

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



### 3.2.4 ALTERACIONES PSICOPATOLOGICAS ASOCIADAS AL DETERIORO

**RESUMEN:** Se han correlacionado los rendimientos en las escalas factoriales derivadas de la exploración neuropsicológica con las puntuaciones obtenidas en el Mini-Mult, forma abreviada del MMPI, en 135 pacientes alcohólicos con una abstinencia comprendida entre uno y dos meses. Las correlaciones obtenidas son mayormente no significativas y en ningún caso explican más del 6% de la varianza. La división de los pacientes mediante un análisis de clusters dió lugar a un grupo con perfiles normales y el otro patológico. Las diferencias entre ellos en las escalas psicopatológicas tampoco fueron significativas. Se concluye que las alteraciones psicopatológicas, tal como son valoradas por el propio paciente, no dan cuenta de las dificultades de rendimiento neuropsicológico de los enfermos alcohólicos abstinentes.

En ocasiones los déficits cognitivos de los pacientes alcohólicos abstinentes se han atribuido a interferencias debidas a alteraciones de su estado emocional, especialmente de tipo depresivo. La asociación entre la patología alcohólica y los trastornos afectivos contribuye a sustentar esta hipótesis (Behar y cols., 1984; Schuckit, 1983, 1985, 1986).

Los estudios de Løberg (1981, 1986) señalan cierta relación entre un índice de deterioro mental derivado de la

batería de Hlastead-Reitan y cuatro tipologías del perfil del MMPI derivadas mediante análisis de cluster. Halló índices más elevados en el grupo con perfiles más desestructurados. Estos resultados no se reprodujeron en el trabajo de Goldstein y cols. (1985), en el que no aparecieron diferencias neuropsicológicas entre pacientes con perfiles normales y "depresivos". Pocos pacientes obtuvieron configuraciones valorables como "psicóticas" pero de ellos una gran proporción (80% en comparación al 50% en los otros grupos) fueron clasificados como deteriorados.

El objetivo de este apartado es analizar la influencia de los niveles de sintomatología psicopatológica en los rendimientos globales de nuestra batería.

## **METODO**

### **Sujetos**

Se ha empleado el grupo de pacientes alcohólicos con un tiempo de abstinencia comprendido entre uno y dos meses y de los que se disponía de protocolos completos del Mini-Mult (Kincannon, 1968). Se trata de una forma abreviada del MMPI (Hathaway y McKinley, 1951) formada por 71 items redactados de forma interrogativa y simplificada. Ha sido validado en nuestro país con muestras clínicas (Salamero y cols., 1983) y aplicado en diversas ocasiones en grupos de pacientes

alcohólicos (Salamero y Monràs, 1986; Monràs y Salamero, 1987) demostrando su utilidad práctica. La inclusión de este cuestionario en el estudio redujo la muestra a 135 pacientes. Los 15 casos en los que no se obtuvo esta información fueron debidos a dificultades de comprensión o falta de colaboración. Estos 17 casos no se diferencian significativamente en la proporción de sexos ( $\chi^2 = .000$ ,  $p = n.s.$ ), la titulación académica ( $\chi^2 = .679$ ,  $p = n.s.$ ), ni su nivel de vocabulario en la escala WAIS ( $F = 1.84$ ,  $p = n.s.$  y  $t = 1.23$ ,  $p = n.s.$ ). Los pacientes a los que no se administró el cuestionario de personalidad se desvian significativamente hacia el extremo de mayor edad ( $47,9 \pm 10.9$  en contraposición a  $41.5 \pm 11.0$ , siendo  $F = 1.02$ ,  $p = n.s.$  y  $t = 2.13$ ,  $p = .036$ ). Esta diferencia se debe fundamentalmente a que los pacientes de mayor edad presentan una proporción más alta de dificultades visuales y de lectura que impide la administración de cuestionarios de autoevaluación.

### Procedimiento

El Mini-Mult se administró conjuntamente con la exploración neuropsicológica reflejando, por consiguiente, la autoevaluación del estado psicopatológico en el momento de realizar las pruebas. Después de proceder a la transformación de las puntuaciones directas en notas T y realizar la corrección se computó la elevación media de las escalas clínicas siguiendo el procedimiento de Modlin (1947), para obtener una valoración global del desajuste psicopatológico. Se calcularon los coeficientes de correlación lineal entre

las 12 variables del cuestionario Mini-Mult y los parámetros globales de la exploración neuropsicológica mediante el coeficiente de correlación de Pearson.

A partir de las puntuaciones del Mini-Mult se efectuó un análisis de clusters utilizando como medida identificadora de la adscripción al grupo el cuadrado de la distancia euclidiana según el procedimiento de Ward. Este método basado en la minimización de la suma de los cuadrados de las distancias entre casos en relación al grupo evita la formación de agrupaciones excesivamente pequeñas y difíciles de identificar.

Se optó por una solución de dos grupos, que dicotomizó equilibradamente la población, dando lugar a una fácil interpretación de los perfiles medios. Se efectuaron pruebas *t* de Student para comparar la significación de las diferencias de rendimiento entre grupos.

## RESULTADOS

En la tabla 17 se incluyen los coeficientes correlación, así como los niveles de significación. Dado que los cálculos se han efectuado con 135 sujetos, correlaciones de magnitud relativamente baja alcanzan niveles estadísticamente significativos.

