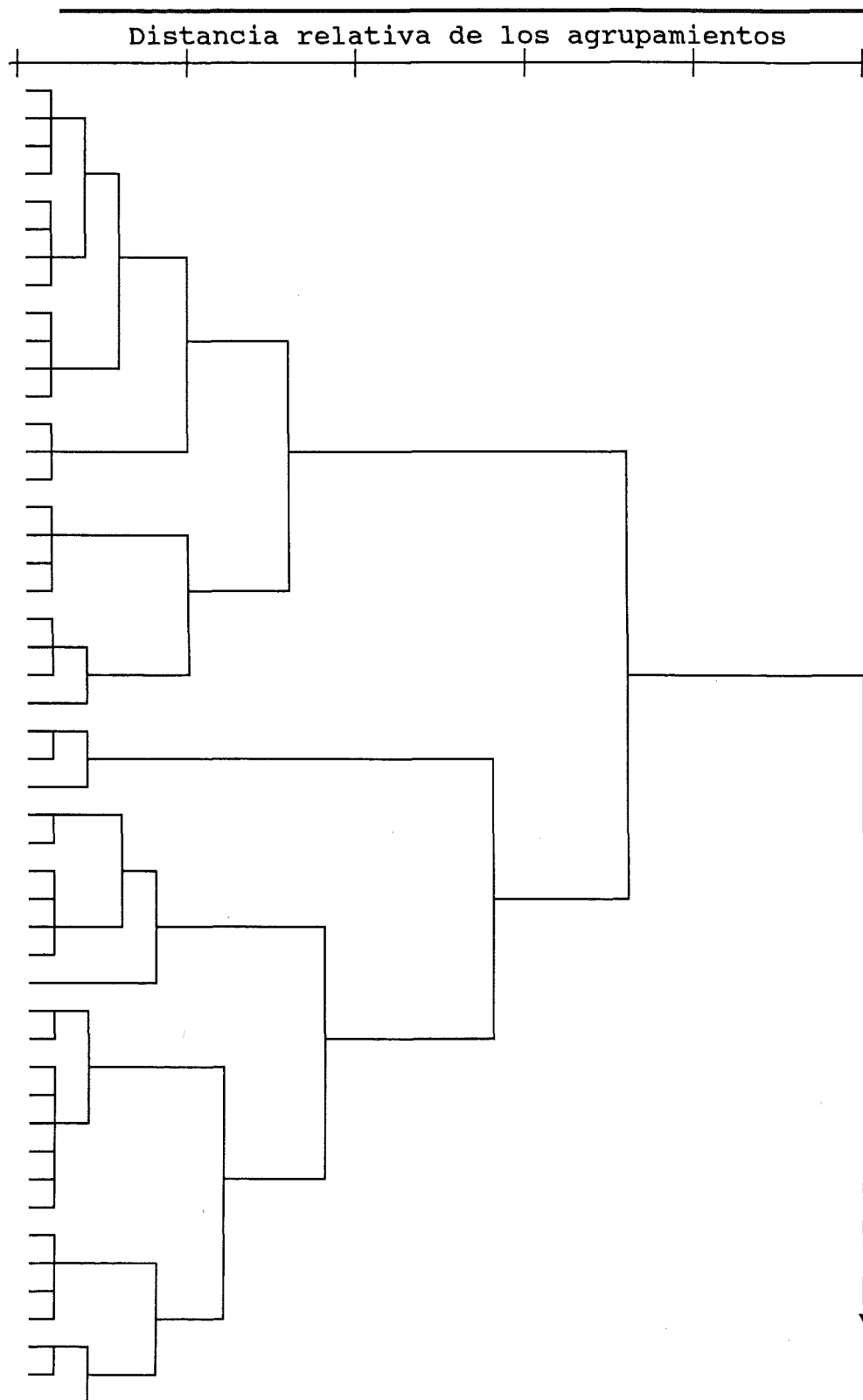
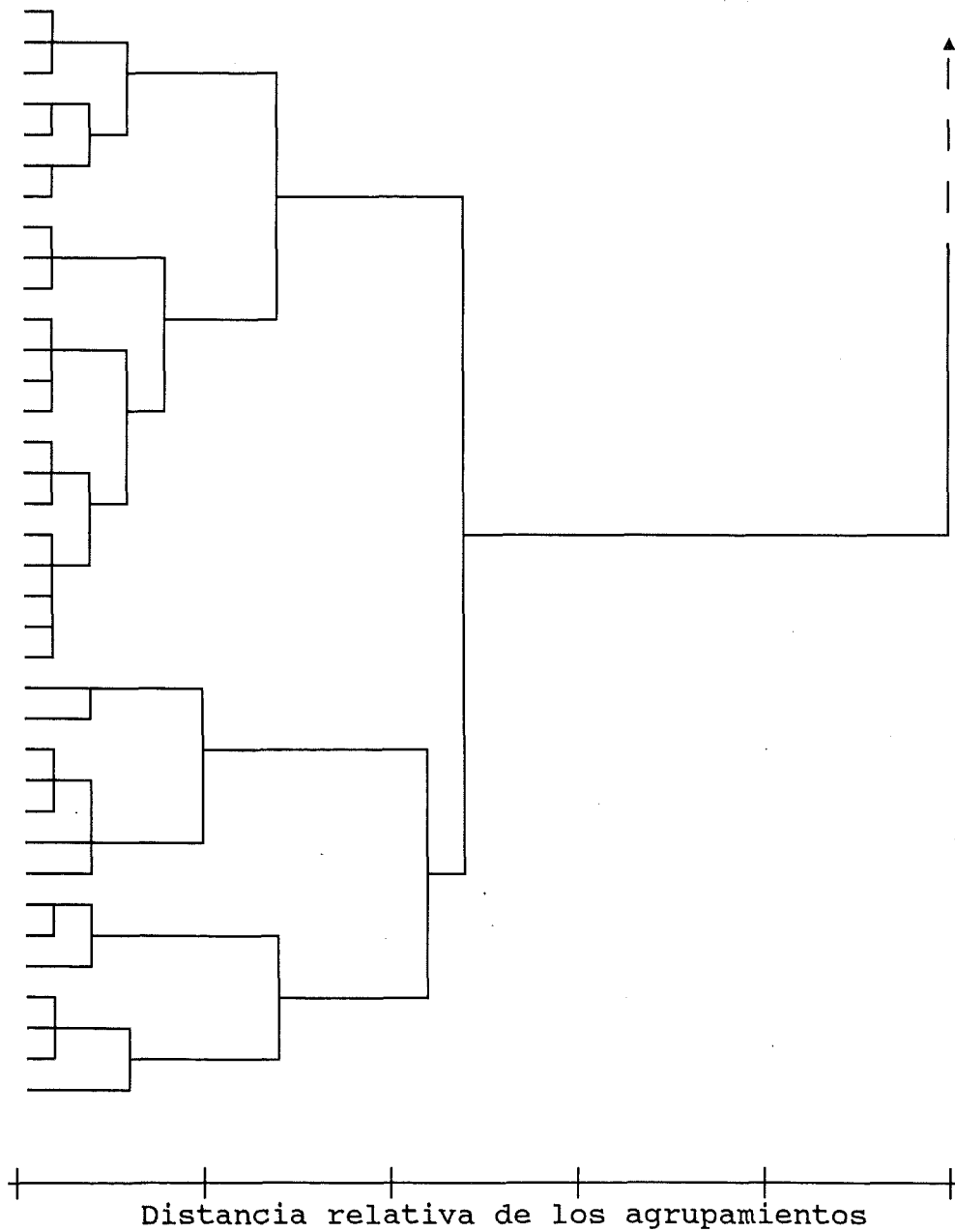
