

Originales

Efectos del alcohol en el rendimiento cognitivo de pacientes polidrogodependientes

RAUL RUEDA GUILLEN

Doctor en Psicología

Junta de Andalucía. Delegación de Educación y Ciencia de Cádiz

RESUMEN

El presente estudio analiza el papel del alcohol en el déficit cognitivo que suele aparecer en sujetos polidrogodependientes. Se compara el rendimiento cognitivo de un grupo de polidrogodependientes con el obtenido por otros dos grupos: sujetos no consumidores con trastorno antisocial de la personalidad y sujetos sin patología mental manifiesta. Los resultados muestran que el alcohol no es el único responsable del déficit hallado, pero sus efectos disfuncionales se ven potenciados al consumirlo conjuntamente con otras drogas (interacción). No obstante, el déficit cognitivo observado en sujetos drogodependientes se asocia principalmente con el consumo de drogas ilegales, ya que las correlaciones negativas entre el rendimiento cognitivo y las cantidades consumidas de heroína, cocaína y cannabis son mayores que la obtenida para el alcohol.

Palabras Clave: Polidrogodependencia. Alcohol. Rendimiento cognitivo.

CORRESPONDENCIA A:

Raúl Rueda Guillén

C/. San Federico, 16 - 3.º C

11100 San Fernando - Cádiz

SUMMARY

This report analyses the role of alcohol in the cognitive deficit which usually arises in polydrugs users. We compare the cognitive performance in a polydrugs users group and the performance to get out from two other groups: no drug-taker subjects which antisocial personality disorder and subjects without any evident mental pathology. Results proved that alcohol is not the only responsible of the found deficit, but its malfunction effects are increased when other drugs consumption (interaction). However, cognitive deficit observed in drugs-takers joins principally forces with the illegal drugs consumption, seeing that negative correlations between cognitive performance and the quantity of heroin ingested, cocaine and cannabis are grater than the results with alcohol.

Key Words: Polydrugs, Alcohol. Cognitive performance.

RÉSUMÉ

Cette recherche analyse le rôle de l'alcool sur le déficit cognitif qui apparait habituellement chez les polydrogodépendants. On compare le rendement cognitif d'un groupe de polydrogodépendants et le rendement obtenu dans deux autres groupes de patients: ceux qui ne consomment pas mais qui ont un trouble anti-social dans leur personnalité, et ceux qui ne manifestent aucune pathologie mentale. Les résultats mettent en évidence que l'alcool n'est pas le seul reponsable du déficit constaté, mais ces troubles se voient accentués quand il est consommé en même temps que d'autres drogues (intéraction). Cependant le déficit cognitif observé chez les drogodépendants s'associe surtout avec la consommation de drogues illégales puisque les rapports négatifs entre le rendement cognitif et les quantités consommées d'héroïne, cocaine et cannabis sont plus importantes que les quantités d'alcool

Mots Clé: Polydrogodépendance. Alcool. Rendement cognitif.

INTRODUCCION

El policonsumo (secuencial y/o simultáneo) de drogas constituye un importante problema a la hora de determinar el efecto relativo de una sustancia psicoactiva. Esta dificultad afecta seriamente a los diseños de investigación sobre drogodependencias, y a la validez y fiabilidad de las conclusiones obtenidas con ellos.

La tendencia a hablar de sujetos heroinodependientes, cocainodependientes, etc. observada en muchos trabajos confiere una impresión de "pureza" a los estudios que no se corresponde con la realidad. Considerar a una determinada droga como predominante, sin más, conduce a algunos autores a atribuir el daño encontrado al consumo de dicha droga cuando, de hecho, los sujetos han seguido en la mayoría de las ocasiones una larga "carrera" como consumidores de diversas sustancias y de sus combinaciones. Este fenómeno del policonsumo hace muy difícil precisar cuál de las drogas es la responsable de las alteraciones neuropsicológicas observadas. Además, no debe olvidarse que el uso prolongado de varias drogas puede tener consecuencias explicables únicamente por procesos de interacción, ya que su mezcla puede potenciar, sumar o interferir los efectos propios de cada una.

El abuso de bebidas alcohólicas frecuentemente asociado en los casos de polidrogodependencia constituye uno de los apartados más delicados dentro de la problemática que estamos tratando (18, 19, 21, 25, 26, 28, 36). Curiosamente, el diagnóstico de abuso de alcohol en esta clase de enfermos suele omitirse en favor del abuso y dependencia de otras sustancias más penalizadas socialmente. Se menosprecia de esta manera el riesgo de que, con el paso del tiempo, el abuso de alcohol pueda dar lugar a trastornos importantes, perdiendo una inestimable ocasión para actuar en un sentido preventivo. De hecho, la literatura sobre alcoholismo contiene multitud de estudios que demuestran reiteradamente la existencia de afecciones cerebrales en estos enfermos, a la vez que confirman la presencia de alteraciones cognitivas y psicopatológicas importantes (2, 6, 10, 12, 15, 22, 23, 24, 34).