TABLA 17

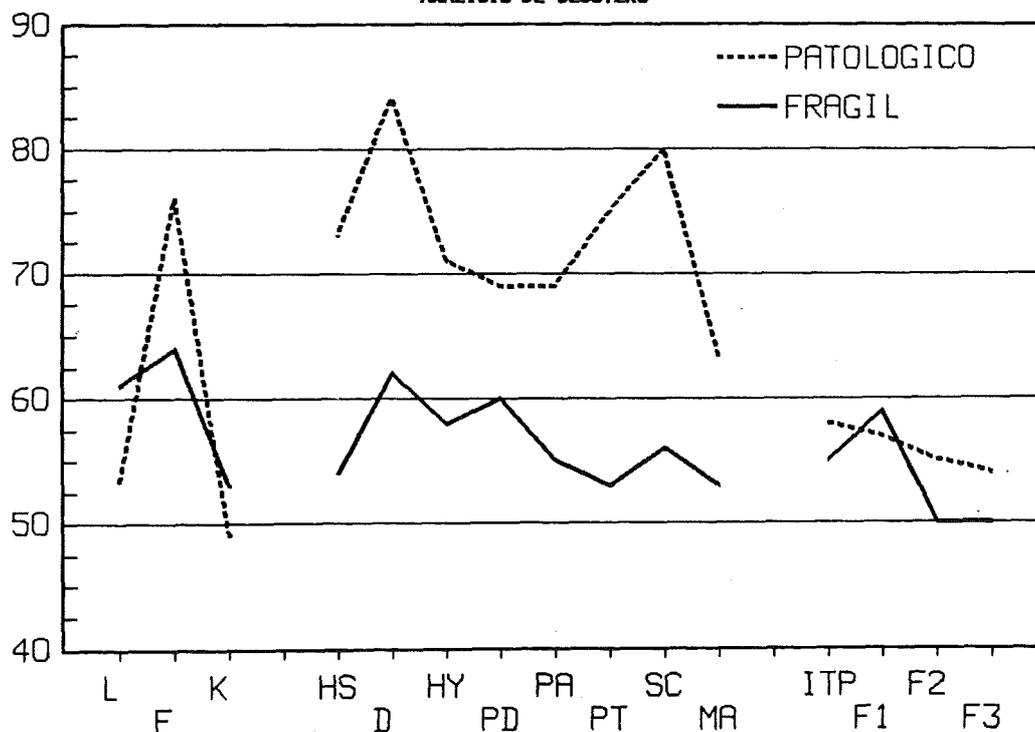
COEFICIENTES DE CORRELACION ENTRE EL MINI-MULT Y LAS  
PUNTUACIONES FACTORIALES DE LA BATERIA NEUROPSICOLOGICA

	Factor 1	Factor 2	Factor 3
Insinceridad	.18	-.07	-.05
Respuestas infrecuentes	.14	.15	.22 *
Defensividad	-.00	-.09	-.00
Hipocondriasis	.14	.15	.15
Depresión	-.17	.12	.21 *
Hysteria	-.12	.13	.13
Desviación psicopática	-.16	.12	.02
Paranoia	.01	.24 *	-.00
Psicastenia	-.23 *	.15	.14
Esquizofrenia	.04	.21 *	.10
Mania	.00	.09	.20 *
Indice Psicopatológico	-.08	.21 *	.15

\*  $p < .01$ . Ninguna correlación alcanza una significativa al nivel  $p < .001$ .

FIGURA 6

PERFILES DEL MINI-MULT RESULTANTES DEL  
ANALISIS DE CLUSTERS



En la figura 6 se presentan los perfiles medios del Mini-Mult y de las variables neuropsicológicas para los dos grupos (n = 62 y 72 para el grupo 1 y 2), todas las diferencias entre las escalas psicopatológicas alcanzaron una significación inferior a  $p = .001$ , mientras que entre las intelectivas solo el factor motriz alcanzó el límite  $p = .05$ .

## DISCUSION

El primer factor, que corresponde a los rendimientos intelectuales complejos unicamente se asocia a la escala de psicastenia. Esta recoge un conjunto de sintomatología amplio que engloba aspectos distímicos especialmente relacionados con manifestaciones de tipo obsesivo, que incluyen quejas de ineficiencia intelectual y dificultades de concentración (Green, 1980). El segundo factor, que abarca principalmente los problemas en el area mnésica, correlaciona significativamente con el indice psicopatológico y con las dos escalas (paranoia y esquizofrenia) manifiestamente más psicóticas. Ello podría relacionarse con dificultades para la interpretación de los estímulos provinientes del entorno, que limitarían las posibilidades de elaboración con posterior repercusión en los procesos de recuperación. Las saturaciones significativas del tercer factor, relacionados con la rapidez motriz, corresponden a las dos escalas que evaluan la presencia de trastornos afectivos.

El análisis de clusters dió lugar a un primer grupo con perfiles situados prácticamente en la zona de la normalidad, mientras que el segundo se caracterizó por la prominencia de sintomatología distímica (D, Pt) y desestructuración global (F, Sc). La única diferencia significativa corresponde al factor de rapidez motriz más afectado en el grupo patológico.

Estos resultados son coherentes con la mayor incidencia de deterioro neuropsicológico en los pacientes con perfiles psicóticos hallado en los estudios de Løberg (1981, 1986) y Goldstein y cols. (1985). Tanto el enlentecimiento derivado de la sintomatología depresiva como la inquietud y agitación de la hipomanía pueden fácilmente repercutir sobre estas aptitudes. No obstante, las diferencias halladas por nosotros son inferiores y coincidentes con los estudios de Query y Megram (1984).

En cualquier caso la varianza explicada es escasa por el análisis correlacional (el valor máximo solo alcanza el 6% en la escala de paranoia en el factor 2). Por ello a efectos prácticos podemos concluir que las dificultades de rendimiento neuropsicológico de los pacientes alcohólicos recientemente desintoxicados no pueden atribuirse a interferencias psicopatológicas tal como son evaluadas mediante el Mini-Mult.

### 3.2.5 DIFERENCIAS INTERSEXUALES EN LOS RENDIMIENTOS NEUROPSICOLOGICOS DE LOS ENFERMOS ALCOHOLICOS

**RESUMEN:** Se han comparado los rendimientos neuropsicológicos de 119 varones y 29 mujeres alcohólicos con una abstinencia comprendida entre uno y dos meses. El análisis de covarianza cuando se controla estadísticamente las diferencias de edad no revela efectos significativos atribuibles al sexo en los factores generales de la batería. A nivel de los tests que la componen, únicamente aparece una diferencia significativa en la prueba de atención visual. Este hallazgo aislado, en ausencia de replicaciones, no justifica la existencia de diferencias valorables en el patrón de deterioro de ambos grupos.