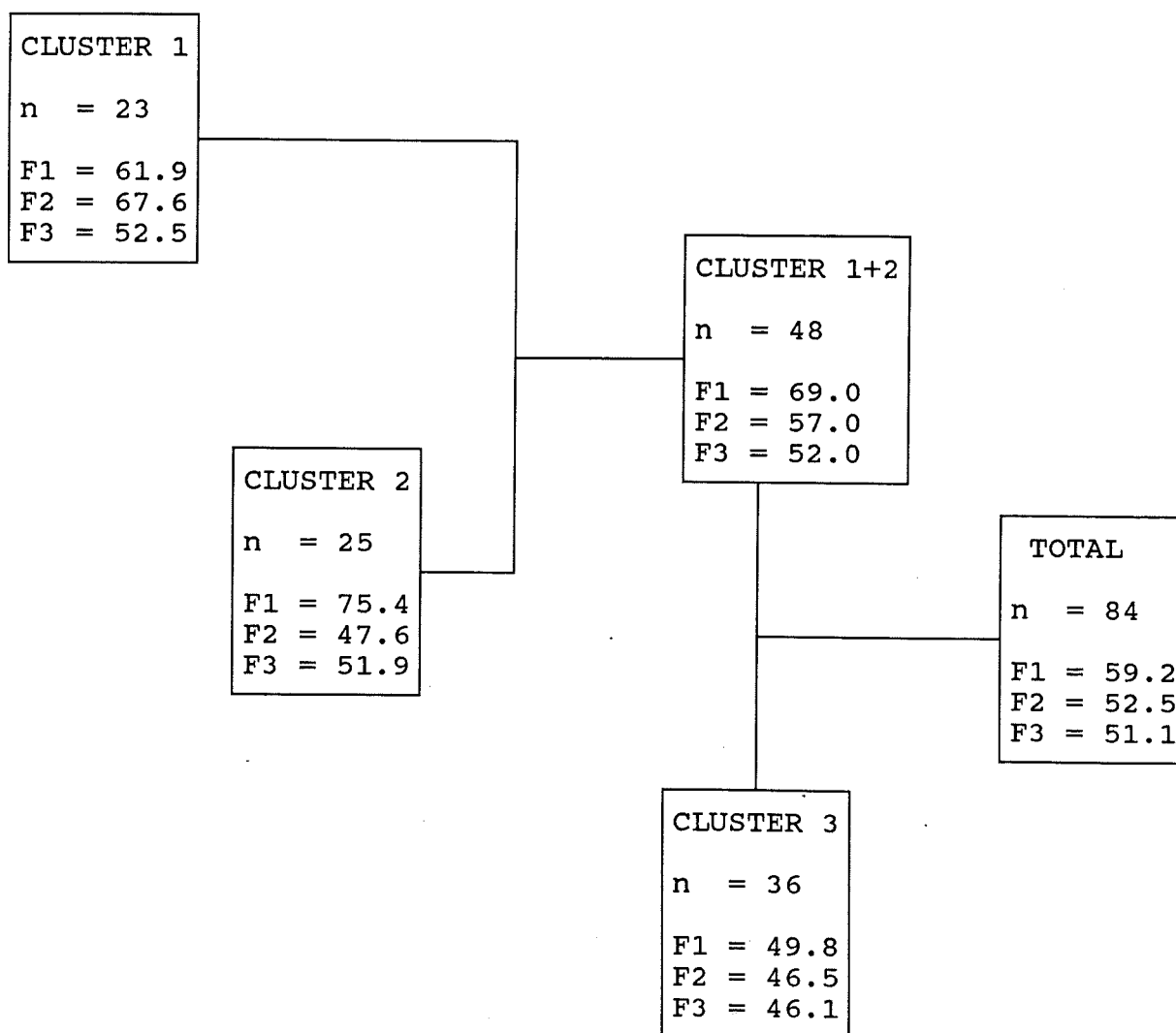