En los sujetos policonsumidores que uti-

lizan las bebidas alcohólicas como una sustancia más de abuso, resulta una tarea muy complicada clarificar cuál es el papel relativo del alcohol ante la presencia de un trastorno neurocognitivo, entre otras razones, porque actualmente se dispone de muy poca información sobre los efectos que pueden tener lugar por la asociación de una variedad tan amplia de drogas con el alcohol.

Entre los escasos trabajos con implicaciones en esta cuestión, tenemos el de Grant (13) quien administra el WAIS a un grupo de polidrogodependientes y compara sus resultados con los de enfermos psiquiátricos y controles sanos. Los análisis indican una caída generalizada del rendimiento intelectual en los sujetos polidrogodependientes, pero lo más significativo es que este autor observa claras relaciones tanto entre el deterioro cognitivo y los derivados opiáceos como entre aquel y el alcohol en los mismos sujetos.

Por su parte, Pascual-Leone et al. (20) defienden que el nivel de afectación del alcohol y otras drogas sobre el cerebro de drogodependientes se explica más por su consumo conjunto que por los efectos aislados de cada sustancia.

Desde una concepción neurocognitiva de la inteligencia, el alcohol se contempla como una droga psicoactiva más, con el típico efecto de incremento en la tasa de errores de transmisión neuronal en los casos de abuso continuado. Dentro de este marco teórico, se espera que las pruebas psicométricas que evalúan los procesos cognitivos de los sujetos reflejen un déficit producto de dicho disfuncionamiento neuronal. Las investigaciones que han aplicado el WAIS a alcohólicos demuestran, en efecto, una disminución del rendimiento general concretado en un descenso de los CI (3, 4, 7, 10, 11, 34).

La cuestión básica que se plantea en el presente trabajo consiste en determinar si el alcohol es el único responsable de las alteraciones cognitivas usualmente observadas en pacientes polidrogodependientes. Si no fuese así, el paso siguiente sería analizar cuál es la participación relativa del alcohol en dichas alteraciones y ver si tiene lugar algún tipo de interacción entre éste y otras drogas.

MATERIAL Y METODO

Hemos establecido tres grupos para realizar las comparaciones: un grupo de sujetos polidrogodependientes con trastorno antisocial de la personalidad; otro compuesto por sujetos que no son consumidores habituales de drogas ilegales, pero que sí sufren un trastorno antisocial de la personalidad; y,

por último, otro grupo formado por sujetos que no son consumidores habituales de drogas ni presentan patología mental en el momento del examen. El tamaño de las muestras se ha fijado en 31 sujetos para cada grupo. Los criterios de selección muestral pueden observarse en los cuadros I, II y III.

CUADRO I: Criterios de selección muestral: sujetos polidrogodependientes con trastorno antisocial de la personalidad

1. Parámetros personales.
 - a) Sexo: varón.
 - b) Edad: 18-19 años.
 - c) Zona de residencia: capital de provincia.
 - d) Nivel de estudios: 7.º - 8.º de E. G. B.
 - e) Nivel económico familiar: bajo (ingresos mensuales familiares comprendidos entre 15.000 y 25.000 pesetas/miembro).
2. Parámetros médicos.
 - a) Sin historia de daño cerebral.
 - b) Sin anticuerpos (+) del HIV (virus de la inmunodeficiencia humana).
3. Parámetros de la polidrogodependencia.
 - a) Consumo actual y simultáneo de cannabis, heroína y cocaína.
 - b) Al menos tres años de autoadministración de heroína, sin períodos de interrupción superiores a un mes en un año.
 - c) Al menos tres años de autoadministración de cocaína, sin períodos de interrupción superiores a un mes en un año.
 - d) Al menos tres años de consumo de cannabis, sin períodos de interrupción superiores a un mes en un año.
 - e) Consumo de otras drogas ilegales nulo o muy esporádico (de 0 a 12 veces al año).
 - f) Vía de administración endovenosa para la heroína.
4. Parámetros psicopatológicos.
 - a) Cumplir los criterios para el diagnóstico del trastorno antisocial de la personalidad (código 301.70), según la clasificación DSM-III-R.
 - b) Cumplir únicamente los criterios para el diagnóstico del trastorno antisocial de la personalidad

CUADRO II: Criterios de selección muestral: sujetos no drogodependientes con trastorno antisocial de la personalidad

1. Parámetros personales.
 - a) Sexo: varón
 - b) Edad: 18 - 19 años.
 - c) Zona de residencia: capital de provincia.
 - d) Nivel de estudios: 7.º - 8.º de E. G. B.
 - e) Nivel económico familiar: bajo (ingresos mensuales familiares comprendidos entre 15.000 y 25.000 pesetas/miembro).
2. Parámetros médicos.
 - a) Sin historia de daño cerebral.
 - b) Sin anticuerpos (+) del HIV (virus de la inmunodeficiencia humana).
3. Parámetros de drogodependencia.
 - a) Sin consumo habitual pasado ni actual de drogas ilegales.
Se admite un consumo muy esporádico de dichas drogas (de 1 a 12 veces al año).
4. Parámetros psicopatológicos.
 - a) Cumplir los criterios para el diagnóstico del trastorno antisocial de la personalidad (código 301.70), según la clasificación DSM-III-R.
 - b) Cumplir únicamente los criterios para el diagnóstico del trastorno antisocial de la personalidad.