La mayor parte de los estudios neuropsicológicos se han realizado con muestras exclusivamente de varones o en las que estos son predominantes. Ello refleja la diferente incidencia de esta patología o, cuanto menos, de la preponderancia de hombres que acuden a servicios asistenciales por la problemática enólica. El progresivo incremento de la incidencia de alcoholismo en la mujer (Plant, 1980, Parker y cols., 1983) ha planteado la necesidad de revisar las características de la repercusión neuropsicológica del alcoholismo crónico en el sexo femenino. Existen numerosos estudios en los que únicamente se han hallado diferencias

mínimas. Por ejemplo, Fabian y cols (1981, 1984), Silberstein y Parsons (1979 y 1981), Sparadelo y cols. (1983) y Acker (1985) señalan la presencia de menor intensidad en los déficits y un patrón similar al hallado en los hombres: adecuada conservación de los rendimientos verbales y fracaso en tareas abstractivas y perceptivoespaciales. Estos resultados se basan en estudios comparativos entre pacientes alcohólicas y mujeres de grupos control de características sociodemográficas similares, pero no incluyen una comparación directa entre enfermos de ambos sexos. Recientemente Acker (1986) ha señalado que en todos estos trabajos no se ha tenido en cuenta la diferencia en la historia de consumo entre ambos sexos. Efectivamente, es habitual que tanto el tiempo de abuso como la cantidad de alcohol ingerida sea mayor en los hombres que en las mujeres. En su estudio efectuaron una primera comparación de los rendimientos neuropsicológicos entre un grupo de hombre y mujeres de edad y nivel cultural similar tratados por el problema de alcoholismo, no hallando diferencias significativas en 26 de las 27 variables que consideraron. Los hombres rindieron mejor que las mujeres en una prueba de memoria espacial. Al repetir los análisis controlando el tiempo de consumo abusivo, aparecieron numerosas diferencias significativas favorables al grupo de hombres en pruebas de memoria y psicomotricidad. En base a esta evidencia el autor sugiere que existe una mayor vulnerabilidad en las mujeres a los efectos deteriorantes del alcohol. El objetivo del presente trabajo es verificar esta hipótesis.

## METODO

### Sujetos

Se subdividió la muestra de pacientes alcohólicos con una abstinencia de uno a dos meses según el sexo. Entre el grupo de hombres ( $n = 119$ ) y de mujeres ( $n = 29$ ) no existe diferencia significativa respecto a su titulación académica ( $X^2 = .417$ ,  $p = n.s.$ ) ni cociente intelectual premórbido estimado a partir del rendimiento en la prueba de vocabulario del WAIS (Hombres: media =  $94.15 \pm 18.3$ ; Mujeres: media =  $90.7 \pm 13.7$ ;  $F = 1.79$ ,  $p = n.s.$  y  $t = .92$ ,  $p = n.s.$ ). Por el contrario, difieren significativamente respecto a su edad cronológica (Hombres: media =  $43.2 \pm 10.8$ ; mujeres: media =  $36.7 \pm 10.0$ ;  $t = 2.93$ ,  $p = .004$ ).

### Procedimiento

El primer análisis se llevó a cabo mediante la comparación de las medias de los rendimientos en ambos grupos a través de un análisis de covarianza empleando la edad como covariante para controlar estadísticamente las diferencias de ambos grupos en esta variable. En un segundo análisis se introdujo además el tiempo de ingesta abusiva como segundo covariante.

**TABLA 18**  
**DIFERENCIAS EN LOS RENDIMIENTOS NEUROPSICOLÓGICOS ENTRE**  
**HOMBRES Y MUJERES**

	Hombres		Mujeres		ANOVA		ANCOVA 2			
	media	desv.	media	desv.	F	p	Covarian.		Efect. pral.	
							F	p	F	p
ITP	57.7	11.3	55.7	9.3	12.65	ns	3.23	ns	.29	ns
Factor 1	58.9	15.0	59.0	14.1	1.53	ns	.75	ns	1.77	ns
Factor 2	52.8	13.3	54.5	13.7	.74	ns	3.69	ns	1.14	ns
Factor 3	53.0	10.4	49.3	9.1	1.41	ns	.59	ns	1.25	ns
Vocabulario	53.9	12.2	56.2	9.1	2.70	ns	4.38	ns	3.54	ns
Kohs	56.9	16.5	58.4	11.1	1.52	ns	.93	ns	1.78	ns
Semejanzas	56.4	11.7	57.8	10.5	2.08	ns	1.89	ns	2.53	ns
Weigl	56.9	10.9	57.6	11.6	1.45	ns	1.70	ns	1.80	ns
Tapping dom.	54.6	9.8	51.6	9.2	.32	ns	1.31	ns	.21	ns
Tapping no dom.	53.9	9.8	52.3	9.0	.10	ns	1.49	ns	.03	ns
Clave	56.3	12.7	49.7	13.8	1.27	ns	3.41	ns	.91	ns
Trazo A	64.1	25.7	55.8	16.2	.47	ns	.06	ns	.51	ns
Trazo B	77.6	41.1	64.5	34.2	.56	ns	.63	ns	.45	ns
Dígitos	52.0	12.9	53.1	11.4	2.16	ns	7.33	.008	3.18	ns
Señalado	52.2	11.9	57.8	10.5	4.44	.037	3.45	ns	5.40	.022
Mem. semant.	54.0	10.4	55.1	10.2	.90	ns	5.98	.016	1.47	ns
Mem. semant. 30'	54.3	13.5	54.4	14.8	.40	ns	4.79	.031	.66	ns
Mem. visual	59.2	11.5	59.6	12.5	1.33	ns	1.29	ns	1.62	ns
Mem. visual 30'	58.5	11.8	59.6	11.7	2.84	ns	1.02	ns	3.22	ns
Aprend. asoc.	51.0	10.5	50.6	10.8	.36	ns	8.09	.005	.81	ns

## RESULTADOS

En la tabla 18 se transcriben los resultados de ambos análisis. Junto a las medias y desviaciones de los dos grupos se incluye la significación del efecto principal del primer análisis de varianza. Se han omitido los valores del covariante (edad), que es en todos los casos significativo, ya que no es relevante para el motivo de nuestro estudio. En la misma tabla se presentan los resultados del segundo

análisis de covarianza. En esta ocasión se incluye la significación específica del covariante años de consumo abusivo y a continuación el efecto principal, es decir, el grupo de pertenencia.

## DISCUSION

Los resultados obtenidos tanto en el primer análisis como en el segundo reflejan un patrón muy similar de rendimientos. En las valoraciones neuropsicológicas globales, ITP y los tres factores, no aparece ninguna diferencia significativa. Tal como podía esperarse de este resultado global de las 16 pruebas administradas sólo una de ellas refleja diferencias valorables, no modificándose tras la introducción de los años de consumo abusivo de alcohol como segundo covariante. La única diferencia significativa corresponde al test del señalado, una prueba que evalúa atención y memoria inmediata para estímulos no verbales. Las medias ajustadas por la edad para el grupo de hombres y mujeres son 55.2 y 57.4 respectivamente, incrementándose la diferencia a 54.7 y 60.1 al considerar el tiempo de consumo abusivo. No obstante, dentro del contexto del estudio el valor de este dato queda minimizado por el número abrumador de diferencias no significativas.