FIGURA 10
DENDOGRAMA DEL ANALISIS DE CLUSTERS (Continuación)



El proceso se inicia considerando la existencia de 84 grupos de un sujeto (zona izquierda de la figura) progresivamente se van uniendo los sujetos y los grupos más próximos hasta formar un solo grupo (zona derecha de la figura).

FIGURA 11
DENDOGRAMA DEL ANALISIS DE CLUSTERS:
AGRUPACIONES CONSERVADAS



F1, F2, F3 son las puntuaciones medias en los tres factores de la exploración neuropsicológica, identificados como: F1 = abstracción / funciones integrativas, F2 = memoria y F3 = rapidez motriz.

La solución cuando se han formado tres agrupaciones permite un adecuado análisis, ya que ninguno de los clusters tienen menos de diez sujetos, condición que no se cumple en el siguiente estadio. El análisis discriminante ofrece una solución que asigna correctamente el 95.2% de los casos. Cuando se aplica a la muestra retest el porcentaje de pacientes distribuido en cada grupo no difiere significativamente ($\chi^2 = .47$, $p = n.s.$). En la tabla 33 se presenta la comparación de estas agrupaciones en las muestras test y retest para las variables sociodemográficas y neuropsicológicas más significativas.

TABLA 33

**RENDIMIENTOS NEUROPSICOLÓGICOS DE LOS PACIENTES DE
CADA CLUSTER**

	Media de los clusters *			Efecto cluster		Efecto test/retest		Interacción	
	1	2	3	F	p	F	p	F	p
n	42 (28.4%)	45 (30.4%)	61 (41.2%)						
Edad	45.9	44.0	37.6	9.30	.000	1.42	ns	.32	ns
ITP	60.8	66.3	48.2	78.19	.000	.76	ns	2.33	ns
Factor 1	74.2	62.3	45.9	133.02	.000	1.52	ns	.28	ns
Factor 2	47.3	65.8	47.9	48.34	.000	1.07	ns	1.83	ns
Factor 3	49.2	54.9	52.5	3.84	.024	3.15	ns	2.01	ns

* Medias de la muestra total.

DISCUSION

El análisis de cluster da lugar a tres agrupaciones que se diferencian claramente por las medias de sus puntuaciones

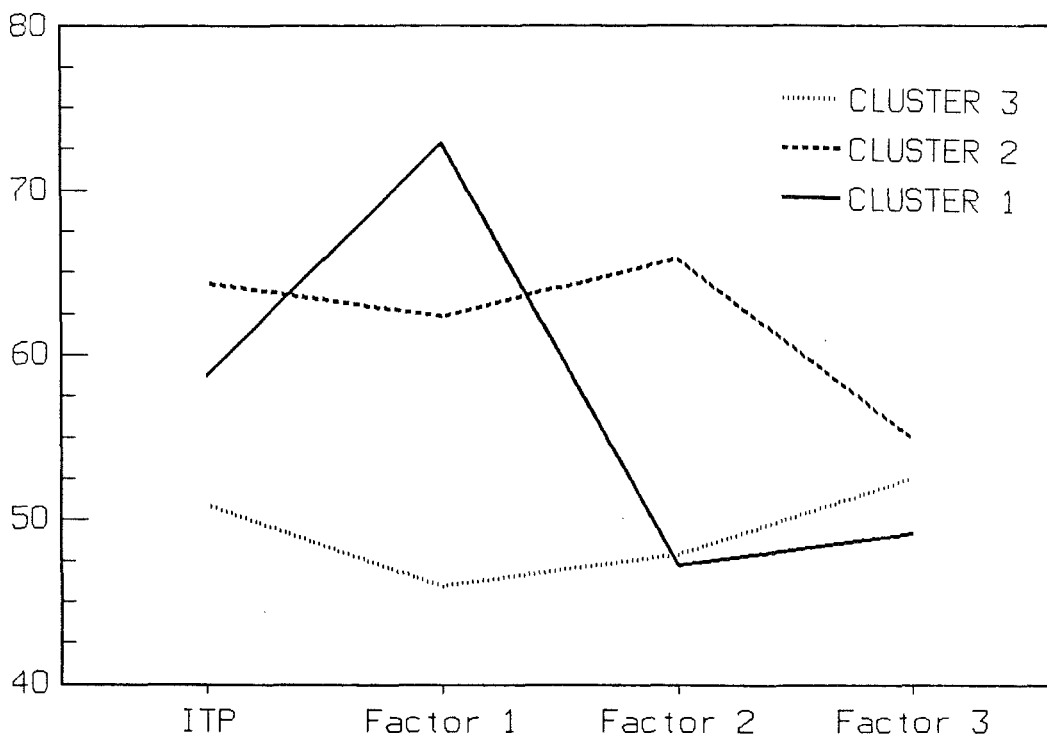
en el índice global de deterioro ITP y los tres factores. Los resultados se replican idénticamente en la muestra de retest, lo que nos permite referirnos a partir de ahora a los resultados del conjunto de los 148 pacientes. Las dos primeras agrupaciones corresponden a sujetos con rendimientos neuropsicológicos deteriorados (58.8% de la muestra). En el primero (28.4%) el déficit se limita al primer factor y corresponde a los pacientes con importantes dificultades para realizar abstracciones o tareas complejas que implican integración de múltiples funciones. El segundo grupo (30.4%) presenta un defecto ligero en este factor y las limitaciones más importantes se ubican en la esfera mnésica. Los restantes pacientes (41.2%) obtienen un perfil medio situado dentro de los límites de la normalidad. Estos pacientes se caracterizan por tener una edad media significativamente inferior y, por consiguiente, también un nivel de escolaridad más elevado, ya que ambas variables mantienen una correlación significativa en nuestra muestra.