CUADRO III: Criterios de selección muestral: sujetos no drogodependientes y sin patología mental manifiesta

1. Parámetros personales.
 - a) Sexo: varón
 - b) Edad: 18 - 19 años.
 - c) Zona de residencia: capital de provincia.
 - d) Nivel de estudios: 7.º - 8.º de E. G. B.
 - e) Nivel económico familiar: bajo (ingresos mensuales familiares comprendidos entre 15.000 y 25.000 pesetas/miembro).
2. Parámetros médicos.
 - a) Sin historia de daño cerebral.
3. Parámetros de drogodependencia.
 - a) Sin consumo habitual pasado ni actual de drogas ilegales.
Se admite un consumo muy esporádico de dichas drogas (de 1 a 12 veces al año).
4. Parámetros psicopatológicos.
 - a) Sin patología mental manifiesta.

El trastorno antisocial de la personalidad se ha incluido como criterio de selección en dos de los grupos debido a que trabajos previos han demostrado correlaciones positivas entre dicho trastorno, el uso de drogas ilegales y el abuso del alcohol (5, 16, 25, 28, 35, 36). Según estos trabajos, la presencia de uno de esos tres diagnósticos incrementa la probabilidad de efectuar los otros dos, lo cual facilita una elevada presencia de la variable "consumo alcohólico". Por otro lado, algunos estudios sugieren que, a pesar de tener una forma más severa de alcoholismo, los alcohólicos con trastorno antisocial de la personalidad presentan menos signos de deterioro cognitivo y orgánico que los alcohólicos que no sufren dicho trastorno (36). Esto convierte a la personalidad antisocial en una variable a tener en cuenta en la investigación sobre los efectos del alcoholismo (y, probablemente, también de la drogodependencia).

Todos nuestros sujetos son jóvenes recién incorporados al Servicio Militar en la Zona Marítima del Estrecho (Cádiz). La muestra de polidrogodependientes se ha extraído de la población de sujetos consumidores ingresada en la Clínica de Neuropsiquiatría del Hospital de San Carlos (San Fernando). La muestra de sujetos no drogodependientes con trastorno antisocial de la personalidad se compone de pacientes enviados a la mencionada clínica desde sus respectivas dependencias por problemas de comportamiento y adaptación social. Por último, los sujetos no drogodependientes y sin patología mental manifiesta también pertenecen a los reemplazos anteriores, y su selección se realizó de forma aleatoria utilizando las listas de incorporados. En ningún caso se dió a conocer a los sujetos su participación en la investigación, por lo tanto, se trata de muestras no voluntarias.

A todos los sujetos se les solicitaba inicialmente sus datos personales, especificándose en los polidrogodependientes la cantidad de cada droga (en gramos) consumida habitualmente en un día. Asimismo, se les realizaba una exploración diagnóstica con el fin de aplicar los criterios psicopatológicos (trastorno antisocial de la personalidad o ausencia de signos de patología mental, dependiendo del grupo). En el mismo día del primer contacto, se pedía a los sujetos una muestra

vigilada de orina para efectuar un análisis toxicológico, y se extraía una muestra de sangre a los sujetos de los dos grupos con trastorno antisocial de la personalidad para comprobar la ausencia de anticuerpos del virus de la inmunodeficiencia humana (HIV). Creíamos necesaria la aplicación de esta prueba a los sujetos con trastorno antisocial que no eran drogodependientes por la alta frecuencia con la que este tipo de pacientes pasa por las prisiones, siendo la población carcelaria una de alto riesgo por infección de HIV.

Todos los pacientes polidrogodependientes mostraron un síndrome de abstinencia en el momento del ingreso, y todos afirmaban haberse administrado la última dosis de droga dentro de las 48 horas anteriores a dicho ingreso. Seguidamente, estos sujetos disponían de 10 días desde su llegada al hospital para superar el síndrome de abstinencia. Pasado este período, se les mantenía ingresados en fase de recuperación durante otro período que varió entre 30 y 35 días. Hasta la mitad de esta fase, los sujetos recibieron tratamiento benzodiazepínico para su dependencia, y se les administró tratamiento para las complicaciones orgánicas asociadas que, cuando aparecieron, se limitaron a hepatopatías. Las revisiones a lo largo de esas semanas se realizaban en días alternos, en los que los sujetos recibían también sesiones de apoyo psicoterapéutico. No se produjo la pérdida de ningún sujeto durante esta fase del proceso. Al final del mencionado período, se realizaba la recogida de datos sobre consumo alcohólico según el cuadro IV, y, a continuación, se efectuaba a los sujetos una exploración de su nivel de funcionamiento intelectual con la Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos (WAIS). En el momento de la aplicación de esta prueba, los sujetos llevaban un período mínimo de 15 días sin tomar medicación psicoactiva y entre 41 y 47 días sin administrarse drogas ilegales.