En relación con el estudio de Acker (1986), realizado en Inglaterra, hay que señalar la existencia de importantes

diferencias entre ambas muestras en el tiempo de consumo abusivo. En nuestro grupo se inicia por término medio hacia los 22 años tanto en los hombres como en las mujeres, mientras que en el trabajo de Acker los hombres iniciaron el consumo abusivo a los 29 años y las mujeres a los 37 por término medio. Estas diferencias se corresponden con patrones culturales diferentes de ingesta enólica, que pueden suponer una variación importante en las repercusiones neuropsicológicas. Además, el tiempo de abstinencia del estudio inglés previo a la exploración neuropsicológica es escaso y muy variable ( $15.5 \pm 9.6$  días para los hombres y  $23.2 \pm 12.6$  para las mujeres) lo que dificulta la diferenciación entre efectos agudos de la impregnación enólica y deterioro residual. Así, pues, en la población que estudiamos, que refleja adecuadamente las características de los enfermos que acuden a tratamiento en nuestro país, no se detectan diferencias significativas en los déficits neuropsicológicos. La semejanza en los patrones de deterioro es coincidente con los datos y las opiniones más generalizadas de la bibliografía internacional. La única diferencia significativa hallada, que corresponde a una tarea saturada de aspectos atencionales y memoria no verbal a corto plazo, deberá ser contrastada en posteriores estudios.

### 3.3 ESPECIFICIDAD DEL PATRON DE DETERIORO

En los estudios que componen el apartado anterior hemos constatado la existencia de un deterioro neuropsicológico objetivable en los pacientes alcohólicos con una abstinencia reciente situada entre uno y dos meses. El patrón se caracteriza por un descenso muy generalizado de los rendimientos intelectuales complejos y de forma menos sistemática en las actividades mnésicas y las que requieren rapidez motriz. Al igualar la dificultad de las tareas mediante el análisis covariante hemos comprobado como las diferencias específicas desaparecen en su gran mayoría, quedando explicadas suficientemente por un factor general de deterioro cuya expresión es más aparatosa en las tareas que con mayor facilidad descienden en el proceso fisiológico de involución debida a la edad.

En los dos estudios siguientes intentaremos aclarar la posible especificidad de este patrón comparando el grupo de enfermos alcohólicos con dos muestras clínicas que pueden presentar un descenso de los rendimientos motivados por distintos factores. En primer lugar, contrastaremos el patrón

obtenido con el de enfermos con lesiones neurológicas francas en los que el daño cerebral es evidente tanto por su historial como por otros medios exploratorios. A continuación se efectuará la comparación con un grupo de pacientes con un trastorno afectivo remitido en el que se puede presumir la existencia de un deterioro neuropsicológico sutil propio de los cuadros psiquiátricos mayores y que no corresponde a una lesionalidad neuronal franca relacionable con el cuestionable concepto de demencia subcortical (Cummings, 1986; Whitehouse, 1986). Este grupo es representativo del descenso de rendimientos descrito en muchas enfermedades psiquiátricas crónicas, relacionado con aspectos motivacionales y actitudinales, además de la posible afectación orgánica (Caine, 1986; Carpenter, 1983).

Los dos estudios que siguen se plantean independientemente para seguir con mayor claridad la línea de pensamiento que estamos desarrollando a pesar de que metodológicamente sea objetable. Efectivamente, efectuaremos dos comparaciones para contrastar diferencias entre tres grupos. La ortodoxia metodológica aconseja en este tipo de situaciones realizar una comparación global seguida de los contrastes dos a dos. Pero queremos destacar que se trata de un diseño con contrastes a priori, es decir, que de las tres comparaciones posibles únicamente nos interesan dos de ellas: las de un grupo con los restantes. Entre los especialistas no existe un acuerdo unánime sobre la forma correcta de tratamiento. Para algunos autores, este planteamiento

asimétrico puede realizarse sin necesidad de la comparación global inicial (Domenech, 1982) o, si se efectúa ésta, su resultado no disminuye el valor de los contrastes (Howell, 1982).

Por su interés intrínseco y, en parte, para subsanar este posible sesgo en el apartado 3.3.3 se reanalizarán las configuraciones de los perfiles de los tres grupos, que permitirá contrastar los resultados de los estudios efectuados independientemente.

3.3.1 DIFERENCIAS NEUROPSICOLOGICAS ENTRE ALCOHOLICOS  
RECIENTEMENTE DESINTOXICADOS Y PACIENTES CON LESION  
NEUROLOGICA DEL SNC.

RESUMEN: Se comparan los rendimientos neuropsicológicos de 148 pacientes etílicos con una abstinencia de uno a dos meses y 30 enfermos neurológicos con afectación leve de las funciones superiores. Después de corregir mediante la introducción de covariantes las diferencias en la edad y nivel académico se demuestra la existencia de numerosas diferencias en las realizaciones. Estas se mantienen cuando se añade como tercer covariante un índice de deterioro global. Los pacientes alcohólicos, a igualdad de intensidad del deterioro general, rinden peor en las tareas que requieren funciones integrativas, mientras que son superiores en tareas comparativamente más simples de memoria o rapidez motora. Se concluye que los mecanismos etiopatogénicos del deterioro alcohólico no son asimilables a los producidos por lesiones neurológicas.

A lo largo de los estudios precedentes hemos ido señalando la posibilidad de que el efecto deteriorante del consumo etílico abusivo crónico no revista especificidad. En concreto hemos demostrado como la mayor parte de las diferencias en las distintas tareas que componen la batería desaparecen cuando se introduce como covariante una evaluación global de deterioro, en nuestro caso el ITP, que explica por si solo los diferentes descensos en los

rendimientos. En el estudio que aquí planteamos intentaremos averiguar si existe similitud entre los perfiles de los pacientes etílicos recientemente desintoxicados y un grupo de enfermos con lesiones cerebrales neurológicas objetivadas. Es importante señalar que no pretendemos averiguar si los logros son superiores o inferiores en un sentido absoluto, ya que ello solo depende de la gravedad de los enfermos neurológicos seleccionados. El objetivo concreto que centra nuestro interés es averiguar si, a igualdad de deterioro global, existen diferencias en las áreas de rendimiento o en las pruebas específicas entre ambas muestras.