Para controlar esta diferencia se ha realizado sobre la muestra total un análisis de covarianza introduciendo la edad y la titulación académicas como covariantes. La acción conjunta de éstos ha sido significativa tanto sobre el ITP como sobre los tres factores ($F = 74.44$, $p = .000$; $F = 63.21$, $p = .000$; $F = 11.04$, $p = .000$ y $F = 6.81$, $p = .001$ respectivamente) pero en todos los casos se mantiene el efecto principal del grupo clasificatorio ($F = 39.63$, $p = .000$; $F = 83.40$, $p = .000$; $F = 40.44$, $p = .000$ y $F = 7.83$,

$p = .001$). Las medias ajustadas a los covariantes se han representado en la figura 12. Además en ninguno de las dos submuestras, test y retest, se produce una desviación significativa de la proporción de sexos ($\chi^2 = 4.04$, $p = n.s.$ y $\chi^2 = 2.46$, $p = n.s.$) en relación a la muestra total.

FIGURA 12

MEDIAS AJUSTADAS DE LAS PRUEBAS NEUROPSICOLÓGICAS
DE LOS DIFERENTES CLUSTERS



En definitiva el procedimiento empírico de clasificación de los pacientes alcohólicos ha dado lugar a tres grupos clínicamente bien diferenciados y que demuestran una alta consistencia. La existencia de una porción de enfermos etílicos sin manifestaciones de deterioro intelectual, otra con afectación de las funciones abstractivas e integrativas y

la tercera con problemas específicos en el área mnésica no se explica únicamente por las diferencias sociodemográficas de los grupos.

Aproximadamente la mitad de los pacientes alcohólicos no presentan evidencia clara de deterioro, lo que coincide con los estudios señalados en la revisión introductoria de este trabajo. Por consiguiente, el consumo abusivo de alcohol tiene efectos diferentes en función de características específicas de cada sujetos. Si aceptamos los resultados de anteriores apartados, en los que no se ha logrado establecer una relación clara con variables psicopatológicos, de la historia de consumo ni de factores de riesgo médico asociados, éstas han de considerarse relacionadas con una vulnerabilidad individual cuya identidad no ha podido determinarse. Los dos perfiles diferenciados de deterioro serán objeto de discusión en la cuarta parte de este estudio.

3.7 EL DETERIORO NEUROPSICOLOGICO COMO FACTOR PRONOSTICO

RESUMEN: De la muestra de 148 pacientes alcohólicos con una abstinencia comprendida entre uno y dos meses 27 (18.2%) permanecieron abstinentes y bajo control asistencial durante un año. En relación a los restantes estos enfermos no diferían en cuanto a edad, proporción de sexos, escolaridad, nivel intelectual premórbido, años de ingesta abusiva ni en la autovaloración del desajuste psicopatológico global. A pesar de estas similitudes la media del índice de deterioro global fue significativamente inferior y en una mayor proporción (63.0% en contraposición a 36.4%) pertenecían al cluster definido por ausencia de deterioro en el estudio anterior. Se concluye que la ausencia de déficits neuropsicológicos es un factor de buen pronóstico en relación al mantenimiento de la abstinencia.

Uno de los aspectos prácticos más interesantes del deterioro neuropsicológico en los pacientes alcohólicos al iniciar el tratamiento y, por consiguiente la abstinencia, es su implicación pronóstica. Los estudios existentes a este respecto son poco concluyentes. Walker y cols. (1983) hallaron una ligera relación entre el deterioro inicial, la situación laboral a los nueve meses y el mantenimiento de la abstinencia. Para Abbott y Gregson (1981) la relación entre indicadores neuropsicológicos y el número de semanas en reiniciar el consumo es de tipo exponencial. O'Leary y cols.

