

Estudio comparativo de tres grupos de alcohólicos

A. V. MATEO PEREZ

Médico Especialista de 1^{er}. Grado en Psiquiatría. Santo Domingo, República Dominicana.

E. GUMA DIAZ

Doctor en Ciencias Biológicas. Profesor Titular. Médico Especialista de 2.º Grado en Fisiología Normal y Patológica, Neurofisiólogo del Hospital Psiquiátrico de La Habana, Cuba.

R. GONZALEZ MENENDEZ

Profesor Auxilia. Médico Especialista de 2.º Grado en Psiquiatría. Jefe del Servicio "Rogelio Paredes" del Hospital Psiquiátrico de La Habana, Cuba.

RESUMEN

A 21 alcohólicos primarios hospitalizados, 53 alcohólicos primarios ambulatorios y 48 alcohólicos secundarios ambulatorios les fue aplicada una historia clínica estructurada así como el cuestionario MAST (Michigan Alcoholism Screening Test), comparándose los resultados obtenidos en los tres grupos de pacientes mediante pruebas estadísticas no paramétricas. Se confirmó la mayor gravedad de los pacientes hospitalizados, caracterizada por mayor consumo abusivo resultante en un mayor grado de deterioro, alcanzado con mayor rapidez a pesar de ser portadores de menor carga hereditaria alcohólica.

Palabras Clave: Alcoholismo. MAST

SUMMARY

A structured interview and the Michigan Alcoholism Screening Test were administered to 21 primary alcoholic inpatients, 53 primary alcoholic outpatients and 48 secondary alcoholic outpatients. Results from the three groups of alcoholic patients were statistically compared by non-parametric tests. Greater severity of the alcoholism in the inpatients was shown by higher abusive consume leading to deeper and faster deterioration in spite of lesser alcoholic inheritance.

Key Words: Alcoholism. MAST.

RÉSUMÉ

On a appliqué une histoire clinique structurée et le questionnaire MAST (Michigan Alcoholism Screening Test) à 21 alcooliques primaires hospitalisés, 53 alcooliques primaires en traitement ambulatoire, et 48 alcooliques secondaires également en traitement ambulatoire; les résultats obtenus des trois groupes ont été comparés avec des statistiques non paramétriques. Le plus haut niveau de gravité a été confirmé chez les malades hospitalisés, de consommation plus élevée, impliquant une détérioration plus importante, quoique ces malades aient eu une charge héréditaire alcoolique moindre.

Mots Clé: Alcoolisme. MAST.

CORRESPONDENCIA A:

E. Gumá Díaz

Hospital Psiquiátrico de La Habana

Avenida Independencia 26520, Mazorra, Municipio

Boyeros, Ciudad de La Habana

CP 19220, Cuba

INTRODUCCION

El alcohol, debido a la diversidad de sus fuentes de obtención, fue antes de la universalización del tabaco, el tóxico de mayor difusión y consumo mundiales y sus potencialidades nocivas fueron conocidas desde tiempos remotos. Sin embargo, no fue hasta 1849 que Magnus Huss acuñó en Suecia el término alcoholismo con la connotación de enfermedad (Alonso-Fernández, 1981).

Actualmente el alcoholismo es considerado un trastorno conductual crónico, manifestado por repetidas ingestas de alcohol, excesivas respecto a las normas dietéticas y sociales de la comunidad y que llegan a interferir con la salud o con las funciones económicas o sociales del bebedor (OMS, 1976).

La valoración de un sujeto como alcohólico se basa en dos criterios, uno tóxico centrado en los daños biológicos, psicológicos y sociales y otro determinista relacionado con la pérdida de la libertad ante el alcohol (Alonso-Fernández, 1981). Estos dos criterios conforman la modalidad clínica conocida como alcoholismo primario, caracterizada por no existir relación patogénica con ninguna otra entidad nosológica previa, mientras que las modalidades de alcoholismo que son consecuencia de otras afecciones precedentes son conocidas como alcoholismo secundario (González, 1983).