## **METODO**

### **Sujetos**

En este estudio se empleó el grupo de pacientes alcohólicos abstinentes entre uno y dos meses. El segundo grupo de contraste se formó mediante enfermos con afectación neurológica del SNC. Para lograr una aceptable comparabilidad se eligieron pacientes con afectaciones leves de las funciones superiores y con una patología muy variada. El grupo resultante difirió notablemente del de alcohólicos en los parámetros sociodemográficos básicos tal como se señala en la tabla 2 y 3 (apartado 2.2.4).

### Procedimiento

El contraste de los rendimientos neuropsicológicos se realizó mediante un análisis de covarianza. La edad y la titulación académica se introdujeron como covariantes para anular experimentalmente las diferencias existentes entre ambos grupos. El efecto principal fue el grupo diagnóstico. En las pruebas de la batería e las que aparecieron diferencias significativas atribuibles al grupo se efectuó un segundo análisis de covarianza incluyendo, además de la edad y titulación académica, el ITP para anular los efectos atribuibles al deterioro global.

### RESULTADOS

En la tabla 19 se incluyen las medias de ambos grupos en las pruebas neuropsicológicas y los resultados de los análisis de covarianza. En el primero de ellos intervienen como covariantes la edad y la titulación académica y en el segundo se ha añadido el ITP.

Para permitir una mejor comprensión de los resultados, las medias ponderadas para los valores globales se representan gráficamente en la figura 7.

TABLA 19

COMPARACION DE LOS RENDIMIENTOS NEUROPSICOLOGICOS DE LOS  
PACIENTES ALCOHOLICOS Y CON TRASTORNO ORGANICO CEREBRAL

	Alcohólicos		Tr. orgánico		ANCOVA - 1*				ANCOVA - 2*			
	media	desv.	media	desv.	Covariante		Efecto pral.		Covariante		Efecto pral.	
					F	p	F	p	F	p	F	p
ITP	57.3	11.0	66.7	14.1	67.356	.000	22.032	.000	---	---	---	---
Factor 1	58.9	14.7	57.3	18.6	35.545	.000	.779	ns				
Factor 2	53.2	13.4	67.5	13.5	8.211	.000	30.077	.000	43.785	.000	10.636	.001
Factor 3	52.3	10.2	60.7	10.6	13.806	.000	14.470	.000	19.666	.000	5.416	.021
Vocabulario	54.4	11.7	54.0	12.6	50.920	.000	.126	ns				
Kohs	57.2	15.6	66.5	21.0	32.654	.000	8.001	.005	131.119	.000	1.013	ns
Semejanzas	56.7	11.5	55.3	14.8	42.163	.000	.179	ns				
Weigl	57.1	11.0	61.6	16.2	12.430	.000	3.051	ns				
Tapping dom.	54.0	9.7	61.1	10.2	29.458	.000	12.518	.001	52.556	.000	1.507	ns
Tapping no dom.	53.6	9.6	62.1	9.9	12.729	.000	18.294	.000	25.103	.000	6.288	.013
Clave	55.0	13.1	63.0	11.3	75.529	.000	12.337	.001	197.391	.000	.066	ns
Trazo A	62.5	24.3	76.8	37.4	35.494	.000	6.433	.012	83.757	.000	.337	ns
Trazo B	75.0	40.0	84.9	47.1	32.316	.000	.732	ns				
Dígitos	52.2	12.6	61.7	11.4	32.499	.000	15.958	.000	63.382	.000	2.478	ns
Señalado	55.7	11.6	65.2	14.6	21.248	.000	14.030	.000	45.475	.000	2.130	ns
Mem. semant.	54.2	10.3	63.9	11.5	18.618	.000	25.870	.000	84.715	.000	5.963	.016
Mem. semant. 30'	54.3	13.7	68.5	13.1	20.705	.000	32.096	.000	81.070	.000	10.437	.001
Mem. visual	59.3	11.6	68.5	15.4	29.151	.000	13.835	.000	114.348	.000	.185	ns
Mem. visual 30'	58.7	11.8	70.1	13.8	28.037	.000	23.917	.000	110.187	.000	4.332	.039
Aprend. asoc.	52.5	12.8	69.2	13.7	27.662	.000	42.822	.000	266.405	.000	18.355	.000

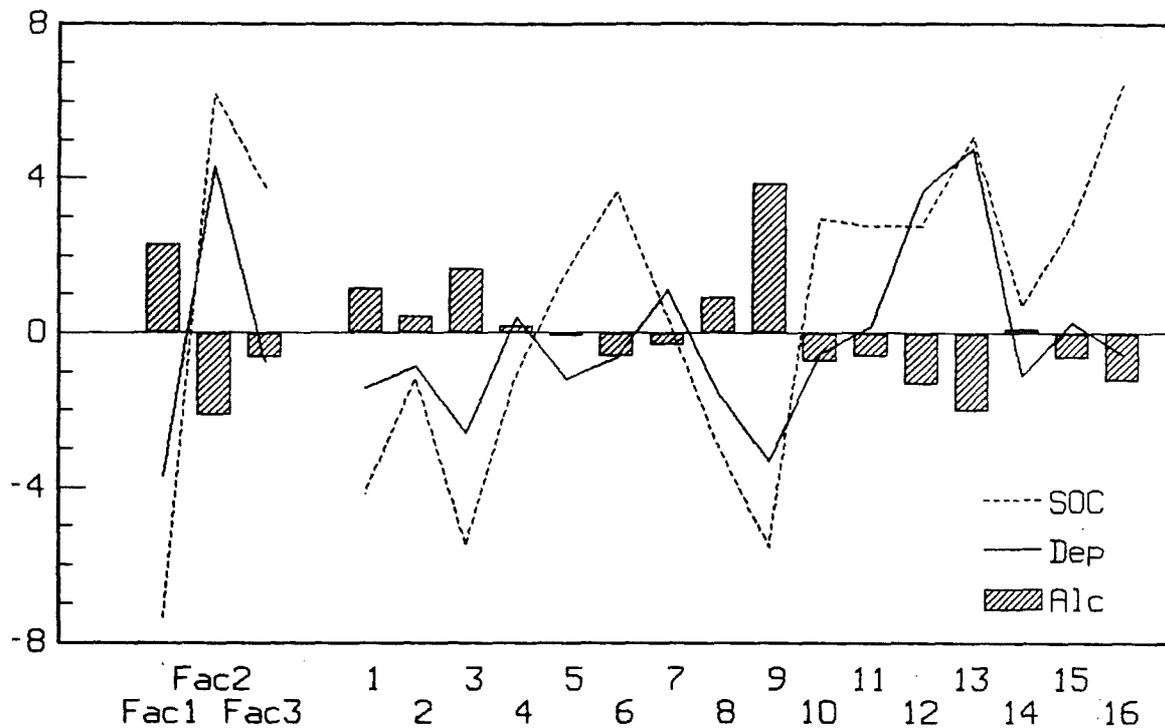
\* En el primer análisis los covariantes son la edad y la titulación académica. En el segundo se ha añadido además el ITP. Los niveles de significación de los covariantes corresponden a su conjunto.

