

TRABAJO ORIGINAL

Trastorno por consumo de sustancias en la vejez. Enfoque psicosocial

Margarita Becerra Pino¹ y F. Javier Arteaga Jimenez²

¹ Psiquiatra y psicogeriatra. Profesora en el Dpto. Psiquiatría y Salud Mental. Fac. de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México.

² Psiquiatra y psicoanalista. Profesor en el Dpto. Psiquiatría y Salud Mental. Fac. de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México.

Correo electrónico: dra.becerraconsultorio@hotmail.com

Recibido el 31 de enero de 2017; aceptado el 27 de marzo de 2017.

Conflictos de intereses: no presenta

RESUMEN

El trastorno por consumo de sustancias en las personas adultas mayores (PAM), se refiere sobre todo a alcohol y tabaco, pero en la población aludida, las benzodiazepinas, analgésicos, laxantes y antidiarreicos, son fármacos de los que también se abusa. Se observa que algunas drogas ilícitas (marihuana, cocaína, crack, estimulantes tipo anfetamínicos entre otros), son utilizadas por sujetos mayores de 55 años, situación que se incrementa debido a que los "Baby Boomers" (nacidos entre 1946 y 1964) tuvieron mayor experiencia con el uso recreacional de estas drogas. Respecto a la marihuana ha prosperado el debate acerca de su despenalización tanto para uso médico como recreativo. Las consecuencias físicas, mentales y sociales que resultan de esta patología, se hacen más evidentes a mayor edad.

El presente artículo está enfocado a la personalidad, familia, factores socioculturales y peculiaridades en la vejez. Además, considera la importancia de la relación médico-paciente y toma en cuenta que las PAM no acuden a los servicios de salud por consumo de sustancias, sino por otras enfermedades (síndrome de caídas, hipoglucemia, fallas mnésicas, etc); de ahí la importancia de una buena labor de anamnesis.

Debido a la frecuencia y el grado de avance en los conocimientos del trastorno por consumo de alcohol, tomamos éste como modelo.

Palabras claves: *trastorno por consumo de sustancias, alcohol y vejez*

Substance abuse disorder among older adults: A Psychosocial Analysis

ABSTRACT

The disorder by consumption of substances in the elderly refers above all to alcohol and tobacco, but in the population alluded to, benzodiazepines, analgesics, laxatives and antidiarrheals are medications that are also abused. Some illicit drugs (marihuana, cocaine, crack, stimulants such as amphetamine, among others), are known to be used by people older than 55, a situation that increases due to Baby Boomers (those born between 1946 and 1964) having had more experience with the recreational use of these drugs. With respect to marihuana, the debate regarding its legalization both for medical and recreational use has prospered. The physical, mental and social consequences that result from this pathology become more evident the older the patient.

This article focuses on personality, family, sociocultural factors and peculiarities of old age. Furthermore, it considers the importance of the relationship between doctors and patients taking into account that the elderly don't get medical care because of substance disorders, but do so for other diseases (falls, hypoglycemia, memory problems, etc); here lies the importance of a thorough medical interview.

Due to the frequency and the great advances in the understanding of alcohol consumption disorder, we used it as a model.

Key words: *disorder by consumption of substances, alcohol and elderly*

Introducción

El uso de alcohol, tabaco y otras drogas en las personas adultas mayores (PAM), ha cobrado importancia ante el incremento de la población envejecida. Las PAM forman un grupo heterogéneo: hay diferencias notables entre lo que se considera *un viejo joven* (de 60 a 75 años), los *viejos viejos* (de 75 a 85), y los *viejos muy viejos* (mayores de 85). Cada persona representa un diferente conjunto de retos, fortalezas y situaciones especiales a considerar por el personal de salud.

Las consecuencias físicas, mentales y sociales que resultan de esta patología, se hacen más evidentes a mayor edad.⁽¹⁾ El trastorno por consumo de sustancias en las PAM, se refiere sobre todo a alcohol y tabaco, pero en la población aludida, las benzodiazepinas, analgésicos, laxantes y antidiarreicos, son fármacos de los que también se abusa. Se observa que algunas drogas ilícitas (marihuana, cocaína, crack, estimulantes tipo anfetamínicos entre otros), son utilizadas por sujetos mayores de 55 años, situación que se incrementa debido a que los *"Baby Boomers"* (nacidos entre 1946 y 1964) tuvieron mayor experiencia con el uso "recreacional" de estas drogas. Respecto a la marihuana ha prosperado el debate acerca de su despenalización tanto para uso médico como recreativo.

