

# Estudio de la problemática del alcoholismo en estadios iniciales e intermedios

Dr. D. Juan Cortés Company  
Director del Grupo de Alcohólicos Rehabilitados de ALCOY (G.A.R.A.)

## RESUMEN

*Estudio de la problemática del alcoholismo en estadios iniciales e intermedios. Su diagnóstico. Posibilidades terapéuticas de Tiapride en el medio ambulatorio. Tratamiento estadístico del problema.*

**Palabras clave:** Alcoholismo, Tiapride.

## SUMMARY

*Study of the alcoholism problematic on initial intermediate studies. Its diagnosis. Therapeutics possibilities of Tiapride in the environment and sphere of a national clinic. Statistical processing of the problem.*

**Key words:** Alcoholism, Tiapride.

## INTRODUCCION.

El presente trabajo quiere ser una aproximación a la realidad del alcoholismo como enfermedad, su diagnóstico y tratamiento ambulatorio. (5) (8) (13)

Es necesario apuntar que los límites del trabajo vienen definidos por su contexto «ambulatorio». Esto nos impone una problemática importante que hemos de plantear y resolver en orden a conseguir objetividad en nuestros resultados.

Respecto de la Terapéutica, el estudio se limita al fármaco TIAPRIDE (5) (8) (13) (16) (19) (20), dado que su indicación

principal es el tratamiento del paciente alcohólico.

Respecto del diagnóstico, hemos seleccionado una muestra de pacientes sospechosos de ser alcohólicos.

Nuestra problemática ha sido encontrar el método adecuado de trabajo. En éste punto, las dificultades han sido mayores porque:

1) No hemos querido evaluar un conjunto de pacientes con unas características concretas, tal como suele ocurrir en un marco hospitalario. Nuestro marco de trabajo es ambulatorio.

Dirección:  
G.A.R.A. Carrer del Vall, nº23 Alcoy 03900 Alicante

2) Este marco limita o recorta nuestra capacidad operativa.

3) Pero tiene la ventaja de que podemos extraer conclusiones válidas para la población general.

## MATERIAL Y METODOS

El desarrollo y conclusiones se obtienen por métodos estadísticos. Si bien, la problemática comentada nos ha obligado a seleccionar el método (18) (6). Como quiera que ello pudiera derivar alguna crítica a nuestro proceder, creemos estar en la obligación de anticipar algunas respuestas.

Vemos que los métodos «doble ciego» y «doble ciego cruzado» cumplen bien las exigencias de rigor y flexibilidad. Si bien, tienen para nosotros determinados inconvenientes:

1) Es necesario elaborar un placebo totalmente exento de efectos farmacológicos, o si los tiene, que no interfieran con TIAPRIDE.

2) Dado que la enfermedad alcohólica incluye un síndrome físico y un síndrome psíquico, integrados ambos por varias entidades nosológicas y que además hay determinados condicionantes de tipo psicológico, no hemos sido capaces -a priori- de concebir el placebo adecuado. (4) (1)

3) Operar en medio ambulatorio supone encontrar casos que requieren soluciones urgentes. Puede que las causas no sean siempre de tipo médico, sino circunstancias en el orden personal y familiar. Aquí tampoco hemos podido concebir un placebo, ni resolver el problema de administrarlo, éticamente. (8)

4) Quizá un método correcto es administrar Tiapride a pacientes no alcohólicos y comparar con alcohólicos. No nos ha parecido oportuno hacerlo en el marco del estudio. Tampoco hay razones deontológicas para proceder así.

Esto nos obliga a rechazar métodos de experimentación, y consecuentemente nos abre una sola vía: hacer un estudio «abierto».

Los «defectos» del estudio «abierto» podemos aquí compensarlos: nos basta con hacer una observación muy rigurosa. Una

anotación igualmente rigurosa y posteriormente un trabajo estadístico. De éste modo hemos podido resolver y creemos que con un porcentaje mínimo de error si los efectos observados se deben a TIA-PRIDE o si son fruto del AZAR.