Por lo que se refiere al grupo de no drogodependientes con trastorno antisocial, los sujetos seleccionados eran ingresados en el hospital sin medicación por un período de 40 días. Durante esas semanas, los sujetos pasaban revisiones en días alternos, recibiendo una sesión de apoyo psicoterapéutico después de cada revisión. Al término de este

período, se procedía a la recogida de datos sobre consumo de bebidas alcohólicas (cuadro IV). No se produjo la pérdida de sujetos participantes desde el momento del ingreso. Finalmente, el grupo era explorado cognitivamente con la escala de Wechsler.

Después de ser seleccionados, los sujetos no drogodependientes y sin patología mental manifiesta eran enviados a sus destinos por un período de 40 días, al término del cual volvían a ser citados en el hospital. En ese momento, los sujetos respondían al Cuestionario de Análisis Clínico (CAQ) para comprobar de nuevo su estado mental. Aquellos que obtuvieron un decatipo superior a siete en alguna de las escalas clínicas o una puntuación "algo infrecuente" o "infrecuente" en la escala de validación fueron excluidos de la investigación. A continuación, se requerían los datos sobre consumo alcohólico (cuadro IV) y, por último, el grupo finalizaba el proceso respondiendo a la escala de Wechsler.

Cuando había varios sujetos ingresados simultáneamente, se mantuvieron en plantas diferentes del hospital sin contacto entre ellos. Los sujetos sin patología mental manifiesta se desconocían igualmente entre sí y estaban destinados en dependencias diferentes.

Hemos de señalar que los procedimientos explicados se justificaban ante los sujetos bien como parte de las exploraciones médicas normales consiguientes a su incorporación al Servicio Militar (sujetos sin patología mental), o bien por sus problemas de comportamiento (polidrogodependencia y/o trastorno antisocial de la personalidad).

En cuanto al instrumental, se ha utilizado la versión del WAIS traducida y adaptada por TEA Ediciones en su 7.^a edición (33). La administración de esta batería fue llevada a cabo por dos auxiliares que trabajan cotidianamente con material psicométrico, turnándose para cada aplicación. Este personal ignoraba el diagnóstico recibido por los sujetos y el grupo al que estaban asignados.

Para la detección simultánea de los anticuerpos contra los virus de la inmunodeficiencia humana (HIV) tipo 1 y/o tipo 2, hemos empleado la prueba Abbott HIV-1/HIV-2 EIA Recombinante. Esta prueba está comercializada actualmente por

los laboratorios Abbott, S. A.

Se han empleado técnicas de enzimoimmunoensayo y de cromatografía (en capas finas y líquida) para la detección analítica de drogas en muestras de orina. Los análisis se han realizado el mismo día de la recogida muestral. El enzimoimmunoensayo aplicado es de tipo homogéneo o EMIT, que permite determinar la presencia o ausencia de metabolitos por grupos de drogas. El sistema empleado ha sido el ETS, comercializado por la firma SYVA. Para la cromatografía en capas finas, se han utilizado cromatoplasmas de gel de sílice que permiten discriminar los diferentes tipos de metabolitos dentro de un grupo de drogas. Las cromatoplasmas utilizadas pertenecen a la firma Merck-Igoda. El procesamiento de las muestras se ha completado con una cromatografía líquida para determinar la cantidad de cada metabolito encontrado. La cuantificación se realiza en nanogramos por mililitro (ng/ml.) para los metabolitos cannábicos, y en microgramos por mililitros (mcg/ml.) para el resto de las drogas. El aparato empleado es un cromatógrafo de líquido modelo 1084-B con distinto tipo de columnas, perteneciente a la firma Hewlett-Packard.

Todas las pruebas se han aplicado siguiendo las condiciones estándar y de forma individual. También se han respetado las indicaciones de la American Psychiatric Association sobre aplicación de pruebas bioquímicas y psicológicas en casos de uso de sustancias psicoactivas (1).

Como puede apreciarse en el cuadro IV, hemos fraccionado la semana en cuatro períodos para la toma de datos sobre consumo de bebidas alcohólicas (lunes-jueves, viernes, sábado y domingo), debido a que suele haber variaciones importantes en dicho consumo entre esos días. Además, este procedimiento facilita el recuerdo del sujeto sobre su consumo habitual, permitiendo obtener datos más ajustados a la realidad. La ingesta alcohólica se ha medido en gramos de alcohol puro, de forma que se obtenían cuatro cantidades correspondientes a los cuatro períodos mencionados las cuales se sumaban y el resultado era dividido por siete. El procedimiento permite obtener, finalmente, la media de gramos de alcohol puro consumidos por

día a partir del total semanal, considerando las variaciones entre días. El número de gramos asignado a cada tipo de bebida, así como

el proceso de su conversión a gramos de alcohol puro se exponen con detalle en el cuadro V.

CUADRO IV: Guía para la recogida de datos sobre consumo de bebidas alcohólicas.

a) Consumo habitual en un lunes, martes, miércoles o jueves:

- Tipo/s de bebida/s.
- Cantidad de cada una (en centímetros cúbicos).
- Gramos de alcohol puro consumidos habitualmente en uno de estos días x 4= [1]

b) Consumo habitual en un viernes:

- Tipo/s de bebida/s.
- Cantidad de cada una (en centímetros cúbicos).
- Gramos de alcohol puro consumidos habitualmente en un viernes= [2]

c) Consumo habitual en un sábado:

- Tipo/s de bebida/s.
- Cantidad de cada una (en centímetros cúbicos).
- Gramos de alcohol puro consumidos habitualmente en un sábado= [3].

d) Consumo habitual en un domingo.