El alcohol sigue siendo la sustancia de mayor consumo. Su aceptación es entusiasta y socialmente cotizada en la mayoría de las celebraciones, de ahí la popularidad de los "brindis". Su abuso se ha justificado por épocas históricas en muchas culturas, aunque justo es decir que esporádicamente han surgido grupos que cada vez lo toleran menos.

También el tabaco ha tenido su "época de oro"; su aliciente social en el pasado se deja ver en películas y canciones inspiradas en su evocación. Un vivo ejemplo de esto lo fue: *El último cuplé*, donde la actriz Sara Montiel exaltando sensualidad y esplendor, aparece fumando mientras canta el tango: *Fumando espero*. Se descuidó su consumo aún en los adolescentes y esto dió lugar al desarrollo de hábitos lamentables que han terminado en diagnóstico de enfermedades graves. Hasta recién se intenta desalentar el consumo de tabaco, a través de campañas que condicionan su venta y espacios para fumar.

En la práctica clínica, la prescripción de benzodiazepinas todavía es frecuente y más en las PAM. En sus inicios, la opción de prescribir y usar benzodiazepinas fue preferida, al parecer, porque sus efectos adversos eran menores que los de los opiáceos, estimulantes y barbitúricos.⁽²⁾

Mamdani y cols en 2005⁽³⁾ estimaron que en Ontario, la prevalencia del uso de benzodiazepinas en personas mayores de 65 años fue de 15%. Las benzodiazepinas a pesar de mostrar un descenso en su uso, siguen siendo el fármaco más prescrito en todos los trastornos relacionados a la salud mental. Su uso prolongado en PAM se asocia a depresión, ansiedad residual, alteraciones cognitivas, sedación diurna, ataxia, mareos, caídas y salud física precaria.⁽⁴⁾ Se ha reportado mayor frecuencia de trastorno de la personalidad, ansiedad y distimia en las personas mayores de 70 años con uso crónico de benzodiazepinas, aunque la causa-efecto no es clara en todos los casos.⁽⁵⁾ El riesgo de sufrir caídas y fracturas, aparte de las de benzodiazepinas, también se asocia con el uso de antidepresivos, antihipertensivos, diuréticos, beta-bloqueadores, sedantes, hipnóticos, antipsicóticos y esteroides antiinflamatorios.

La correlación más consistentemente documentada del uso de psicotrópicos en las PAM, es: mala salud y sexo femenino.⁽⁶⁾ Entre las mujeres mayores, el uso de psicofármacos se relaciona con circunstancias adversas como el divorcio en esta etapa de la vida, la viudez, una educación baja, problemas somáticos crónicos, pérdidas económicas o de soportes sociales, depresión y ansiedad. Factores asociados a problemas de salud mental o abuso previo de alcohol o drogas, parecen incrementar también la vulnerabilidad para el mal uso o abuso de fármacos psicotrópicos.

Era común pensar que las PAM envejecían exentas del uso de drogas ilícitas;⁽⁷⁾ los datos actuales no apoyan esos supuestos. El patrón de consumo de drogas ilícitas en PAM, puede ser un continuo que inició tempranamente, una recaída después de un período de abstinencia o el inicio de su uso en edad tardía. A pesar de la limitación de datos en población geriátrica y basados en el *National Household Survey on Drug Abuse* (NHSDA), se estima que la necesidad de tratamiento por abuso de drogas ilícitas de personas entre 50 años y más, se quintuplicará entre 1995 y 2020.⁽⁸⁾

En 1979, cuando los “Baby Boomers” tenían entre 21 y 33 años, el 27% de ellos reportaba uso de sustancias ilícitas en el último mes.⁽⁷⁾ Ahora que esta población ha envejecido, es de esperarse un mayor número de usuarios, sobre todo de marihuana (*cannabis sativa*).

El presente artículo está enfocado a los factores psicosociales y peculiares de la vejez. Considerando la frecuencia y el grado de avance en los conocimientos del trastorno por consumo de alcohol, lo tomamos como modelo.

Particularidades en las PAM

En los hábitos del consumo de alcohol no hay que hablar en términos dicotómicos, por ejemplo: *tiene control vs no tiene control*. El DSM-5 describe un espectro entre leve, moderado y grave y lo incluye como “Trastornos relacionados con el alcohol”. Este nuevo enfoque sustituye al clásico término *alcoholismo*, que se ha seguido usando durante tanto tiempo. Sólo alrededor del 15% de las personas con trastorno por consumo de alcohol, están en el extremo *grave* de este espectro. El mayor contingente se encuentra en el consumo de *leve a moderado*. Esto parecería ser consolador, pero al envejecer hay cambios en la absorción, el metabolismo y la excreción del alcohol, así como la interacción con otros fármacos y la comorbilidad en muchos de ellos. La mentalidad más común subestima los riesgos que afrontan las PAM.