Para conseguir éste objetivo, precisamos una muestra grande. Al menos, estadísticamente significativa. Y es en éste punto donde nos hemos encontrado otro inconveniente cuya solución exponemos.

1) Nuestra muestra está integrada por personas «sospechosos» de ser enfermos alcohólicos. La mayor parte proceden de una entidad social cuyo objetivo es la rehabilitación y reinserción de alcohólicos. Para reclutar a nuestros enfermos nos hemos servido de personal ex-alcohólico conocido, entrenado y fiable; del efecto-impacto de programas radiofónicos diseñados para tal fin, y de solicitudes de ingreso sin mediar ninguno de los modos anteriores. Hemos hecho un contacto inicial con el candidato y le hemos «filtrado» mediante un «Control de recepción» que ha sido el criterio de inclusión o rechazo como «Elemento» de la muestra. (4) (19) (22)

2) Con todo, la muestra tiene unas características que es necesario conocer. A la vez que es necesario saber los motivos que nos han obligado a trabajar de éste modo, ya que forzosamente son motivos extramédicos algunos.

2.1) En nuestro medio socio-cultural, consumir bebidas alcohólicas es un fenómeno normal. Determinados acontecimientos sociales no se conciben sin éste consumo; el alcohol se usa en el nivel de convivencia familiar, laboral, social, etc. (4)

2.2) El factor físico causante del alcoholismo es el «alcohol».

2.3) De los dos anteriores, esperamos que el número de personas expuestas y/o en contacto con el alcohol es elevado. A su vez, proporcionalmente, ha de ser elevado el riesgo de contraer la enfermedad.

2.4) Sin embargo, el número de pacientes que son atendidos en un hospital general por ésta enfermedad no guarda correlación con el riesgo deducido del nivel de ex-

posición a la causa; es notablemente inferior. Y es seguro que el número de diagnósticos es mayor si partimos de procesos físicos o psíquicos consecuencia del alcoholismo. (7)

2.5) Casi siempre, el paciente hospitalizado tanto si lo está por alcoholismo como por sus derivados suele encontrarse en un estadio evolutivo avanzado. Esto queda totalmente fuera de nuestro marco. (7)

2.6) Habrá casos que no llegan a ser asistidos, y puede que ello dependa de la dirección evolutiva de su enfermedad. (excluimos aquí los centros psiquiátricos o establecimientos especializados en alcoholismo).

2.7) La experiencia que nos ofrecen las «Unidades de rehabilitación-reinserción de alcohólicos» (de régimen externo) infiere que un porcentaje elevado de enfermos se encuentran en el hogar, en el trabajo — cuando disfrutan de él— y, por supuesto, en los establecimientos expendedores de bebidas alcohólicas; pero nunca han sido asistidos en el hospital o no han sido internados. (17)

2.8) Pertenecen a este colectivo los que beben en exceso y de algún modo sufren las consecuencias (5). Son personas que acuden al médico (de cabecera» (7) (9) (10) frecuentemente —algunos en cambio no lo hacen jamás— y plantean problemas «complejos». Son candidatos al diagnóstico (aquí despectivo) de «neuróticos», «rentistas», etc...

2.9) Nunca consultan por beber en exceso; no saben o no quieren saber que éste es el motivo de sus problemas. Otros opinan que «la bebida» es su mejor medicina ya que si no beben o disminuyen la dosis, se encuentran peor. (7)

2.10) Son, pues, enfermos sin motivo para ser ingresados, pero son enfermos. no saben (no pueden o no quieren) plantear ni resolver su problema. Casi siempre, alguna influencia ajena —y contra su voluntad— les conduce a la «Unidad de rehabilitación».

— A pesar de lo expuesto, que ha configurado nuestra problemática delimitadora, hemos podido diseñar la muestra.