- Tipo/s de bebida/s.
- Cantidad de cada una (en centímetros cúbicos).
- Gramos de alcohol puro consumidos habitualmente en un domingo= [4].

e) Consumo medio diario:

$$[1] + [2] + [3] + [4] = \square / 7 = \square \text{ gramos de alcohol puro.}$$

CUADRO V: Tipos de bebidas y conversión a gramos de alcohol.

1. TIPO DE BEBIDA Y CONTENIDO ALCOHOLICO MEDIO:	
- Vino de mesa	10 °
- Vino generoso	17 °
- Cerveza	4'5 °
- Ginebra	39'5 °
- Ron	42'5 °
- Brandy	39 °
- Anís	39'5 °
- Aguardiente	47'5 °
- Whisky	43 °
- Vodka	40 °
- Vermouth	17 °
2. VOLUMENES:	
- Vino, vermouth	vaso 100 cc.
"	copa 60 cc.
- Cerveza	caña 200 cc.
"	botellín 250 cc.
- Ron, ginebra, whisky, vodka	"cubata" 50 cc.
- Anís, brandy	copa 50 cc.
3. CONVERSION A GRAMOS DE ALCOHOL:	
- Grados: número de volúmenes de alcohol puro contenido en 100 volúmenes de bebida.	
- Densidad absoluta del alcohol: 0'8 gr./cc.	
- Ejemplo de conversión para una cerveza:	
4'5 ° = 4'5 cc. de alcohol/100 cc. de bebida.	
4'5 x 0'8 = 3'6 gr. de alcohol/100 cc. de bebida.	
Botellín de 250 cc. = 9 gr. de alcohol.	

RESULTADOS

Todos los análisis estadísticos se han llevado a cabo utilizando el paquete SPSS/PC+, V3.1. La tabla I muestra las medidas y desviaciones típicas de los tres grupos respecto al consumo de alcohol y los CI. Se ha elaborado la gráfica I con bloques para los tres grupos con el fin de permitir una visualización más clara de los resultados sobre CI. Por su parte, la tabla II contiene las medias y desviaciones típicas de las variables específicas del grupo de polidrogodependientes.

Se ha realizado un análisis global de varianza no paramétrico mediante la prueba de Kruskal-Wallis, obteniéndose diferencias significativas entre los grupos de sujetos tanto en el consumo de alcohol (chi-square=

64.4452, $p = .0000$) como en los CI (chi-square= 31.3306, $p = .0000$).

Posteriormente, esas variables cuyas comparaciones globales entre grupos han resultado significativas se analizan mediante la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney, para mostrar los contrastes parciales (dos a dos) entre los distintos grupos de sujetos. Los resultados de estas comparaciones intergrupo se ofrecen en la tabla III.

Por último, la tabla IV expone los resultados de un análisis correlacional entre las cantidades de droga que los sujetos polidrogodependientes afirmaban consumir, los resultados de las analíticas de tóxicos, el consumo de alcohol y los CI.

TABLA I: Análisis descriptivo para los tres grupos.

VARIABLE	POLIDROGODEPENDIENTES		SIN PATOLOGIA MENTAL		NO CONSUMIDORES CON TRASTORNO ANTISOCIAL	
	M	DT	M	DT	M	DT
CONSUMO DE ALCOHOL (gr/día)	88.788	27.082	21.530	14.052	118.119	33.754
CI	88.065	8.775	101.968	7.778	97.452	7.545

TABLA II: Análisis descriptivo de variables específicas de los sujetos polidrogodependientes

VARIABLE	M	DT
CANTIDAD DIARIA (gr):		
HEROINA	.644	.492
COCAINA	.391	.193
CANNABIS	2.419	.976
ANALISIS DE TOXICOS:		
OPIACEOS (mcg/ml)	.720	.272
COCAINICOS (mcg/ml)	.787	.577
CANNABICOS (ng/ml)	160.484	71.693

TABLA III: Comparaciones intergrupo: prueba no paramétrica de Mann-Whitney

VARIABLE		PD-SPM	PD-NCCTA	SPM-NCCTA
CONSUMO DE ALCOHOL (gr/día)	Z	-6.5113	-3.3437	-6.7648
	P	.0000	.0008	.0000
CI	Z	-5.1680	-3.9598	-2.1659
	P	.0000	.0001	.0303