Hay un trabajo de Sarah Jo Dixon y cols. de la Universidad de Florida (*Psychopharmacology*, 2014) en el que se demuestra que el alcohol afecta en forma desigual en función de la edad, al conducir vehículos. Participaron 72 personas: la mitad tenía entre 25 y 35 años y la otra mitad entre 55 y 70. En ambos casos les hicieron beber una cantidad de alcohol nunca superior al límite legal fijado en Estados Unidos para conducir: 0,08% en sangre según el test del aliento. Posteriormente realizaron una prueba de conducción a través de un simulador para examinar si sus capacidades estaban alteradas. Primero evaluarón a los sujetos de estudio en su capacidad para permanecer en el centro de su carril, mantenerse a una velocidad constante y la rapidez con que se ajustaban al volante estando sobrios. Al día siguiente fueron divididos en varios grupos y,

mientras unos bebían un placebo con refresco de limón y una cantidad insignificante de alcohol, la bebida del segundo grupo era ya lo suficientemente fuerte como para producir un nivel de alcohol en el aliento de un 0,04%, mientras que en un tercer grupo se utilizó una bebida más fuerte y llegaron a un nivel de 0,065%. Tras ingerir dichas bebidas tuvieron que completar la misma prueba de conducción.

Al comparar los datos de sendas pruebas, los investigadores vieron que en el caso de los jóvenes, el consumo de alcohol no afectó sus habilidades de conducción, si bien aclaran que se trata de un entorno de laboratorio, lo cual no significa que en la práctica, con conductores y bebedores reales, pudieran sufrir alguna variación en su conducción aunque no sea significativa. Pero lo sorprendente fue la diferencia con el grupo de más de 55 años, ya que incluso con pequeños niveles de alcohol, por debajo de lo permitido, ya sufrían cambios a la hora de conducir.

Aunque en los glosarios oficiales (DSM y CIE) están descritos los criterios de *abuso y síndrome de dependencia al alcohol*, no basta este conocimiento, ya que entre los sujetos afectados, hay diferencias sustanciales entre rangos de edad (adolescencia, adultez, vejez) y sexo, debido a la vulnerabilidad orgánica, la personalidad y factores socioculturales. Por lo tanto, tales personas adictas suelen ser subdiagnosticadas o tratadas inadecuadamente, a pesar de confrontar enfermedades que pudieran prevenirse y en algunos casos evitarse.

Otro criterio útil es diferenciar entre la **adicción temprana**, donde el individuo inicia sus hábitos desde la juventud y envejece con ellos, y la **adicción tardía**, que empieza en la adultez tardía o en la vejez. La adicción temprana es predispuesta por la interacción de factores genéticos, circuitos neurobiológicos, rasgos de personalidad y el ambiente sociocultural; de llegar al envejecimiento estos sujetos, lo harán con mucho más consecuencias desfavorables dada la polipatología y un ámbito familiar adverso. En la de inicio tardío, se invocan factores de riesgo como: duelo, jubilación, presencia de dolor crónico, insomnio, depresión y ansiedad, lo que induce a buscar alivio en el consumo de alcohol.

Los criterios que aparecen en el DSM-IV⁽⁹⁾ para “*demenia inducida por el consumo persistente de alcohol*”,

especifican la persistencia del deterioro cognoscitivo y funcional después de la cesación de su consumo, excluyendo todas las otras causas de demencia. Este término da lugar a preguntas como: ¿cuánto tiempo después de la cesación? ¿cómo evaluar la frecuente comorbilidad de estos casos? ¿cómo diferenciar el síndrome Wernicke-Korsakoff de la demencia inducida por el consumo persistente de alcohol?

Otro término utilizado es: “*daño cerebral relacionado con el alcohol*”⁽¹⁰⁾ que en algunos países ha reemplazado el uso de la nosología del DSM. Para muchos médicos este término es más adecuado que el de “*demencia inducida por el consumo persistente de alcohol*”, ya que explica mejor la heterogeneidad de las manifestaciones clínicas, se evita el estigma asociado con el término *demencia* y distingue el carácter no progresivo de otros trastornos neurodegenerativos.