Los distintos grados en la frecuencia y el volumen de la ingestión de alcohol se traducen clínicamente en progresivas afectaciones somáticas, de la personalidad, neuropsíquicas y sociales. La decisión de tratar ambulatoriamente o en internamiento hospitalario a un paciente alcohólico implica una valoración de gravedad, para la cual generalmente no se dispone de definiciones operacionales ni de normas establecidas por las autoridades sanitarias.

Esta decisión tiene como base objetiva al estado del paciente pero depende también del criterio subjetivo que respecto al estado del paciente y a la consecuente conducta terapéutica tengan el mismo paciente, sus familiares y otras personas relacionadas con él, así como el personal facultativo al que se recurra.

Con el propósito de tratar de precisar los elementos objetivos que en la práctica asistencial concurren en la conformación del criterio subjetivo de gravedad del alcoholismo, realizamos el presente estudio comparando pacientes alcohólicos primarios y secundarios, tanto bajo tratamiento ambulatorio como internados en una institución hospitalaria.

MATERIAL Y METODO

Estudiamos 122 varones adultos clasificados institucionalmente como alcohólicos crónicos, desintoxicados más de 15 días, bajo tratamiento ambulatorio en el Departamento de Tratamientos Especializados (101 casos), o ingresados en el Servicio "Rogelio Paredes" (21 casos), ambos del Hospital Psiquiátrico de La Habana (Cuba), con más de tres años de evolución como bebedor problema, libres de síntomas de abstinencia y de limitaciones físicas no corregidas, los cuáles fueron rediagnosticados por uno de los autores (A.V.M.P.), mediante entrevista psiquiátrica y revisión de la historia clínica institucional, como portadores de "Dependencia del Alcohol" (código 303 del G.C.2 de la C.I.E. 9, 1983).

Se formaron tres grupos de pacientes: 53 alcohólicos primarios ambulatorios (APA) sin antecedentes psiquiátricos no dependientes del alcoholismo, 48 alcohólicos secundarios ambulatorios (ASA) con antecedentes psiquiátricos previos al alcoholismo y relevantes para la patogenia del mismo, y 21 alcohólicos primarios hospitalizados (APH) sin antecedentes psiquiátricos no dependientes del alcoholismo.

A cada uno de los 122 pacientes le fueron aplicados una historia clínica estructurado y el cuestionario epidemiológico de alcoholismo MAST (Selzer, 1971). Los datos así obtenidos fueron tabulados y procesados automáticamente mediante una microcomputadora LTEL-22 utilizando el paquete estadístico MICROSTA.

Para todas las variables se calcularon estadígrafos descriptivos de la tendencia central (media aritmética) y de la dispersión (desviación típica). Para las comparaciones entre grupos se calculó el estadígrafo J² aplicando las pruebas estadísticas no para-

métricas de una cola para dos muestras independientes de Kolmogorov-Smirnov (con aproximación de J^2 y dos grados de libertad) y de J^2 (con un grado de libertad) (Siegel, 1977). Se fijó un nivel de probabilidad igual o mayor que el 95% ($p < 0.05$; tablas de Hald y Sinkbaek, 1950) para rechazar la hipótesis de nulidad y aceptar como significativas las diferencias entre grupos.

RESULTADOS

Los promedios de las calificaciones del MAST de los tres grupos de alcohólicos aparecen en la Tabla 1. No existen diferencias entre las calificaciones de los pacientes ambulatorios primarios y secundarios (13.7 y 14.1 puntos, respectivamente), pero los hospitalizados sí muestran calificaciones significativamente más altas (18.1 puntos).

En las Tablas 2 y 3 aparecen los resultados correspondientes a las variables sociodemográficas y a los antecedentes patológicos. Obsérvese que los sujetos del grupo APH eran más jóvenes y de mayor escolaridad, mientras que los del grupo APA mantenían mayor estabilidad laboral y conyugal. Se destaca la menor frecuencia de antecedentes familiares de alcoholismo en el grupo APH, así como la baja frecuencia de intentos suicidas en el grupo APA.