(1979) señalan que el 90% de los pacientes con rendimientos elevados persistieron en el programa terapéutico a los tres meses, mientras que el porcentaje se reducía a 30% y 40% en los grupos con logros medios o bajos. Trabajos posteriores realizados por el mismo equipo (Donovan y cols., 1984 y 1987) apuntan que la relación entre deterioro neuropsicológico y situación laboral después del tratamiento es elevada, pero débil para predecir el pronóstico del tratamiento. Resultados similares también han sido obtenidos por Berglund y cols. (1977), Gregson y Taylor (1977) y Guthrie y Elliott (1980).

Los pacientes que se exploraron entre uno y dos meses después de interrumpir la abstinencia fueron seguidos durante un año y se evaluó nuevamente a aquellos que durante este tiempo persistieron sin indicios de recaída en el consumo etílico. En este apartado analizaremos las características iniciales de estos pacientes.

METODO

Sujetos

Los 148 pacientes que iniciaron el estudio fueron seguidos a lo largo de un año. Aquellos que continuaron el tratamiento fueron controlados periódicamente de forma individualizada y acudieron a grupos de discusión junto con sus familiares con una periodicidad semanal. Al cabo de este periodo 27 de ellos no habían recaído en el consumo de

alcohol. La certeza de la abstinencia se basó en el control clínico, los informes de los familiares y, ante la duda, la determinación de la alcoholuria. De los pacientes que interrumpieron los contactos terapéuticos se desconoce su posterior evolución. Pero salvo casos aislados puede presuponerse la recaída en el consumo abusivo.

Procedimiento

Se han comparado las características sociodemográficas iniciales y en segundo lugar los rendimientos neuropsicológicos en el momento de iniciarse el estudio, es decir cuando la abstinencia se halla entre uno y dos meses.

RESULTADOS

En la tabla 34 se presentan la edad, el tiempo de consumo abusivo, la titulación académica, el nivel intelectual premórbido valorado a través del vocabulario de la escala WAIS y el índice de desajuste psicopatológico de Modlin (1947) calculado a partir del Mini-Mult (Kincannon, 1968) y en la tabla 35 las puntuaciones globales de la batería neuropsicológica, así como la frecuencia de adscripción a los cluster derivados en el apartado anterior. La significación de la diferencia de las variables cualitativas se ha calculado mediante la prueba χ^2 y las cualitativas mediante la t de Student para datos independientes.

TABLA 34

**CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LOS PACIENTES QUE PERMANECIERON
ABSTINENTES A LO LARGO DE UN AÑO Y LOS QUE RECAYERON O NO SE POSEE INFORMACION**

	Abstinentes	Recaída o sin información	
n	27	121	
Edad	40.3 ± 11.1	42.2 ± 10.9	F = 1.04, p = ns; t = .80, p = ns
Sexo			$\chi^2 = .02, p = ns$
Hombres	21	99	
Mujeres	5	22	
Titulación académica			$\chi^2 = .91, p = ns$
Hasta primarios	14	71	
Secundarios	10	41	
Graduados o licenciados	3	9	
Años de consumo étílico abus.	18.0 ± 11.5	19.8 ± 10.9	F = 1.11, p = ns; t = .77, p = ns
QI premórbido*	97.6 ± 17.3	92.4 ± 17.6	F = 1.02, p = ns; t = 1.37, p = ns
Índice Psicopatológico**	68.1 ± 10.9	64.2 ± 9.5	F = 1.32, p = ns; t = 1.80, p = ns

* Estimado a partir de la puntuación del Vocabulario del WAIS.

** Modlin (1947), calculado a partir de las puntuaciones del Mini-Mult.

DISCUSION

Los pacientes de los que se puede asegurar el mantenimiento de la abstinencia no presentan diferencias significativas en sus características sociodemográficas.

tal como ha sido definido en el apartado anterior. Puede objetarse que parte de los pacientes de los que no se posee información también pueden haberse mantenido abstinentes a lo largo de este tiempo, pero ello contribuiría a aumentar aun más las diferencias entre ambos grupos.

En base a estos resultados puede afirmarse que existe cierta relación entre la ausencia de deterioro neuropsicológico y una mayor probabilidad de mantenimiento de la abstinencia bajo control asistencial, que es uno de los principales objetivos terapéuticos del programa de tratamiento al que fueron sometidos.

3.8 REVERSIBILIDAD TRAS UN AÑO DE ABSTINENCIA

RESUMEN: En la primera parte de este estudio se comparan los rendimientos neuropsicológicos de los 27 pacientes que se mantuvieron abstinentes a lo largo de un año después de practicárseles la exploración neuropsicológica de uno a dos meses después de iniciar el tratamiento. A pesar de que se aprecia una mejoría generalizada en los rendimientos, ninguna de las diferencias evaluadas alcanza significación estadística. En la segunda parte la comparación se efectúa entre los rendimientos de estos pacientes en el retest, los de 37 alcohólicos abstinentes por más de un año sin exploración previa y 30 sujetos control. En ninguno de los parámetros estudiados se detectan diferencias significativas. Se argumenta que los mejores rendimientos neuropsicológicos tras un tiempo prolongado de abstinencia puede ser en gran parte debido a que estos pacientes poseían ya una buena integridad de sus capacidades intelectuales y este factor incrementa la probabilidad de permanecer abstinentes tal como se ha señalada en el estudio anterior.