PD SUJETOS POLIDROGODEPENDIENTES

SPM SUJETOS SIN PATOLOGIA MENTAL

NCCTA SUJETOS NO CONSUMIDORES CON TRASTORNO ANTISOCIAL

TABLA IV: Análisis de correlaciones

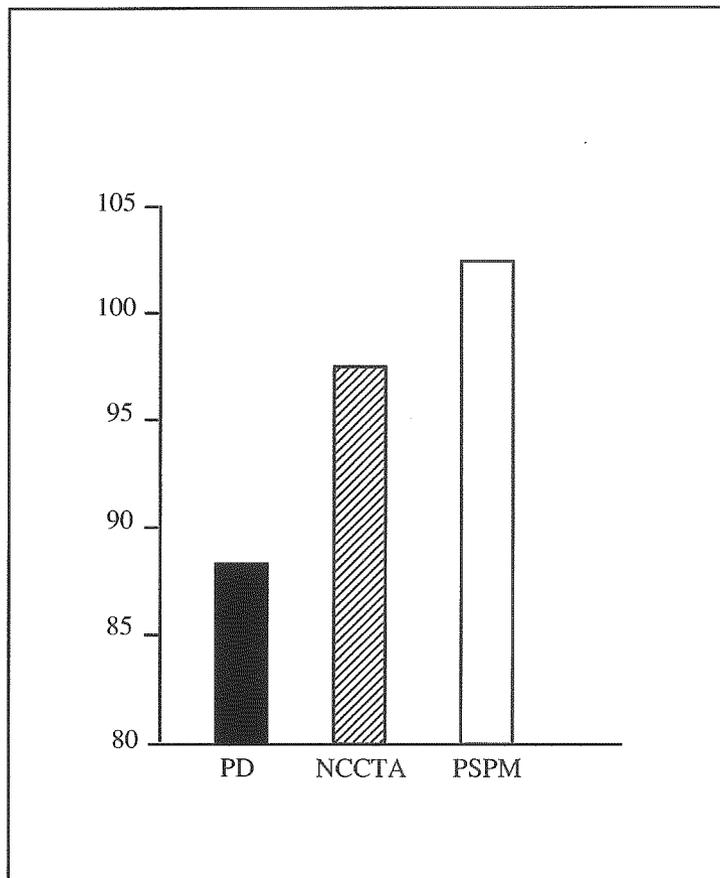
POLIDROGODE- PENDIENTES	HEROINA: CANTIDAD (gr) - CI	- .6117***
	COCAINA: CANTIDAD DIARIA (gr) - CI	-.6257***
	CANNABIS: CANTIDAD DIARIA (gr) - CI	-.4589**
	ANALISIS DE TOXICOS OPIACEOS (mcg/ml) - CI	-.5167**
	ANALISIS DE TOXICOS: COCAINICOS (mcg/ml) - CI	-.4637**
	ANALISIS DE TOXICOS: CANNABICOS (ng/ml) - CI	-.3150
	CONSUMO DE ALCOHOL (gr/día) - CI	-.3599*
SIN PATOLOGIA MENTAL	CONSUMO DE ALCOHOL (gr/día) - CI	-.1814
NO CONSUMIDORES CON TRASTORNO ANTISOCIAL	CONSUMO DE ALCOHOL (gr/día) - CI	-.2768

* .05

** .01

*** .001

GRAFICA I: Medias de los CI por grupos



PD SUJETOS POLIDROGODEPENDIENTES
NCCTA SUJETOS NO CONSUMIDORES CON TRASTORNO ANTISOCIAL
SPM SUJETOS SIN PATOLOGIA MENTAL

DISCUSION

Los resultados muestran que los sujetos polidrogodependientes obtienen un CI inferior a los alcanzados por los grupos de comparación. Este déficit en el rendimiento cognitivo ha sido observado en diversas investigaciones (13, 17, 21, 29, 30); sin embargo, la literatura contiene también trabajos en los que no aparece dicho déficit (8, 14, 27, 31). Curiosamente, los estudios con resultados sig-

nificativos parecen metodológicamente más rigurosos, mientras que los trabajos con resultados negativos han recibido más objeciones de diseño, en general referidas a una ausencia o manejo inadecuado de los grupos de control.

El establecimiento de grupos de comparación se ha mostrado decisivo en la presente investigación. Si hubiéramos comparado los resultados del grupo de polidrogodependientes

únicamente con respecto a los baremos contenidos en el manual del WAIS, la conclusión hubiera sido que no existe un déficit cognitivo importante, ya que el rendimiento de ese grupo se encuentra dentro del rango considerado por los baremos como normal o medio. En el mejor de los casos, hubiéramos podido concluir que los resultados se desviaban hacia los niveles inferiores del promedio, y que esto podía ser indicativo de un deterioro leve. A la luz de nuestro trabajo, esas conclusiones hubiesen sido claramente erróneas y esto es lo que puede haber sucedido en algunos estudios anteriores.

Una de las características más importantes de nuestros sujetos polidrogodependientes y de los sujetos no consumidores pero con trastorno antisocial es su elevada ingesta alcohólica. Este aspecto era de esperar, puesto que la bibliografía contiene numerosas referencias sobre correlaciones positivas entre personalidad antisocial, uso de drogas ilegales y abuso de alcohol (5, 16, 25, 28, 35, 36). Como nuestro grupo de polidrogodependientes sufría también un trastorno antisocial de la personalidad, su patrón de alto consumo alcohólico resulta consistente con los datos de estudios previos.