## a) DISEÑO DE LA MUESTRA

— Aquí, hemos encontrado nuevas dificultades. Esta vez por causa de la ortodoxia del método estadístico. Veámoslas:

1) La primera cuestión es la de calcular el TAMAÑO de la muestra. El método obliga a conocer aproximadamente el tamaño de la población a estudiar; montar experimentos piloto; calcular el error estándar de cada experimento y ajustar el margen de confianza aceptable. (18) (6)

2) Nosotros desconocemos el tamaño de la población. Hay cálculos, pero muy dispares. No tenemos información del método usado para calcular, lo que no nos autoriza a conocer más fiabilidad a una cifra concreta.

3) Hemos de partir de que «el número de de afectados es grande, y por tanto hemos de tratar con una muestra grande».

4) Estudiar una muestra pequeña implica una Distribución T de Student si queremos que las conclusiones puedan aplicarse a la población. Preferimos hacer una Distribución de Gauss, lo que nos obliga a introducir un artificio; trabajar solo con varones (además, el número de mujeres que controlamos es corto y su consideración como elemento nos obliga a la T de Student).

5) Como desconocemos el tamaño de la población, pensamos que el número de elementos de la muestra es 500, mínimo exigido para hacer la Distribución de Gauss. Pedimos disculpas por haber desoído al método, pero no podíamos hacer otra cosa.

## b) CONFIGURACION DEL

b) ESTUDIO ACION DEL ESTUDIO  
— Hemos configurado en el tiempo el trabajo a partir de los resultados observables producidos por la administración de TIAPRIDE en dosis iguales a cada elemento de la muestra.

— El TIAPRIDE se ha administrado en la forma farmacológica:

### TIAPRIDE CLH

— Se ha escogido la forma galénica:  
COMPRIMIDOS DOSIFICADOS CON  
100 mg. de TIAPRIDE CLH

- La pauta de progresión queda definida así:
- *Recepción del candidato a elemento.*
- *Progreso mediante un protocolo de ingreso.*
- *Admisión o rechazo como elemento.*
- *Supresión de consumo de alcohol (fase vigilada)*
- *Administración simultánea de 800 mg./24 h. (repartidos en 4 tomas) de TIAPRIDE CLH durante 4 días.*
- *Control y reducción de la dosis a 600 mg./24 h. manteniéndola 3 días.*
- *Control y reducción de la dosis a 400 mg./24 h. manteniéndola 7 días.*
- *Control y reducción de la dosis a 300 mg./24 h. manteniéndola 15 días.*
- *Control y supresión del fármaco. Fin del experimento.*

### c) PROTOCOLO DE INGRESO

- Hemos revisado varios cuestionarios. El escogido es el siguiente, que hemos usado como Estándar para protocolo de ingreso.

#### DATOS DE CLASIFICACION

- *Apellidos, nombre, edad, estado civil, profesion.*

#### ANTECEDENTES MEDICOS

1.- *Antecedentes familiares:*

- *Padres: enfermedades, hábito alcohólico.*

- *Hermanos: ídem.*

2.- *Antecedentes personales:*

- *Generales, traumatismos, convulsiones, tbc, grado de instrucción, profesiones, aficciones.*

#### JUICIO DEL PACIENTE RESPECTO DEL AMBIENTE FAMILIAR JUICIO DE LOS FAMILIARES RESPECTO DEL PACIENTE HABITO ALCOHOLICO

1.- *Fecha de comienzo. Factores condicionantes (opinión del enfermo).*

2.- *Modo de beber (sólo, acompañado, periódico, aperiódico, en casa, fuera, en ambos).*

3.- *Dieta diaria.*

4.- *Períodos de abstinencia. Duración. Consumo de bebidas no corrientes (alcohol, colonia,...).*

#### SINTOMAS PSIQUICOS Y PSIQUIATRICOS. PRESENCIA O AUSENCIA DE

*Embriaguez patológica. Neurastenia. Caracteropatía (irritabilidad, explosividad, distimias, depresiones). Síndrome paranoide. Amnesia de Korsakow y afines. Delirium tremens.*

#### SINDROME FISICO. PRESENCIA O AUSENCIA DE

1- *Temblor moderado. Pituíta matinal. Anoraxia. Insomnio. Trastornos del sueño. Diarreas.*