## DISCUSION

Tal como puede verse en la tabla 20 y en la figura 7 ambos grupos no difieren significativamente en el grado global de deterioro tal como lo evalúa el ITP. En este sentido se ha logrado una adecuada selección de los pacientes con lesiones cerebrales demostrables para que la comparación de sus resultados con los de los pacientes alcohólicos tenga significado.

FIGURA 7

PERFIL NEUROPSICOLÓGICO DE LOS PACIENTES ALCOHOLICOS  
Y CON TRASTORNO ORGANICO CEREBRAL Y DEPRESIVOS



\* Valores corregidos con los covariantes edad, titulación académica e ITP.

1. Vocabulario, 2. Kohs, 3. Semejanzas, 4. Weigl, 5. Tapping mano dominante, 6. Idem no dominante, 7. Clave, 8. Trazo A, 9. Trazo B, 10. Dígitos, 11. Señalado, 12. Memoria lógica inmediata, 13. Memoria lógica 30', 14. Memoria visual inmediata, 15. Memoria visual 30', 16. Aprendizaje asociativo.

Las desviaciones se representan sobre la media global de las tres muestras.

A pesar de ello los perfiles son notablemente diferenciados resultando inferiores los rendimientos de los enfermos enólicos en las tareas más complejas y superiores en las que evalúan memoria o rapidez y coordinación psicomotriz. Gran parte de estas diferencias se mantienen cuando se introduce el ITP como covariante.

Estos resultados indican que los efectos de la ingesta

enólica crónica abusiva dan lugar a unas repercusiones neuropsicológicas cualitativas diferentes a las producidas por lesiones cerebrales moderadas de otra naturaleza. El deterioro se produce específicamente en las tareas más complejas y que requieren una mayor elaboración de la respuesta, mientras que los efectos sobre las funciones más específicas y que precisan menos integración son menos acusados.

Nuestros hallazgos concuerdan con las conclusiones de Chmielewski y Golden (1980) cuando analizan los items individuales que diferencian a alcohólicos de controles en la escala Luria-Nebraska. Efectivamente, los perfiles que obtienen revelan una afectación muy generalizada que abarca seis de las 14 de las escalas. Estas desviaciones se producen por el fracaso en los items más complejos, mientras que los simples son resueltos por la mayoría de los pacientes. El resultado obtenido es discordante con los dos estudios más importantes efectuados sobre esta hipótesis (Holland y Watson, 1980; Miller y Orr, 1980), pero la comparación es difícil ya que utilizan como grupo de contraste pacientes con lesiones más severas. Posiblemente, nuestro grupo neurológico presenta fracasos en funciones más específicas, mientras conservan recursos suficientes para lograr suplencias en las actividades integrativas complejas. Si ésta explicación es cierta, los resultados apuntarían hacia una afectación difusa del SNC en los alcohólicos

### 3.3.2 DIFERENCIAS NEUROPSICOLOGICAS ENTRE ALCOHOLICOS Y PACIENTES CON UN TRASTORNO DEPRESIVO REMITIDO

**RESUMEN:** Se comparan los rendimientos neuropsicológicos de 148 pacientes alcohólicos con una abstinencia de uno a dos meses y 30 enfermos depresivos remitidos. Después de controlar las diferencias de edad y nivel académico mediante la introducción de covariantes se aprecia la existencia de numerosas diferencias en los perfiles que no pueden atribuirse a la mera influencia del nivel global de deterioro. Los enfermos alcohólicos obtienen comparativamente peores rendimientos en las pruebas de abstracción e integración de funciones, mientras que se desenvuelven mejor en las tareas mnésicas.

Los déficits neuropsicológicos son una constante en la mayor parte de los trastornos psiquiátricos (Caine, 1986; Carpenter, 1983; Goldstein, 1986; Newlin, 1983). Este descenso de las capacidades intelectivas acostumbra a considerarse inferior al de los pacientes con lesión neurológica del SNC y sus causas y características son poco conocidas. En cualquier caso puede atribuirse a afectaciones neuroquímicas sin una localización topográfica clara a las que se suman déficits motivacionales, atencionales y deterioro de los hábitos de rendimiento a consecuencia de una baja estimulación por parte del entorno.

El objetivo del presente estudio es comparar el patrón de rendimientos de los sujetos etílicos con un grupo de pacientes depresivos remitidos. La elección de esta muestra se debe a que este tipo de enfermos presentan un cuadro estabilizado al igual que sucede con el espectro de enfermos enólicos que estudiamos. Además sus niveles de sintomatología depresiva residual son similares a los que se aprecia en los alcohólicos.

## **METODO**

### **Sujetos**

Los 148 enfermos etílicos con abstinencia reciente se compararon con un grupo de pacientes diagnosticados de trastorno depresivo mayor remitido ( $n = 30$ ). Estos se hallaban asintomáticos y con una medicación estabilizada. Como hemos señalado en el apartado 2.2.3 difirieron significativamente en cuanto a la edad, proporción de sexos y titulación académica.

### **Procedimiento**

Los resultados de la exploración neuropsicológica se sometieron a un análisis de covarianza incluyendo la edad y la titulación académica como covariantes para controlar experimentalmente las diferencias entre ambos grupos. Cuando en este primer análisis se hallaron discrepancias significativas en los efectos principales se procedió a

reanalizar los resultados incluyendo también el ITP como covariante.

## RESULTADOS

En la tabla 20 se presentan los resultados de los análisis realizados cuya representación gráfica puede verse en la figura 7.