A la fecha, no hay un acuerdo unánime sobre el término “*Trastorno neurocognitivo mayor o leve inducido por sustancias*” expresado en el DSM-5.

Aspectos de la personalidad

Ante circunstancias existenciales graves (pérdida del cónyuge, de la salud, de amistades, del trabajo, rol en la familia y en la sociedad, etc.), el afrontamiento estará matizado por los rasgos previos de la personalidad, lo que caracterizará el modo de envejecer. Según lo expresa M. Krassoievitch⁽¹¹⁾ “Personas con rasgos dominantes de carácter narcisista y obsesivo, son proclives a envejecer con síntomas depresivos. El narcisismo lleva a una dependencia extrema de los demás, en quienes se depositan expectativas de gratificación y satisfacción de necesidades, de modo que la pérdida de la pareja (proveedor de bienes y afecto), es vivida como una mutilación o amenaza para la integridad psicológica. Por otra parte, para estar tranquilo, el individuo pretende embellecer su imagen a través del dinero y la búsqueda de medios para mantener la belleza física, la juventud y la salud. La vejez hace tambalear estas fantasías que, al no ser superadas, auspician psicopatología. Los individuos con personalidad obsesiva, emplean buena parte de su energía en modular reacciones agresivas para ahorrarse conflictos con los demás. En la vejez, con más dificultad para manejar la energía psíquica y cierta

tendencia a la autodevaluación, cualquier pérdida o amenaza de tal energía, aviva el componente hostil que se vierte hacia sí mismo, provocando vivencias de autodesprecio, desamparo, desesperanza, impulso por desaparecer y sentimientos de culpa”. Estos sujetos pueden ser proclives a un consumo tardío de alcohol como bálsamo a sus vicisitudes.

Mucho tiempo se manejó el concepto de **personalidad alcohólica**, llegando a ser esta la connotación más aceptada sobre la etiología del *alcoholismo*; incluso persisten corrientes que validan un supuesto defecto del carácter, que sólo puede ser removido a través de una orientación moralista y religiosa.

En los años 60’s Michel Maccoby y su equipo⁽¹²⁾ emprendieron una investigación longitudinal (5 años) acerca del *alcoholismo* en una comunidad mexicana. Estudiaron una población de 208 hombres y el proyecto, concebido y dirigido por Erich Fromm (psicoanalista humanista), se centró en la estructura del carácter del campesino, en su realidad social, en la motivación de su conducta y en las fuerzas socioeconómicas (modo de trabajo, relaciones familiares e instituciones culturales) que modelan y refuerzan la estructura del carácter. Los rasgos psicológicos adjudicados a los abusadores de alcohol (*alcohólicos*), incluyeron la dependencia oral receptiva, la profunda fijación a la madre, impulsos altamente agresivos y el deseo de escapar a la angustia de la soledad. Aún con todos estos rasgos, no puede decirse que ellos constituyan el “carácter alcohólico” ya que se observan también en gente que no se convierte en “alcohólica” y sí arriva a otros trastornos graves de la personalidad. Lo que estos rasgos del carácter parecen representar, según los investigadores, es un **síndrome de la vulnerabilidad psicológica**.

Estos investigadores⁽¹²⁾ analizaron determinados rasgos del carácter encontrados en su población de “alcohólicos”, bebedores excesivos, bebedores moderados y abstemios (cuadro 1). Si bien, la presencia de un rasgo de carácter receptivo es general entre los hombres de la comunidad estudiada, este rasgo es más pronunciado en los que beben más. La comparación entre “alcohólicos” y abstemios produce una χ^2 de 13,3 significativa al nivel de .001. La evaluación de un modo *receptivo dominante* de asimilación, indica que los “alcohólicos” creen que la fuente de todo bien esta fuera

Rasgo de carácter	Alcohólicos (N=28)	Bebedores Excesivos (N=25)	Bebedores Moderados (N=107)	Abstemios (N=30)	Población masculina Total (N=208)
Sadista	42.9	36.0	17.4	26.7	29.8
Receptivo dominante	82.1	60.0	47.0	36.7	51.4
Receptivo	92.9	84.0	77.8	70.0	79.3
Acumulativo dominante	10.7	16.0	22.2	36.7	22.4
Acumulativo	17.9	48.0	46.2	60.0	45.2
Agresivo	67.0	68.0	36.0	26.7	42.6
"Machismo" pronunciado	63.0	60.0	30.6	34.6	38.6