En numerosos estudios se ha señalado la existencia de reversibilidad del deterioro neuropsicológico después de periodos prolongados de abstinencia (Adams y cols., 1980; Grant y cols., 1980; Hester y colss., 1980,; O'Leary y cols., 1979; Schau y cols., 1977), aunque ésta no siempre es completa (Carlsson y cols., 1973; Fabian y Parsons, 1983; Sanchez-Craig, 1980; Ryan y cols., 1980). La recuperación que

se describe debe ser diferenciada de los posibles efectos del aprendizaje, por lo que en el presente estudio efectuaremos un análisis transversal entre el grupo de alcohólicos con una abstinencia comprendida entre uno y dos meses y un grupo de alcohólicos abstinentes entre uno y dos años, que ya ha sido descrito anteriormente (apartado 2.1). Paralelamente se ha procedido a un seguimiento durante un año de un grupo de pacientes estudiados durante la primera fase de la desintoxicación y que permanecieron abstinentes a lo largo de todo este tiempo. El primer diseño tiene como ventaja que ambos grupos no habían tenido experiencia previa con la exploración efectuada y, por consiguiente, no existe efecto de aprendizaje. Como contrapartida las variaciones individuales pueden representar una importante fuente de error. El seguimiento se ve libre de esta limitación, pero en la segunda exploración el sujeto cuenta con una experiencia previa que puede dar lugar a un incremento del rendimiento no atribuible a la recuperación sino al aprendizaje.

PRIMERA PARTE

SEGUIMIENTO LONGITUDINAL DURANTE UN AÑO

De los primeros 148 alcohólicos que iniciaron la exploración 27 (24,1%) se mantuvieron abstinentes a lo largo de este periodo. En la primera parte de este estudio

compararemos la evolución de sus rendimientos neuropsicológicos.

METODO

Sujetos

Las características sociodemográficas de estos pacientes han sido ampliamente estudiadas en el apartado anterior.

Procedimiento

Los pacientes que permanecieron abstinentes y bajo control en la Unitat d'Alcoholologia de l'Hospital Clínic i Provincial de Barcelona asistieron de forma regular después del periodo de desintoxicación al seguimiento individualizado y a las sesiones de grupo junto con sus familiares. En caso de duda sobre la abstinencia se efectuaba control de la alcoholuria, lo que asegura una alta probabilidad de que no existiese ingesta alcohólica a lo largo de este periodo. Se reexploró a los pacientes al cabo de un año de la primera evaluación, lo que significa que su periodo de abstinencia se situaba entre 13 y 14 meses.

La comparación de los resultados neuropsicológicos se efectuó mediante contraste *t* de Student para datos dependientes.

RESULTADOS

En la tabla 36 se indican las medias de rendimiento en ambas ocasiones y la significación estadística de las diferencias.

TABLA 36
COMPARACION DE LOS RENDIMIENTOS DESPUES DE
UN AÑO DE ABSTINENCIA

	<u>Abstinencia 1-2 meses</u>		<u>Abstinencia 13-14 meses</u>		t	p
	media	desviación	media	desviación		
ITP	53.5	10.9	52.0	11.5	1.86	ns
Factor 1	54.9	14.4	52.0	16.5	.99	ns
Factor 2	53.9	12.1	51.6	10.3	1.69	ns
Factor 3	48.5	13.5	48.7	9.6	.10	ns
Vocabulario	52.1	11.6	49.3	12.4	2.18	.038
Kohs	52.3	16.0	50.6	16.7	1.53	ns
Semejanzas	53.5	10.9	50.7	11.3	2.31	.029
Weigl	56.2	10.6	54.2	11.3	.92	ns
Tapping dom.	50.0	11.0	50.2	8.6	.10	ns
Tapping no dom.	49.6	12.3	49.2	9.2	.17	ns
Clave	52.0	13.0	51.5	11.6	.38	ns
Trazo A	55.7	29.0	54.8	28.6	.48	ns
Trazo B	58.3	27.5	56.5	33.0	.30	ns
Dígitos	50.6	14.0	49.9	16.0	.33	ns
Señalado	54.6	11.1	50.2	14.3	1.65	ns
Mem. semant.	53.4	8.7	53.1	8.5	.18	ns
Mem. semant. 30'	54.3	11.8	52.5	12.0	1.10	ns
Mem. visual	55.3	11.1	53.9	12.7	1.15	ns
Mem. visual 30'	56.0	11.9	51.4	12.6	2.69	.012
Aprend. asoc.	52.6	12.9	48.0	11.9	2.42	.023

DISCUSION

Los comparaciones dan lugar mayoritariamente a resultados negativos. No existe mejoría significativa en el índice global de deterioro ni en los tres factores que recogen la

mayor parte de la varianza de la exploración. Cuando se analizan las pruebas individuales que la componen los mayores logros se aprecian en dos pruebas verbales (Vocabulario y Semejanzas de la escala WAIS) saturadas por factores culturales y que difícilmente pueden considerarse como indicadores de restablecimiento de las funciones. La mejoría de rendimientos en dos de las pruebas de memoria no representa una recuperación generalizada y, por consiguiente, sus repercusiones no se detectan en el factor 2.