2- *Convulsión. Neuritis. Trastornos visuales. Gastritis. Insuficiencia hepática. Cirrosis. Síndrome pelagroide. Anemia. Miocardiopatía. Trastornos endocrinos. Trastornos del erotismo-impotencia. Esterilidad. Senilidad precoz.*

#### FACTORES SOCIALES. PRESENCIA O AUSENCIA DE

*Desajuste familiar. Separación. Disgregación. Absentismo laboral. Degradación. Conducta antisocial. Pérdida de nivel.*

- Parte del protocolo es orientativo del criterio de inclusión en la muestra.

- Para los controles posteriores, el protocolo se ha reducido a:

#### VALORACION DE LA ABSTINENCIA DE BEBIDAS ALCOHOLICAS PRESENCIA O AUSENCIA DE

*Neurastenia. Explosividad. Distimias. Depresión. Síndrome paranoide. Amnesia. Delirium tremens.*

#### PRESENCIA O AUSENCIA DE

*Temblor. Pituíta matinal. Anorexia. Insomnio. Diarrea. Convulsiones. Neuritis. Trastornos visuales. Gastritis. Síntomas de insuficiencia hepática. Trastornos del erotismo. Impotencia.*

Según ha progresado el estudio, se han efectuado experimentos piloto cuyo fin era obtener parámetros tabulares a partir de los estándares utilizados. La confección se hizo despreciando los criterios inseguros del estándar. De éste modo, el protocolo de ingreso ofreció 28 parámetros tabulares, relacionados y codificados.

Los 13 primeros se usaron como criterios «base». Los restantes se trataron como parámetros evolutivos y son los que actúan como operadores lógicos (si/no). La relación es:

1-Edad. 2-Estado civil. 3-Naturalez o lugar de nacimiento. 4-Antecedentes familiares de alcoholismo. 5-Traumatismos leves inducidos por el alcohol. 6-Idem menos graves. 7-Idem graves. 8-Comienzo del hábito. 9-Dosis diaria. 10-Graduación de la bebida. 11-Aspecto externo. 12-Ingestión de bebidas no habituales y tipo. 13-Tipo de hábito. 14-Delirium tremens. 15-Irritabilidad explosiva distimias depresión. 16-Síndrome paranoide. 17-Amnesia. 18-Temblor moderado. 19-Pituita matinal. 20-Anorexia. 21-Insomnio. 22-Convulsiones. 23-Neuritis. 24-Trastornos visuales. 25-Gastritis. 26-Insuficiencia hepática. 27-Trastornos erotismo. 28-Impotencia.

### ESTADISTICA

El desarrollo estadístico se presenta en un artículo aparte, ya que sus características específicas y su extensión no permiten incluirlo aquí.

### CONCLUSIONES

El desarrollo del trabajo estadístico presentado en artículo aparte, nos permite concluir:

- 1) Bajo tratamiento con Tiapride en forma farmacológica, galénica y dosis indicadas, se observa evidente regresión del número de parámetros/síntomas, como de cada parámetro por individuo
- 2) El porcentaje global de la regresión es del 78'9%.
- 3) Dicho porcentaje se expresa sobre una distribución bimodal, por lo que traduce dispersión. Si se ajusta al cálculo alrededor de cada moda, el porcentaje de regresión es mayor.

Esto significaría que TIAPRIDE es EFICAZ en el intervalo comprendido entre el 78'9% y el 100% de mejoras observadas. El valor 78'9% es aplicable a pacientes que son admitidos en la muestra con cuadro clínico complejo. El valor 100% es aplicable a quienes están en los

primeros estadios. El valor medio teórico (89%) es aplicable a todos lo que presentan al comienzo 7 parámetros/síntomas.

4) La máxima eficacia se observa ya al cuarto día de tratamiento.

5) El Tiapride controla todos los parámetros/síntomas evaluados excepto trastornos visuales, trastornos del erotismo e impotencia.

6) No se comunican efectos secundarios. Respecto de la somnolencia, dado que los pacientes padecen insomnio, les resulta beneficiosa.