Cuadro 1

de ellos mismos, y que la única manera de obtener lo que necesitan (afecto, alimentos, amor o placer), está en recibirlo de otros; considerándose incapaces de producirlos ellos mismos. Son particularmente sensibles al rechazo ya que se sienten perdidos y paralizados cuando han de actuar solos, asumir decisiones o aceptar responsabilidad. Expresan a menudo una cordialidad auténtica, alegría y optimismo, especialmente cuando están satisfechos y desean ayudar a los demás; pero también el hacer por los demás, asume la función de asegurarse su favor. La persona receptiva también se caracteriza por su tendencia a superar la inquietud y la depresión comiendo y bebiendo.⁽¹²⁾

El machismo es otro de los enfoques de Maccoby⁽¹²⁾ Significa una actitud de superioridad masculina, el deseo de controlar a las mujeres y de mantenerlas en una posición inferior. Una de las preguntas de la encuesta interrogaba acerca de si las mujeres debieran o no tener los mismos derechos que el hombre. De los "alcohólicos", el 78.6% dijo que no, frente a 44.8% de los abstemios. La χ^2 de la diferencia es de 6.8, significativa al nivel del 1%. En sus explicaciones acerca de por qué las mujeres no debieran tener los mismos derechos que el hombre, los "alcohólicos" mas bien manifestaron temor hacia las mujeres, que superioridad frente a ellas. Suponen que, a menos que se conceda a los hombres una ventaja, las mujeres son capaces de controlarlos. En otros términos, el machismo del "alcohólico" es una reacción de su miedo a las mujeres, una compensación de su sentimiento de debilidad, dependencia y pasividad. Del mismo modo que los "alcohólicos" están dominados por sus mujeres, los solteros dependen de sus madres. El machismo se relaciona

inversamente con los grados de responsabilidad, cooperación, satisfacción en el trabajo y productividad. Se relaciona directamente en cambio, con la agresividad y el carácter belicoso. La relación con la edad no resulta significativa ($r=.077$). La correlación entre alcoholismo y machismo es de .253, significativa al nivel del 1%.

El narcisismo, otro rasgo del campesino "alcohólico", se manifestó no sólo en su falta de interés y actividad, sino también en su necesidad de presentarse como invulnerable, irresistible a las mujeres, sin sentimientos, pero dispuesto siempre a defender su honor, aún por la fuerza de ser necesario.⁽¹²⁾ Ejemplos de esto, lo vierten numerosas películas de la "época de oro" del cine mexicano (1936-1957): "Dicen que soy mujeriego", "¿Qué te ha dado esa mujer?", "Cuando lloran los valientes".

El estudio de campo⁽¹²⁾ reporta además una forma de sadismo particular del "alcohólico" que ha de entenderse como compensación de su receptividad y su debilidad. La clasificación del sadismo refleja un modo "simbiótico" de relación, que tiene por objeto evitar sentirse solo y vacío absorbiendo a otra persona, "tragándosela" por la fuerza.

Pasivo y vacío (dice Maccoby), el "alcohólico" trata de compensarse dominando a otros, especialmente a las mujeres. Fuera de su imaginación, rara vez logra su propósito. Pero su impotencia y frustración pueden encenderse ante una disputa, y el "alcohólico" explotará descargando su furia contra alguien de quien cree que ha desafiado la realidad de su imagen de "macho". La mayor parte de la violencia de la comunidad, incluido el crimen, ha resultado de explosiones repentinas en una cantina, provocadas a veces por un insulto imaginario, agrandado por dudas del propio valer y por el miedo

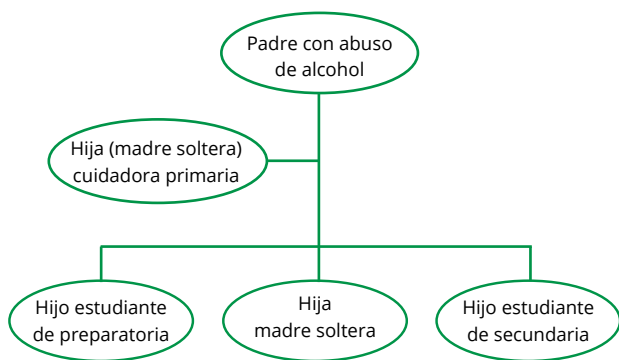


Figura 1

de ceder y de revelarse como un engaño, como un “don nadie”.⁽¹²⁾

Los aldeanos más vulnerables psicológicamente al *alcoholismo*, son los de rasgos del carácter pasivo-receptivo, compensados por narcisismo y machismo, que están intensamente fijados a sus madres. Estos suelen no casarse, sino que permanecen al lado de ellas, contrayendo a veces breves e inestables relaciones amorosas con mujeres. Hay otro tipo de “alcohólico” que empieza a beber *fuerte* en la vida una vez casado. Estos son individuos cuya vulnerabilidad psicológica no es tan grave pero que, combinada con otros factores especialmente en el caso de conflicto con sus esposas, los empuja al *alcoholismo*.⁽¹²⁾ Estas circunstancias caracterológicas y socioculturales, otorgan poderes insospechados a estas mujeres que llegan a convertirse en auténticos motivos de “temor y adoración”.