Al considerar la ausencia de recuperación hay que tener presente que este grupo presenta unos rendimientos iniciales mucho mejores que el conjunto de los alcohólicos que se estudiaron inicialmente. Posiblemente se ha producido un efecto de contaminación entre las variables. Una mejor preservación de las capacidades intelectuales iniciales ha facilitado la permanencia en el estado de sobriedad tal como sugieren los resultados del apartado anterior y, no hay que esperar que los pacientes no deteriorados mejoren sus rendimientos. En este sentido hay que señalar que un porcentaje bastante elevado (63.0%) pertenecían al grupo definido como normal en los tres factores de la batería neuropsicológica. No obstante, a pesar de no alcanzar la significación estadística se advierte una mejoría bastante generalizada en todos los parámetros evaluados. Los posibles efectos atribuibles al aprendizaje se analizarán a continuación. Estos resultados son coincidentes con los obtenidos por Adams y cols. (1980). En este estudio los

autores partieron de un grupo de enfermos sin evidencia previa de deterioro, apreciando incluso descensos en los rendimientos de algunos pacientes que atribuyeron a la posible persistencia de la hepatopatía o de otros trastornos sistémicos. Evidentemente la ausencia de mejoría clara también puede atribuirse a la reanudación de la ingesta que siempre puede pasar desapercibida.

SEGUNDA PARTE

COMPARACION DE LOS RENDIMIENTOS NEUROPSICOLOGICOS DE LOS PACIENTES CON MAS DE UN AÑO DE ABSTINENCIA Y LOS SUJETOS CONTROLES

En la segunda parte de este estudio procederemos a comparar los rendimientos de los alcohólicos reexplorados al cabo de un año de abstinencia, con los sujetos del grupo control y un grupo de pacientes explorados por primera vez con una abstinencia comprendida entre uno y dos meses. La comparación entre estos grupos permitirá determinar las posibles diferencias en pacientes con un largo periodo de abstinencia en relación a sujetos no alcohólicos y, a la vez, comprobar los posibles efectos del aprendizaje en el grupo de retest.

PROCEDIMIENTO

Sujetos

Las características sociodemográficas de los tres grupos se incluyen en la tabla 37.

TABLA 37

**CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LOS PACIENTES
CON UNA ABSTINENCIA SUPERIOR A UN AÑO Y LOS SUJETOS CONTROL**

	Control	Abstinencia > 1 año	Retest	
n	30	37	27	
Edad	39.9 ± 16.1	40.9 ± 10.2	41.2 ± 10.7	F = .084, p = ns
Sexo				$\chi^2 = 16.34, p < 001$
Hombres	9	26	21	
Mujeres	21	11	6	
Titulación académica				$\chi^2 = 5.91, p = ns$
Hasta primarios	15	26	14	
Secundarios	12	11	10	
Grad. o licenciados	3	0	3	

RESULTADOS

En la tabla 38 se indican las medias y desviaciones de los tres grupos en la batería neuropsicológica y los valores F del análisis de la varianza. Dado que ninguno de ellos alcanza la significación estadística no se ha procedido a efectuar contrastes posteriores.

TABLA 38

COMPARACION DE LOS RENDIMIENTOS ENTRE CONTROLES, ENFERMOS
ABSTIENTES MAS DE UN AÑO Y ENFERMOS REEXPLORADOS

	Control		Abstinencia > 1 año		Retest		ANOVA	
	media	desviación	media	desviación	media	desviación	F	p
ITP	50.0	7.2	52.6	9.6	52.0	11.5	.715	ns
Factor 1	50.0	10.0	50.8	15.0	52.0	16.5	.177	ns
Factor 2	50.0	10.0	52.4	10.4	51.6	10.3	.461	ns
Factor 3	50.0	10.0	51.3	8.4	48.9	9.6	.573	ns
Vocabulario	50.0	10.0	50.8	9.6	49.3	12.4	.176	ns
Kohs	50.0	10.0	51.1	14.5	50.6	16.7	.058	ns
Semejanzas	50.0	10.0	49.9	9.9	51.0	11.3	.112	ns
Weigl	50.0	10.0	53.2	12.2	54.2	11.3	1.054	ns
Tapping dom.	50.0	10.0	52.8	8.6	50.2	8.6	.068	ns
Tapping no dom.	50.0	10.0	52.1	8.6	49.5	9.2	.742	ns
Clave	50.0	10.0	51.3	13.6	51.5	11.6	.141	ns
Trazo A	50.0	10.0	53.3	16.9	54.9	28.6	.474	ns
Trazo B	50.0	10.0	57.3	31.5	56.5	33.0	.683	ns
Dígitos	50.0	10.0	52.1	10.6	49.9	16.0	.330	ns
Señalado	50.0	10.0	49.7	11.9	50.2	14.3	.015	ns
Mem. semant.	50.0	10.0	54.2	9.6	53.1	8.5	1.750	ns
Mem. semant. 30'	50.0	10.0	52.1	11.5	52.5	12.0	.421	ns
Mem. visual	50.0	10.0	54.1	13.3	53.9	12.7	1.126	ns
Mem. visual 30'	50.0	10.0	50.6	13.2	51.4	12.6	.038	ns
Aprend. asoci.	50.0	10.0	51.8	13.0	48.0	11.9	.831	ns

DISCUSION

Los resultados obtenidos señalan la ausencia de diferencias significativas entre los tres grupos. Es decir, en base a nuestra exploración psicométrica no existe diferencia entre alcohólicos con una abstinencia superior al año y un grupo de personas sin problemática de alcoholismo ni en el índice general de deterioro, los factores que resumen la varianza de la batería ni en ninguna de las pruebas

consideradas individualmente. Por otra parte no se detecta efectos significativos debidos al aprendizaje. De estos resultados no se deriva directamente que la mera abstinencia dé lugar a la completa recuperación de las aptitudes deterioradas. Efectivamente, tal como hemos señalado en el apartado (3.7) la ausencia de deterioro se halla asociada a una mayor probabilidad de mantenerse abstinentes.