Respecto al consumo de alcohol en el mes anterior al inicio del actual tratamiento antialcohólico (Tabla 4), se aprecia que los tres grupos bebían fundamentalmente alcohol no destinado a este fin, pero que en los ambulatorios era más frecuente el consumo de cerveza y de bebidas mezcladas, mientras que en los hospitalizados era mayor el consumo de ron y de alcohol rebajado. Aunque las diferencias en el consumo diario (expresado en gramos de etanol por kilogramo de peso corporal) no alcanzaron el nivel de significación estadística fijado, se aprecia una tendencia a un nivel más alto en el grupo APH.

En las Tablas 5 y 6 se presentan la frecuencia y la antigüedad de la presencia de distintas consecuencias (somáticas como la pérdida de peso, cerebrales como los "blackouts", familiares y sociales) del con-

sumo abusivo de alcohol.

Entre las pocas diferencias estadísticamente significativas encontradas se destaca que en el grupo APH los "blackouts" aparecieron más tempranamente y que, aunque los problemas laborales aparecieron más tardíamente, éstos fueron más frecuentes, así como también la alta frecuencia en este grupo de un peso corporal más bajo que el de diez años atrás.

En el grupo ASA se observa una continuada disminución del peso corporal (en relación tanto a diez años como a seis meses atrás), haberse producido más recientemente la necesidad por primera vez de ser llevado ebrio al domicilio y una mayor antigüedad de la presencia de delirios y alucinaciones.

DISCUSION

La comparación de los resultados obtenidos en los tres grupos de alcohólicos bajo tratamiento estudiados muestra un absoluto predominio de las semejanzas sobre las diferencias, correspondiendo estas últimas a una mayor severidad del alcoholismo en los alcohólicos primarios hospitalizados y a la coexistencia en el grupo de alcohólicos secundarios ambulatorios de repercusiones debidas al alcoholismo y a la otra enfermedad psiquiátrica concurrente.

Resultados semejantes fueron obtenidos por O'Sullivan et al. (1983) en alcohólicos primarios y en alcohólicos portadores de enfermedad afectiva, quienes concluyeron que el alcoholismo debe ser considerado en todos los casos como una entidad clínica independiente, la cual una vez establecida sigue un curso propio al margen de cualquier otra enfermedad psiquiátrica coexistente.

La mayor gravedad del alcoholismo en los pacientes hospitalizados fue claramente reflejada por la significativamente más alta calificación obtenida en el cuestionario epidemiológico MAST. Estos pacientes tenían una menor carga genética de riesgo alcohólico y mostraron además tendencia a un mayor consumo diario de alcohol a base de bebidas de alta graduación, resultante en

que sea más frecuente la disminución permanente del peso corporal, más intentos suicidas, mayor desempleo y tendencia a más separaciones conyugales, todo esto en un menor tiempo de evolución (juzgado por el lapso transcurrido desde la aparición de la primera intoxicación, del primer "blackout" y de los problemas laborales).

En resumen, para el grupo APH, mayor deterioro alcanzado más rápidamente a pesar de un menor riesgo genético. Esto parece indicar que los pacientes respecto a quienes se decidió el internamiento hospitalario para su tratamiento, no sólo eran realmente portadores de un alcoholismo más severo, sino que además en este grupo pudiera predominar un tipo particular de individuo, quien a pesar de una menor carga hereditaria abusa más del alcohol y se deteriora más en menos tiempo.

Esto coincide con la existencia de subgrupos dentro de los alcohólicos, definidos

en base al grado de deterioro neuropsicológico, como los encontrados por Shelly y Goldstein (1976), Donovan et al. (1985) y Hesselbrock et al. (1985). Estos últimos autores han insistido en que para lograr una mejor clasificación de los alcohólicos debe atenderse no sólo al deterioro neuropsicológico sino considerar globalmente también la cuantía de la ingestión de alcohol, el deterioro en el funcionamiento social y la inestabilidad emocional.