### BIBLIOGRAFIA

- ABITAN, J. & COLS. "Essai de cure de sevrage éthylique". Sem. Hop. París. 1979, 55, (21-22), 1105-1107.
- ASHTON-TATE (C). "Dbase-III Plus-Manual". Ashton-Tate (c)-1987.
- ASOCIACION ESPAÑOLA DE MEDICINA E HIGIENE ESCOLAR Y UNIVERSITARIA. "Drogadicción en el medio escolar. Necesidad de una educación para la salud". I Congreso sobre drogodependencia en la escuela. Tenerife. Mayo 1987.
- BOGANI MIQUEL, E. "El alcoholismo, enfermedad social". Plaza & Janes S.A. 1976.
- BONNAFOUX, D. & COLS. "Tiapride y supresión de la ingesta alcohólica". Lille Méd. 17-9-79. Suppl (1), 65.
- CARRASCO DE LA PENA, J.L. "Bioestadística básica". Unidad de Alergia Bencard. Laboratorios Beecham. 1986.
- CHAILLOU, E. & COLS. "Le sevrage des malades alcooliques dans un service hospitalier de médecine générale". Sem. Hop. Paris. 2 juin 1983.
- CLOQUETTE, R. "Ensayo ambulatorio de tiaprizal en el etilismo crónico". Bruxelles Médicale, 1977, 57, (5), 227-230.
- FIACADORI, F. "La esteatosis hepática por alcohol". Piccin editor. Padua, 1982.
- GAILLART-SIZARET, C. & COLS "Etude du sevrage sous tiapride de patients alcooliques anxiodépressifs".

- Congrès Psych. Neurol. Reims, 78ème session, 22/28 juin 1980.
- GALAMBOS, J.T. "*Cirrosis hepática*". W.B. Saunders Compay, Philadelphia, USA. 1982.
- GASSULL DURO, M.A. & COLS. "*La enfermedad alcohólica*". 1978-Barcelona.
- LAPORTE, P. & COLS. "*Conducta de deshabitación a proposito del tratamiento de 150 alcohólicos crónicos*". Sem. Hop. Paris. 1979, 55, (7-8), 399, 402.
- LEDESMA JIMENO, A. & COLS. "*Agresividad y mente humana*". (II monograf.) Public. Dep. Psiquiat. Univ. Salamanca, 1981.
- LEDESMA JIMENO, A. & COLS. "*Sexualidad y agresividad*". (monograf.) Public. Dep. Psiquiat. Univ. Salamanca, 1983.
- LESCUT, J. & COLS. "*Interés de Tiapride en etilismo crónico*". Lille Méd. 17-9-79. Supl.1, 73-77
- MARX, A. "*Le Tiapride dans le traitement ambulatoire de l'ethylisme chronique*". Sem. Hôp. Paris, 1981, 57, nº 29, 30, 31, 32, 1347-1348.
- MORENO VIVO, A. "*Manual de estadística médica*". Secc. Cient. C.E.P.A. 1977.
- PALAYÓDAN, A. "*Tiapride el alcoholisme*". Sem. Hop. Paris 1983. (59) 15, 1184-1186.
- PATOUILLARD, G. "*Tiapride y elitismo*". Sem. Hop. Paris. 1981 57, (41-42), 1719-1721.
- PEREZ MARTORELL, J. "*Alcoholismo y su problemática en Alicante*". Caja de Ahorros Provincial de Alicante. Public. nº46. 1977.
- RAMOS CASTELLANOS, J.L. & COLS. "*Nuestra experiencia con Tiapride en enfermos alcohólicos*". Actas luso-esp. Neurol. Psiquiatr., 10.4. 1982.
- RUIZ MONOSALBAS, A. & COLS. "*Nuevas perspectivas terapéuticas en el alcoholismo*". Actas luso-esp. Neurol. Psiquiatr., V.VIII. 8-9. 1981. 5.

# EVOLUCION DE DATOS ESTADISTICOS