TABLA 20

COMPARACION DE LOS RENDIMIENTOS NEUROPSICOLOGICOS DE LOS  
PACIENTES ALCOHOLICOS Y DEPRESIVOS ASINTOMATICOS

	Alcohólicos		Tr.depresivo		ANCOVA - 1*				ANCOVA - 2*			
	media	desv.	media	desv.	Covariante		Efecto pral.		Covariante		Efecto pral.	
					F	p	F	p	F	p	F	p
ITP	57.3	11.0	61.9	12.1	60.797	.000	.005	ns				
Factor 1	58.9	14.7	57.9	16.9	31.858	.000	6.140	.014	57.731	.000	8.664	.004
Factor 2	53.2	13.4	61.3	10.6	10.965	.000	6.364	.013	33.466	.000	9.144	.003
Factor 3	52.3	10.2	54.6	12.1	7.618	.001	.002	ns				
Vocabulario	54.4	11.7	54.0	12.3	47.854	.000	2.408	ns				
Kohs	57.2	15.6	61.1	15.1	29.293	.000	.029	ns				
Semejanzas	56.7	11.5	55.2	11.2	37.644	.000	5.467	.021	98.113	.000	9.840	.002
Weigl	57.1	11.0	60.0	14.1	16.560	.000	.032	ns				
Tapping dom.	54.0	9.7	56.2	9.8	26.388	.000	.609	ns				
Tapping no dom.	53.6	9.6	55.6	11.8	8.101	.000	.008	ns				
Clave	55.0	13.1	61.7	10.5	80.967	.000	.036	ns				
Trazo A	62.5	24.3	69.9	31.7	25.192	.000	.243	ns				
Trazo B	75.0	40.0	81.1	41.6	25.877	.000	.671	ns				
Dígitos	52.2	12.6	57.3	12.1	30.834	.000	.173	ns				
Señalado	55.7	11.6	59.7	9.8	14.421	.000	.159	ns				
Mem. semant.	54.2	10.3	61.1	9.4	24.048	.000	6.560	.011	72.296	.000	11.930	.001
Mem. semant. 30'	54.3	13.7	63.8	9.9	26.259	.000	7.131	.008	78.140	.000	13.275	.000
Mem. visual	59.3	11.6	62.3	13.6	28.439	.000	.331	ns				
Mem. visual 30'	58.7	11.8	63.3	13.2	33.299	.000	.000	ns				
Aprend. asoc.	52.5	12.8	56.9	13.2	22.069	.000	.042	ns				

\* En el primer análisis los covariantes son la edad y la titulación académica. En el segundo se ha añadido además el ITP. Los niveles de significación de los covariantes corresponden a su conjunto.

## DISCUSION

Ambos grupos difieren significativamente en las puntuaciones alcanzadas en los dos primeros factores a pesar de que son similares en cuanto al nivel global de deterioro. Los pacientes alcohólicos tienen comparativamente más dificultades en las tareas complejas abstractivas o que implican una mayor capacidad de integración de funciones. Por el contrario se muestran superiores en las actividades mnésicas. Estas diferencias que son muy claras a nivel de los factores aparecen también en las pruebas individuales de la batería, aunque no alcanzan la significación estadística en todos los casos. La acumulación de desviaciones sistemáticas da lugar a la marcada diferenciación en las evaluaciones más generales.

No conocemos estudios comparativos entre pacientes alcohólicos y depresivos de carácter global. El trabajo de Query y Megram (1984) centrado en las funciones mnésicas, que concluyen la afectación de la adquisición, el recuerdo y el reconocimiento en el test de aprendizaje verbal de Rey en los pacientes alcohólicos, merece poca atención. Efectivamente, el reanálisis de sus datos, erróneamente elaborados con pruebas t múltiples, no permite apreciar diferencias significativas. Además, los grupos no son homogéneos en cuanto a su edad y los pacientes fueron explorados "unos días después" (p. 1098) de su ingreso.

### 3.3.3 ESPECIFICIDAD DEL PATRON DE DETERIORO: ANALISIS CONFIGURACIONAL

**RESUMEN:** Se analizan las configuraciones de los perfiles neuropsicológicos de 148 paciente alcohólicos con una abstinencia de uno a dos meses, 30 pacientes con lesión neurológica y 30 pacientes depresivos remitidos. Después de ajustar las medias según los covariantes edad y nivel educativo, en los que difieren los tres grupos, se han calculado los coeficientes de correlación entre los perfiles resultantes. La configuración de los rendimientos neuropsicológicos de los enfermos alcohólicos es opuesta y significativamente diferente ( $r = -.97$  y  $r = -.79$ ) a los otros dos grupos. Se caracteriza por rendimientos comparativamente peores en las tareas abstractivas y que requieren mayor integración, mientras que rinden mejor en los tests de memoria y motricidad simple.

En la introducción de este capítulo hemos remarcado nuestro interés en averiguar la especificidad del patrón de deterioro alcohólico en relación al que se produce en otros síndromes psicorgánicos y en los trastornos depresivos remitidos. A pesar de haber realizado el análisis de forma independiente, en este apartado efectuaremos una comparación conjunta de las similitudes entre ellos. Partiendo de los resultados obtenidos en los dos trabajos anteriores, en esta ocasión, nos centraremos en las similitudes de las configuraciones de los perfiles. Este tipo de análisis son

necesarios cuando se compara un conjunto de variables relacionadas que deben interpretarse conjuntamente. Habitualmente se distinguen tres aspectos que resumen suficientemente las relaciones que mantienen entre si las diferentes variables. Un primer parámetro es la elevación media del perfil que refleja, en nuestro caso, el grado de deterioro. Este parámetro ya ha sido suficientemente estudiado mediante las comparaciones efectuadas con el ITP, que es en definitiva una ponderación del conjunto de las pruebas que componen nuestra batería. El segundo aspecto, de menor interés, es la disarmonía de los perfiles, que generalmente se evalúa mediante la desviación típica de las puntuaciones respecto al promedio. De mayor importancia es la posición relativa de unas escalas en relación a las otras, es decir la configuración, que queda representada numéricamente por el coeficiente de correlación. Vamos pues a analizar este último parámetro en las muestras de alcohólicos abstinentes entre uno y dos meses, los enfermos deprimidos remitidos y los que han sufrido un padecimiento neurológico.

## PROCEDIMIENTO

### Sujetos

En este estudio integrativo se emplearán los mismos grupos que en los dos apartados anteriores (3.3.1 y 3.3.2), por lo que omitiremos su descripción.

### Procedimiento

Dado que los tres grupos difieren significativamente en cuanto a su edad cronológica, titulación académica y la valoración global de su grado de deterioro, se ha procedido a efectuar una regresión múltiple de estos factores sobre las variables que forman la batería neuropsicológica. Posteriormente se ha calculado la desviación de las medias ajustadas según estos covariantes de cada grupo respecto a la tendencia central del conjunto de todos los pacientes. Mediante este procedimiento se ha logrado controlar estadísticamente las influencias de la edad y la titulación académica y el grado global de deterioro, lo que permitirá contrastar las discrepancias relativas entre las distintas puntuaciones de cada grupo. Se han calculado los coeficientes de correlación de Pearson para estos valores entre los tres grupos.