CUARTA PARTE:

CONCLUSIONES

4.1 RESUMEN DE LOS RESULTADOS EMPIRICOS DEL ESTUDIO

Para realizar este estudio hemos elaborado una batería neuropsicológica compuesta por un conjunto de tests que, de acuerdo con la revisión bibliográfica, habían demostrado su sensibilidad a los efectos del deterioro alcohólico. Se ha logrado un adecuado escalamiento de las puntuaciones y la derivación de un índice general de deterioro que demuestra una buena capacidad de discriminación entre sujetos normales y con lesiones neurológicas de intensidad moderada. Estas características lo convierten en un instrumento adecuado a los propósitos de nuestra investigación.

El grupo de pacientes alcohólicos con una abstinencia reciente de uno a dos meses que hemos estudiado tienen las características sociodemográficas propias de los enfermos que son asistidos por esta problemática en nuestro medio asistencial. Su media de edad se sitúa en 40 años, son mayoritariamente varones en una proporción de tres a uno. Su nivel educativo es el propio de los pacientes que consultan en instituciones públicas, habiendo alcanzado pocos los estudios de grado medio o superiores.

Su hábito etílico se halla muy arraigado. Generalmente son consumidores regulares desde la adolescencia y a partir de los 20 años la ingesta se convirtió en claramente abusiva y generadora de problemas adaptativos.

La mejor estimación del cociente intelectual premórbido, tal como lo evalúa la prueba de vocabulario del WAIS se situa dentro de los límites de la normalidad, aunque se halla ligeramente disminuido en relación con el grupo control de sujetos normales. Globalmente realizaron las pruebas neuropsicológicas muy por debajo de lo esperable en función de su nivel educativo y edad cronológica, lo que indica la existencia de un deterioro importante de sus rendimientos. El análisis factorial de los resultados revela que existen tres factores o dimensiones que explican suficientemente las variaciones apreciadas en las 16 tareas evaluados. El primer factor se halla relacionado con los procesos abstractivos e integrativos, el segundo con los mnésicos y el tercero con la rapidez de ejecución de tareas motrices simples. Estos tres factores comparten el 98.5% de la varianza con el ITP, por lo que resumen adecuadamente los procesos y funciones que queremos evaluar.

La comparación de sus perfiles con el grupo control revela la existencia de un déficit muy generalizado que abarca tanto las tareas abstractivas y que requieren niveles elevados de integración, como las más específicas de memoria

y rapidez motora. En relación con la población general, el rasgo distintivo es el aplanamiento global de los rendimientos, que se expresa por el índice de deterioro global de nuestra batería. El porcentaje de pacientes que obtienen valores situados en la zona de deterioro es del 40.7%. Ello indica que existe bastante heterogeneidad en las capacidades intelectuales de estos sujetos, no hallándose en muchos casos disminuidas.

Las características del deterioro neuropsicológico de los pacientes alcohólicos son claramente diferenciadas de las que se producen en otros grupos de patología. Tanto en relación con enfermos afectos de trastornos neurológicos con deterioro leve como con depresivos remitidos sus niveles en tareas complejas que implican un alto nivel de integración son significativamente más bajos. Por el contrario, y también considerando los niveles relativos de afectación, se desenvuelven mejor en las tareas mnésicas o motrices simples. El tratamiento con interdictores del alcohol no produce efectos valorables ni en el índice deterioro global ni en los tres factores que resumen el perfil de rendimiento. No obstante se advierte una disminución del nivel de atención y concentración.

El patron de deterioro no se halla relacionado con el sexo de los pacientes. Tanto los hombres como las mujeres presentan déficits de la misma magnitud y las configuraciones de los perfiles son superponibles. Asimismo, la

autovaloración del estado psicopatológico correlaciona escasamente con los rendimientos neuropsicológicos.

Evidentemente la edad se halla relacionada positivamente con la intensidad de los déficits neuropsicológicos, pero esta relación es menos intensa que en los sujetos del grupo control. Ello indica que la enfermedad alcohólica introduce un factor diferencial en relación a la población general.

La comparación intrasujeto de las puntuaciones escaladas, que igualan el significado neuropsicológico de las desviaciones, no da lugar a diferencias sistemáticas entre las pruebas presuntamente sustentadas por el hemisferio dominante y el no dominante. Tampoco los rendimientos relacionados con el eje fronto-diencéfalo-límbico parecen hallarse específicamente afectadas.

La duración del consumo abusivo de estos pacientes se halla relacionado con las variables sociodemográficas edad y nivel académico. Efectivamente, en nuestra muestra existe una gran constancia en el inicio de la ingesta patológica, que como hemos señalado se sitúa alrededor de los 22 años. Por tanto, los pacientes de mayor edad también son los que mayoritariamente han bebido en exceso más tiempo. Asimismo, igual que ocurre en la población general, a mayor edad el nivel educativo es más bajo. Cuando se controlan estas variables sociodemográficas no se advierte relación entre el grado de deterioro y el tiempo de consumo. Tampoco se ha