Esta es también la concepción de los autores de instrumentos epidemiológicos sencillos como el MAST (Selzer, 1971) y de instrumentos clínicos más complejos como el ASI (Addiction Severity Index de McLellan et al., 1985), basados no en la simple consideración del grado de consumo abusivo sino en la valoración global de la totalidad de las áreas potencialmente problemáticas, concepción con la cual coinciden plenamente nuestros resultados.

TABLA 1:
Calificaciones del Cuestionario epidemiológico MAST en tres grupos de alcohólicos

	GRUPOS		
	APH	ASA	APA
n	21	48	53
\bar{X}	18.1*	14.1	13.7
D.T.	3.1	4.7	3.9

* Significativamente diferente ($p < 0.05$) respecto al grupo APA

TABLA 2: Variables sociodemográficas en tres grupos de alcohólicos.

Variable	APH (n= 21) %, o \bar{X} (D.T.)	ASA (n= 48) %, o \bar{X} (D.T.)	APA (n= 53) %, o \bar{X} (D.T.)
Edad (años)	41.3 (6.9)*	42.3 (11.2)	43.5 (11.4)
Escolaridad (años)	10.0 (2.0)*	8.0 (3.0)*	9.0 (3.0)
Desempleados	28.6%*	27.1%*	7.5%
Vida laboral (años)	20.2 (8.3)	20.3 (9.4)	21.2 (9.3)
Casados	52.4%	47.9%*	67.9%
Separaciones (#)	2.1 (2.5)	1.8 (2.5)	1.0 (1.2)
Cambios domicilio (#)	3.1 (2.2)	3.2 (3.2)	3.7 (2.9)

* Significativamente diferente ($p < 0.05$) respecto al grupo APA

TABLA 3: Frecuencia de antecedentes patológicos en tres grupos de alcohólicos.

Antecedentes patológicos	<u>APH (n= 21)</u> %	<u>ASA (n=48)</u> %	<u>APA (n= 53)</u> %
Familiares:			
psicóticos	47.6	52.2	45.3
alcohólicos	33.3*	45.8	49.1
suicidas	19.1	25.0	18.9
Personales:			
suicidas	28.6*	29.2*	5.6
accidentes	42.9	62.5	47.2

* Significativamente diferente ($p < 0.05$) respecto al grupo APA

TABLA 4: Consumo de alcohol en el mes anterior en tres grupos de alcohólicos

Variable	<u>APH (n= 21)</u> %, o X (D.T.)	<u>ASA (n= 48)</u> %, o X (D.T.)	<u>APA (n= 53)</u> %, o X (D.T.)
Consumo diario: gramos etanol por Kg/día	6.9 (6.9)	3.6 (2.8)	4.0 (2.8)
Bebidas consumidas:			
cerveza	4.8%*	16.7%*	28.3%
vino	4.8%	4.2%	1.9%
ron	19.1%*	0.0%	0.0%
licor dulce	0.0%	0.0%	1.9%
alcohol rebajado	57.4%*	79.2%	88.7%
alcohol puro	19.1%*	4.2%	0.0%
bebidas mezcladas	4.8%	8.3%	18.9%

* Significativamente diferente ($p < 0.05$) respecto al grupo APA

TABLA 5: Frecuencia de las consecuencias del consumo abusivo de alcohol en tres grupos de alcohólicos

Variable	<u>APH (n= 21)</u> %	<u>ASA (n= 48)</u> %	<u>APA (n= 53)</u> %
Intoxicación mensual	100.0	100.0	100.0
Blackout mensual	90.5	91.7	94.3
Conducido al domicilio	66.7	60.4	52.8
Dormido en vía pública	23.8	39.6	37.7
Problema laboral	81.0*	52.1	45.3
Conflicto familiar	95.2	93.8	87.0
Problema policial	42.9	41.7	28.3
Delirio o alucinación	23.8	50.0	39.6
Pérdida peso en los últimos 6 meses	23.8	48.7*	30.8
últimos 10 años	57.1*	38.6*	23.5