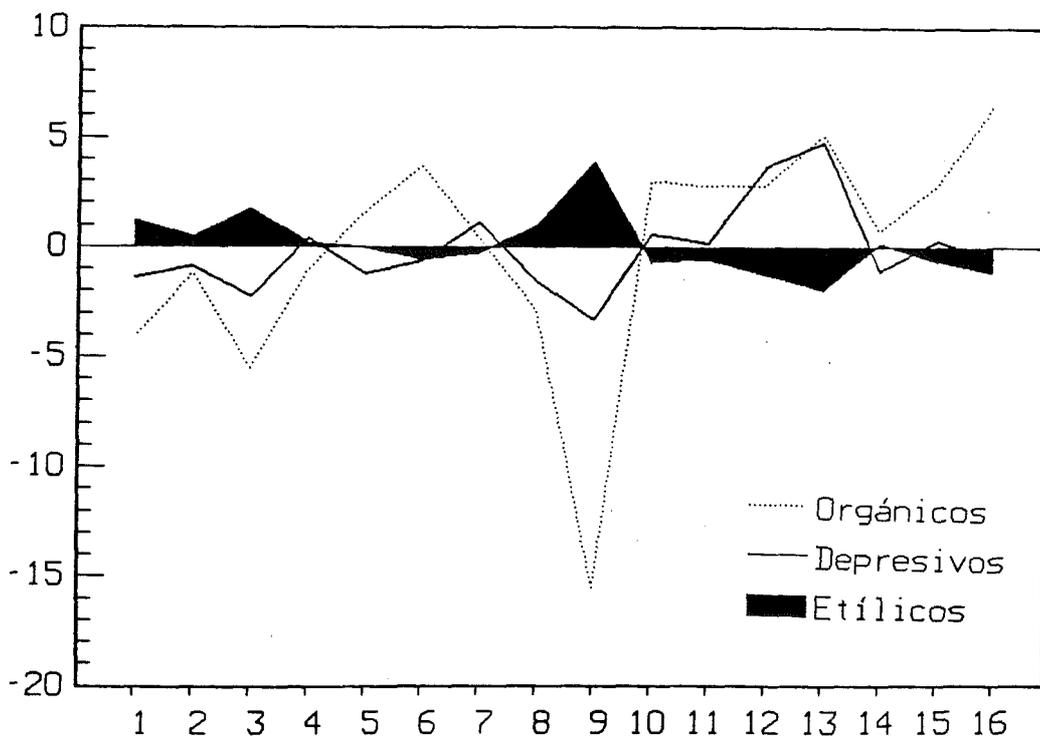
### RESULTADOS

En la figura 8 se representan las desviaciones de las medias ajustadas según los covariantes respecto a la tendencia central de todos los sujetos. La correlación de las puntuaciones de las pruebas de las escalas entre las medias ponderadas de los grupos de alcohólicos y los enfermos orgánicos es de  $r = -.97$  y con los pacientes depresivos remitidos de  $r = -.79$ , siendo ambos significativos a un nivel  $p = .001$ . La correlación entre los orgánicos y los depresivos

es de  $r = .63$  ( $p = .01$ ). La magnitud de las correlaciones entre el perfil de los enfermos alcohólicos y los depresivos es cuantitativamente muy notable.

FIGURA 8

DESVIACIONES DE LAS MEDIAS AJUSTADAS SEGUN LOS COVARIANTES\* DE LOS TRES GRUPOS  
EN RELACION A LA TENDENCIA CENTRA DE LAS TRES POBLACIONES



\* Edad, titulación académica e ITP.

1. Vocabulario, 2. Kohs, 3. Semejanzas, 4. Weigl, 5. Tapping mano dominante, 6. Idem no dominante, 7. Clave, 8. Trazo A, 9. Trazo B, 10. Dígitos, 11. Señalado, 12. Memoria lógica inmediata, 13. Memoria lógica 30', 14. Memoria visual inmediata, 15. Memoria visual 30', 16. Aprendizaje asociativo.  
Las desviaciones se representan sobre la media global de las tres muestras.

## DISCUSION

Tal como se puede apreciar en la representación gráfica y como expresan cuantitativamente los coeficientes de correlación, el perfil de rendimientos de los pacientes alcohólicos es claramente distinto del de los otros dos grupos. Comparativamente sus aspectos más deficitarios se centran en las tareas que presuponen unos niveles de complejidad más elevados, tanto en lo que hace referencia a requerimientos de abstracción y de planificación como de control de la acción. Estas tareas saturan, como ya hemos visto, en el primer factor y la figura 8 refleja una afectación comparativamente superior. Por el contrario, los logros en las tareas mnésicas y las que implican únicamente rapidez se hallan bien conservadas, siendo su alteración característica de los otros dos grupos. La mayor afectación de la retención y memoria inmediata de los pacientes orgánicos en relación a los depresivos es coherente con la bibliografía existente (Coughlan y Hollows, 1984; Gass y cols., 1987; Hart y cols., 1987)

En resumen, el análisis configuracional confirma los resultados obtenidos en los dos estudios anteriores a pesar de haber empleado metodologías muy distintas.

### 3.4 SUSTRATO NEUROLOGICO DE LA DISFUNCION CEREBRAL

El análisis de los rendimientos neuropsicológicos de los pacientes alcohólicos, junto a la información procedente de los estudios neurofisiológicos, neuroradiológicos y necrópsicos ha dado lugar a diferentes hipótesis sobre el sustrato neurológico responsable del deterioro cognitivo de los pacientes alcohólicos abstinentes. En los apartados anteriores (capítulo 3.3) hemos visto como los déficits más característicos de estos enfermos, y que los diferencian de los cuadros orgánicos neurológicos o psiquiátricos, se centran en las funciones sustentadas por los lóbulos frontales. Es decir, las que implican fundamentalmente una mayor capacidad de asociación y de organización de conductas complejas. El hecho de que sistemáticamente aparezcan peores rendimientos ante tareas manipulativas en relación a las verbales ha sugerido una posible lateralización de la disfunción hacia el hemisferio no dominante. Para la comprobación de estas hipótesis hemos diseñado dos estudios basados en comparaciones intragrupo.