Esto se revela en la *consagración* que se ha hecho del día de la madre; conocimos el caso de una familia donde la mujer más anciana, era colocada sobre un podio para ser aclamada por toda la familia. El efecto más espectacular de tal ceremonia, era un grupo de mariachis que le cantaban y tocaban el Himno Nacional.

S. Cirillo (terapeuta familiar)⁽¹³⁾ propone que los rasgos de carácter y la propensión al abuso de sustancias, generalmente son precedidas por trastornos de personalidad (dificultades emocionales serias, dificultades en las relaciones interpersonales, escaso control de los impulsos, síntomas de inadaptación, etc.). A diferencia de lo aportado por Maccoby en 1965 (síndrome de vulnerabilidad psicológica), Cirillo señala la ausencia de un perfil psicopatológico típico, estableciendo que la dependencia de sustancias, representa un síntoma

común a distintas formas de trastornos psíquicos, en cada uno de los cuales cumple una función diferente. Ambos argumentos dan su punto de vista sobre diferentes postulados teóricos.

El manejo de la PAM en su condición de adicta no es fácil, sobre todo si carece de conciencia de enfermedad y no es capaz de percibir los riesgos inherentes a su adicción. Esto puede deberse a una negación justificatoria como mecanismo de defensa psicodinámico, o a un deterioro cognoscitivo como la anosognosia (–prefijo privativo a–, y los elementos compositivos –noso– “enfermedad” y –gnosos– “conocimiento”, tomados del griego) secundaria a pérdida neuronal.

¿Qué hacer en estas circunstancias? Un párrafo de Yalom⁽¹⁴⁾ nos lleva al extremo de tal dificultad: “La responsabilidad implica ser el autor de algo, y ser consciente de ella es darse cuenta de que uno está creando el propio destino, el propio ser, su predicamento vital, sus sentimientos y, en algunos casos, el propio sufrimiento. Cuando el paciente no quiere aceptar esta responsabilidad e insiste en culpar a otros –individuos o fuerzas– de su patología, no es posible pensar en una ayuda terapéutica”. Sin embargo, asumir que no se puede hacer nada, es demasiado radical; ante la adversidad pueden buscarse las alternativas posibles. Por ejemplo, en el caso de un paciente (hombre o mujer) ya afectado en sus funciones cognoscitivas, y que ha envejecido abusando del alcohol, podríamos recurrir a la familia pidiéndole que ayude diluyendo paulatinamente la concentración de alcohol de las bebidas que usa el paciente, sin su advertencia y sin alterar sus hábitos rituales de la ingesta. Esto puede evitar un síndrome de abstinencia y hacer más amable la desintoxicación. Hay que considerar el posible riesgo de una “complacencia inconsciente”, tanto de los familiares como de los médicos.

La familia

La familia suele estar menos dañada cuando la adicción de una PAM es de inicio tardío, y puede reaccionar con mejores actitudes cuando se ve obligada a cuidarlo/a, pero aún así, confronta ásperos requerimientos que llegan a despertar ambivalencia o franca animadversión. Cuando esta familia pide ayuda a cual-

quier profesional de la salud, emergen en sus miembros sentimientos encontrados y a veces inconscientes que dificultan la labor terapéutica. En un caso de supervisión clínica, se propuso a la familia internar a la madre en el área de adicciones de un hospital psiquiátrico, pero los hijos rápidamente objetaron: “doctora, mi madre no está loca”. Se les propuso entonces desintoxicarla en un servicio hospitalario y continuar su tratamiento en un centro de adicciones. A ello objetaron la condición de no mencionar su alcoholismo porque “el seguro médico no cubre esos gastos”. Se les indicó entonces, una desintoxicación paulatina en casa, bajo atención médica y de enfermería, a lo cuál argumentaron: “no doctora... mi mamá nunca aceptaría sentirse vigilada..., además, ya está grande, ¡mejor díganos cómo hacerle para que pueda beber... pero más poquito!”