* Significativamente diferente ($p < 0.05$) respecto al grupo APA

TABLA 6: Antigüedad de las consecuencias del consumo abusivo de alcohol en tres grupos de alcohólicos

Años desde primer(a)	<u>APH</u> X (D.T.)	<u>ASA</u> X (D.T.)	<u>APA</u> X (D.T.)
Intoxicación	24.0 (8.0)	25.6 (11.3)	26.4 (11.0)
Intoxicación mensual	14.6 (7.6)	18.5 (11.3)	15.7 (11.4)
Blackout	9.4 (6.5)*	8.9 (7.8)	6.6 (6.4)
Blackout mensual	7.7 (6.7)	7.9 (7.1)	6.4 (6.2)
Conducido al domicilio	18.6 (9.7)	16.2 (13.3)*	21.0 (9.6)
Dormido en vía pública	11.0 (9.8)	12.5 (11.6)	10.7 (7.3)
Problema laboral	4.4 (3.4)*	8.2 (6.2)	8.9 (6.9)
Conflicto familiar	9.4 (6.1)	12.8 (9.6)	10.2 (7.4)
Problema policial	7.1 (5.0)	6.9 (5.9)	9.5 (5.8)
Delirio o alucinación	3.5 (2.8)	7.2 (6.5)	5.2 (4.8)
Atención médica	4.2 (4.1)	4.1 (6.3)	2.3 (5.1)
Bebedor problema	15.6 (7.6)	19.6 (11.6)	16.9 (11.1)

* Significativamente diferente ($p < 0.05$) respecto al grupo APA

BIBLIOGRAFIA

- ALONSO FERNANDEZ, F. (1981). Alcohol-Dependencia. Madrid, Edit. Pirámide.
- DONOVAN, D. M.; KIVLAHAN, D. R.; WALKER, R. D.; UMLAUF, R. (1985). Derivation and validation of neuropsychological clusters among men alcoholics. J. Stud. Alcohol, 46, pp 205-211.
- G.C.2 de la C.I.E.9 (1983). Glosario Cubano de la Clasificación Internacional de Enfermedades Psiquiátricas. La Habana, Hospital Psiquiátrico de La Habana.
- GONZALEZ, R. (1983). Variedades de alcoholismo. Rev. Hos Psiquiat. Hab., 24, pp 523-529.
- HALD, A. ; SINKBAEK, S. A. (1950). A table of percentage points of the χ^2 -distribution. Skandinavisk Aktuarietidskrift, pp 170-175
- HESSELBROCK, M. N.; WEIDENMAN, M. A.; REED, H. B. C. (1985). Effect of age, sex, drinking history and antisocial personality on neuropsychology of alcoholics. J. Stud. Alcohol, 46, pp 313-320.
- MCLELLAN, A. T.; LUBORSKY, L.; CACCIOLA, J.; GRIFFITH, J.; EVANS, F.; BARR, J. L.; O'BRIEN, C. P. (1985). New data from the Addiction Severity Index. Reliability and validity in three centers. J. nerv. ment. dis., 173, pp 412-423.
- O.M.S. (1976). Glosario de trastornos mentales y guía para su aplicación. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- O'SULLIVAN, K.; WHILLANS, M.; CARRROL, D. B.; CLARE, A. ; COONEY, J. (1983). A comparison of alcoholics with and without coexisting affective disorder. Brit. J. Psychiatry, 143, pp 133-138.
- SELZER, M. (1971). The Michigan Alcoholism Screening Test (MAST): The quest for a new diagnostic instrument. Amer. J. Psychiatry, 127, pp 89-94.
- SHELLY, C. H.; GOLDSTEIN, G. (1976). An empirically derived typology of hospitalized alcoholics. En: GOLDSTEIN, G.; NEURINGER, C. (eds.) Empirical studies of alcoholism. Cambridge (Mass.), Ballinger Publishing Co., pp 195-229.
- SIEGEL, S. (1972). Diseño experimental no paramétrico aplicado a las ciencias de la conducta. La Habana, Instituto Cubano del Libro.