El problema surge al intentar determinar qué papel juega el alcohol en el déficit cognitivo que presentan los sujetos polidrogodependientes. La ingesta alcohólica de riesgo se ha fijado normalmente entre los 70 y 80 gramos de alcohol puro al día (9, 32). Es decir, las ingestas globales que sobrepasen esas cantidades tienen una alta probabilidad de producir daño orgánico y deterioro cognitivo. Tanto el consumo alcohólico de nuestro sujetos polidrogodependientes como el del grupo de no drogodependientes con trastorno antisocial sobrepasan dichas cantidades. Sin embargo, la ingesta diaria de estos últimos supera significativamente a la de los sujetos polidrogodependientes, siendo esta diferencia de consumo alcohólico entre los

dos grupos la que permite interpretar con mayor claridad los resultados.

Mientras que puede observarse una importante caída del rendimiento cognitivo en los sujetos polidrogodependientes, no sucede lo mismo en el grupo de no drogodependientes con personalidad antisocial. A pesar de que la ingesta alcohólica media es superior en estos últimos, su rendimiento está más cercano al de los sujetos sin patología mental que al de los sujetos drogodependientes. Este hecho descarta la posibilidad de que el alcohol sea el único responsable del déficit hallado en los sujetos polidrogodependientes.

No obstante, la posibilidad de que el alcohol interactúe con otras drogas en la producción de las alteraciones que subyacen al deterioro del rendimiento cognitivo debe ser tenida en consideración. Nuestros resultados apoyan que esa interacción entre los efectos cognitivos de las drogas ilegales y los del alcohol sucede realmente. Mientras que no aparecen correlaciones significativas entre la cantidad de alcohol consumida habitualmente y el CI de los grupos de control, sí hemos encontrado una correlación negativa pequeña pero significativa en el grupo de polidrogodependientes. El hecho importante vuelve a ser que la correlación aparece en los sujetos drogodependientes y no en el grupo de control con personalidad antisocial, a pesar de que estos últimos consumen cantidades mayores de alcohol. Este fenómeno resulta difícil de interpretar si no es a través de una interacción entre drogas ilegales y alcohol que potencia los efectos de este último.

En definitiva, nuestros datos descartan que el consumo de alcohol sea el único responsable de la disminución del rendimiento cognitivo en los sujetos drogodependientes. Todo lo contrario, la relación que existe entre ese déficit y el alcohol viene mediatizada precisamente por el consumo simultáneo de otras drogas psicoactivas. Sin embargo, falta

por determinar la participación relativa del alcohol en dicho déficit en comparación con otras drogas.

El resto de los análisis correlacionales indica una relación más importante entre dicho déficit y el consumo de las drogas ilegales, siendo menor el peso relativo del alcohol. Las cantidades de heroína, cocaína y cannabis que los sujetos afirman consumir diariamente muestran correlaciones negativas y significativas con los CI. Es decir, a mayor cantidad de droga consumida menores es el rendimiento del sujeto, o lo que es igual, mayor es el déficit cognitivo que presenta.

Por otro lado, las correlaciones entre las cantidades de metabolitos opiáceos, cocaínicos y cannábicos halladas en las analíticas y los CI ratifican las afirmaciones anteriores, aunque estas últimas son más bajas y, en el caso del cannabis, no se alcanza la

significatividad. El hecho de que los CI correlacionen más con las cantidades informadas por los sujetos que con los resultados de las analíticas viene a apoyar la mayor representatividad de las primeras. Hay que tener en cuenta que las cantidades obtenidas en las analíticas dependen en extremo de la calidad y cantidad de la última dosis, así como del período transcurrido desde ella.

Dado que los análisis correlacionales no permiten establecer en sentido estricto relaciones causa-efecto, explicar por qué las cantidades de droga y alcohol consumidas correlacionan de forma negativa con el rendimiento cognitivo plantea un problema operacional. Sin embargo, puede establecerse la direccionalidad del proceso teniendo en cuenta sencillamente que la cantidad de droga autoadministrada evoluciona fundamentalmente dependiendo de la progresión en la tolerancia