Esto da idea de las dificultades que en muchos casos afronta tanto el o la paciente, como el grupo familiar y el personal de salud. ¿Qué se puede hacer cuando hay pocas esperanzas de una mejoría? ¿Cómo alentar intervenciones familiares eficientes? ¿Cómo prevenir que la dinámica familiar no resulte más nociva que beneficiosa?

Hay estudios⁽¹³⁾ enfocados a la familia de adolescentes y adultos con adicción, que avalan hipótesis sobre el *rol de la familia* en la génesis y mantenimiento de la adicción de alguno de sus miembros. La idea es que el síntoma funciona como una “homeostásis” que distrae la atención de unos y otros acerca de sus propios conflictos. Sin embargo no es fácil encontrar estudios equivalentes sobre familias de las PAM adictas. La figura 1 ilustra cómo la misma hija cuida al padre adicto y a la vez, a sus propios hijos, y en ocasiones hasta a sus nietos. Es de esperarse el colapso de quien llega a verse sometido a estas presiones.

Aspectos socioculturales

En la persona adicta, la amplitud de este tema abarca sus medios de subsistencia y su consecuente nivel socioeconómico, su grado de cultura, la tolerancia de la sociedad, si vive sola o con quién cohabita, etc. Además del estigma de la edad, las PAM afrontan otras vicisitudes: los hombres suelen ser más proclives al abuso de alcohol sobre todo en la etapa del retiro laboral. Por

razones socioculturales, las mujeres que abusan del alcohol son más estigmatizadas; esto es evidente en aquellas que crecieron en épocas en las que el consumo de alcohol era más censurado para ellas. En México existe un patrón de consumo de grandes cantidades por ocasión y, como fenómeno más reciente, la ingesta excesiva de alcohol a edades cada vez más tempranas, lo que incluye también a las mujeres.⁽¹⁵⁾ En las PAM, los clínicos observamos un patrón de consumo de menos cantidad pero cotidiana, a lo que se agrega el consumo de fármacos prescritos o no.

En las zonas rurales de México donde vive cerca del 23% de la población,⁽¹⁶⁾ se ha documentado que el porcentaje de la dependencia al consumo de alcohol es mayor que en las urbanas (10.5% vs 9.3%).⁽¹⁵⁾ En estas regiones las personas no identifican este consumo como problema, lo consideran socialmente válido y así, difícilmente llega como demanda de consulta médica, hasta que aparece una comorbilidad o secuela social grave⁽¹⁷⁾ Esto se complica debido a la percepción de algunos miembros del personal de salud que consideran el alcoholismo como normal en ciertas regiones, o como incurable en otras. Además, a pesar de la evidencia mostrada sobre la eficacia de políticas reguladoras de bebidas alcohólicas, estas son escasamente cumplidas en relación a la disponibilidad y restricción de su venta a menores de edad.⁽¹⁷⁾

Un estudio de caso con enfoque cualitativo realizado en una localidad rural en México,⁽¹⁸⁾ reporta diferentes percepciones sobre el consumo de alcohol en las mujeres por parte de los prestadores de los servicios de salud: la auxiliar y la jefa de jurisdicción sanitaria, identificaron el consumo femenino como problema de salud en la comunidad. Esta percepción no la comparten los médicos que laboran en la localidad: ellos manifiestan que el consumo es mayormente masculino y que “es raro que la mujer tome”. ¿Qué significado tendrá esta diferencia de percepciones? ¿Serán simples prejuicios?

En el ideario popular ha perdurado cierta noción de la mujer anciana como venerable, lo que tiende a alejarla del juicio de “*la abuelita alcohólica*”, por lo que suele no aludirse a su consumo de alcohol en el interrogatorio médico. La alusión al “*viejo borracho*” y a la “*vieja borracha*” implica prácticas discriminatorias ancestrales, y por ejemplo, el veto de acceso a la cantina para las mu-

eres, duró toda una época. Sólo a lo largo del tiempo se ha ido relajado. Al facilitarse la disponibilidad del alcohol para ambos sexos, se observa que el número de mujeres que abusan de él tiende a aumentar, consecuencia de lo cual hay cada vez más ancianas con este problema.