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1988): DSM-III-R. Barcelona, Masson S. A., 539.
2. BERGMAN, H. et al. (1980): Brain damage and cognitive deficit in alcoholism. Act. Psychiat. Scand., supl. 86, 77-88.
3. BLUSEWICZ, M. et al. (1977): Neuropsychological correlates of chronic alcoholism and aging. J. Nerv. Men. Dis., 165, 5, 348-355.
4. BLUSEWICZ, M. et al. (1977): WAIS performance in young normal, young alcoholic and elderly normal groups: An evaluation of organicity and mental aging indices. J. Clin. Psychol., 33, 4, 1149-1153.
5. BOYD, J. H. et al. (1984): Exclusion criteria of DSM-III. A study of co-occurrence of hierarchy-free syndromes. Arch. Gen. Psychiat., 41, 983-989.
6. BRANDT, J. et al. (1983): Cognitive loss and recovery in long term alcohol abusers. Arch. Gen. Psychiat., 40, 435-441.
7. BREWER, C. y PERRET, L. (1971): Brain damage due to alcohol consumption: an airencephalographic study. Brit. J. Addict., 66, 170-182.
8. BRUHN, P. y MAAGE, A. C. (1975): Intellectual and neuropsychological functions in young men with heavy long-term patterns of drug abuse. Amer. J. Psychiat., 134, 1375-1397.
9. CONDE LOPEZ, V. (1989): Drogadicción actual y alcoholismo en los servicios de psiquiatría de los hospitales generales españoles. Med. Milit., 45, 6, 583-598.
10. GIMENO ESCRIG, C. et al. (1987): Alteraciones cognitivas en pacientes alcohólicos. Rev. Esp. Drogodep., 12, 1, 69-81.
11. GOLDSTEIN, G. y SHELLY, C. (1971): Field dependence and cognitive perceptual and motor skills in alcoholics (a factor analytic study. Quart. J. Stud. Alc., 32, 29-40.
12. GRAFF-RADFORD, N. R. et al. (1982): Brain atrophy and neuropsychological impairment in young alcoholics. J. Stud. Alcohol., 43, 9, 859-868.
13. GRANT, I. et al. (1978): The collaborative neuropsychological study of polydrugs users. Arch. Gen. Psychiat., 35, 1063-1075.
14. GUERRA, D. et al. (1987): Neuropsychological performance in opiate addicts after rapid detoxification. Drug Alcohol Depend., 20, 3, 261-270.
15. HAUG, J. O. (1968): Pneumoencephalographic evidence of brain damage in chronic alcoholics. Act. Psiquiat. Scand., supl. 203, 135-143.
16. HESSELBROCK, M. et al. (1985): Hospitalized alcoholics. Arch. Gen. Psychiat., 42, 1050-1055.
17. HILL, S. Y. (1980): Comprehensive assessment of brain dysfunction in alcoholic individuals: Alcohol and brain research. Act. Psychiat. Scand., supl. 286, 98-106.
18. MELGAREJO, M.; SANAHUJA, P. y MASFERRER, J. (1988): Tratamiento de 182 heroínómanos y resultados: seguimiento a un año (1985-86). Fons Inform., 13.
19. MELGAREJO, M.; SANAHUJA, P. y SALA, LL. (1987): Descripción del consumo de cocaína en un grupo de heroínómanos atendidos en el programa DROSS. Fons Inform., 9, 32-55.
20. PASCUAL-LEONE, A. et al. (1990): Cocaine-induced seizures. Neurol., 40, 3, 404-407.
21. RODRIGUEZ-MARTOS, A. (1988): Complicaciones psiquiátricas del abuso de drogas. Fons Inform., 16.
22. RON, M. A. (1977): Brain damage in chronic alcoholism: a neuropathological, neuroradiological and psychological review. Psychol. Med., 7, 103-112.
23. RON, M. A. (1983): Síndromes of alcohol related brain damage. En Alcohol-related brain damage. New York, A. D. Thomson & W. A. Ron (eds.), 287.
24. RON, M. A. et al. (1982): Computerized tomography of the brain in chronic alcoholism: A survey and follow-up study. Brain, 105, 497-514.
25. ROUNSAVILLE, B. J. y KLEBER, H. D. (1985): Untreated opiate addicts. How do they differ from those seeking treatment? Arch. Gen. Psychiat., 42, 1072-1077.
26. SANZ, P. et al. (1988): Intoxicación mortal por cocaína. Aportación de un caso y revisión de la literatura. Rev. Esp. Drogodep., 13, 4 301-306.

27. SCHAEFFER, J.; ANDRYSIAK, T. y UNGERLEIDER, J. T. (1981): Cognition and long-term use of Ganja. Science, 3, 213-225.
28. SCHUBERT, D. S. P. et al. (1988): A statistical evaluation of the literature regarding the associations among alcoholism, drug abuse and antisocial personality disorder. Internat. J. Addict., 23, 8, 797-808.
29. SPOTTS, J. y SHORITZ, F. (1983): Cognitive performance and drugdependence. Internat. J. Addict., 18, 633-645.
30. VALBUENA, A. et al. (1985): Las toxicomanías como factor de deterioro neuropsicológico. Psiquis, 6, 1 23-29.
31. VARMA, V. K. et al. (1988): Cannabis and cognitive functions: A prospective study. Drug Alcohol Depend., 21, 147-152.
32. WAUGH, M. et al (1989): Effect of social drinking on neuropsychological performance. Brit. J. Addict., 84, 6, 659-667.
33. WECHSLER, D. (1988): Escala de inteligencia de Wechsler para adultos. 7.^a edición, Madrid, TEA Ediciones, S. A., 90.
34. WILKINSON, D. A. y CARLEM, P. L. (1980): Neuropsychological and neurological assessment of alcoholism. J. Stud. Alcohol., 41, 1, 129-139.
35. WOLF, A. W. et al. (1988): Association among major psychiatric diagnoses. J. Consult. Clin. Psychol., 56, 292-294.
36. YATES, W. R.; PETTY, F. y BROWN, K. (1988): Alcoholism in males with antisocial personality disorder. Internat. J. Addict., 23, 10, 999-1010.