El paradigma del *Envejecimiento Exitoso*

Rowe y Kahn en 1998⁽¹⁹⁾ postularon el paradigma del envejecimiento exitoso (EE) al que condicionaron a tres componentes:

- Baja probabilidad de enfermar y de padecer alguna discapacidad
- Alta capacidad física y cognoscitiva
- Involucramiento activo en la vida cotidiana: relación dinámica con otros y actitud productiva

Este paradigma surge contemporáneo al neoliberalismo (teoría político-económica de “libre competencia”), donde el individuo es el lugar de la acción social, libre y responsable de su salud y eficacia en las esferas públicas y privadas. Es decir, cada uno tiene su impacto dramático sobre el éxito o fracaso en su proceso de envejecer. Habría que reflexionar sobre este paradigma teórico que sólo abarca al 10% de la población. ¿Qué hay de tantas PAM que llegan sin opciones “de éxito” por padecer enfermedades mentales, o de tantas otras marginadas por la pobreza o sin respaldo de una seguridad social? ¿Cuál será la mirada de aquellos profesionistas de la salud ante personas adictas envejecidas que no logran los tres componentes del bienestar del EE?... ¿van a ser *sargenteadas* ante el prejuicio de que “él /ella se lo buscó”?... ¿será tan concreto el verso de Amado Nervo: *...“porque veo al final de mi largo camino, que yo fui el arquitecto de mi propio destino”*? Este principio de EE ni aplica para todos, ni es enteramente real; no somos ajenos a lo predeterminado tanto en lo genético como en lo del medio ambiente que nos toca habitar. Los trabajadores de la salud necesitamos entender la problemática de la PAM adicta y sin prejuicios, tomar decisiones y estrategias para el adecuado tratamiento del paciente. Al final podríamos convertir en un prejuicio este paradigma.

¿Qué tan posible es poner un estandar de EE como el

que proponen Rowen y Kahn? Un modelo de envejecimiento con una meta fija como la enunciada, evita una mirada flexible acerca de los cambios que se pasan a través de la vida. Cualquier constructo de EE que utilice la perspectiva del curso de la vida, hace verse al envejecimiento como un proceso de desarrollo continuo y que requiere, tanto un esfuerzo individual, como el apoyo social. Una perspectiva del curso de la vida permite la heterogeneidad de envejecer “exitosamente”.⁽¹⁹⁾

Anamnesis

Ignorar el trastorno por consumo de sustancias en las PAM, significa preservar el problema. El médico no debe subestimar los riesgos de este consumo, por lo que en todo acto de exploración médica, habrá que indagar puntualmente la cantidad, la frecuencia y el tiempo de consumo de alcohol, tabaco, benzodiazepinas, analgésicos, laxantes, y cualquier otro. Más aún en aquellas PAM que cursen con:

- quejas acerca de su integridad mnésica
- síntomas de depresión y/o ansiedad (investigar de rutina ideación suicida)
- abandono de la higiene (hábitus exterior)
- síndrome de caídas
- delirium
- miopatías
- incontinencias
- hiporexia, anorexia, desnutrición
- trastornos del sueño
- convulsiones
- problemas para controlar la glicemia
- gastritis y esofagitis recurrente
- cambios en la conducta o aislamiento social

Es conveniente usar instrumentos clinimétricos (validados en cada país) con objeto de valorar la cognición, la funcionalidad y los síntomas neuropsiquiátricos.

Los instrumentos disponibles para estudiar el consumo de alcohol, son sensibles para detectar problemas avanzados, aunque son menos confiables para detectar etapas incipientes de consumo. Contamos con el Screening de Alcoholismo (CAGE) y el *Michigan Alcoholism Screening Test* – Versión Geriátrica (MAST-G) diseñados para las PAM.

Relación médico-paciente

J.L. Patiño opina que, (20) ...“Por amplios conocimientos y avances técnicos que desarrolle un médico, si no es capaz de acercarse al enfermo tomando en cuenta su angustia y sus circunstancias, será un mal médico”, y citando a Von Weizächer: “Cualquier enfermedad está bordada siempre en la biografía del enfermo y le afectará según la esté asumiendo; sea cual fuere la etapa de su ciclo vital (más que biológico). El médico, por su parte, lleva su quehacer profesional plasmado también en una red de circunstancias condicionadas por su propia biografía. Así pues, en la relación médico-paciente, habrá un intercambio de motivaciones y actos derivados de la personalidad de cada uno de ellos; con los efectos consecuentes”.

El significado que adquiere la enfermedad en la PAM, estará en función de: la conciencia de enfermedad, el grado de disfuncionalidad, discapacidad y la responsabilidad emocional motivada por su personalidad. La enfermedad produce una reacción global de la personalidad, no solo una reacción escueta del organismo.

Sin embargo, la contratransferencia está al asecho y puede desvirtuar la relación médico-paciente, ocasionar angustia en el médico, impotencia ante el deterioro del enfermo, animadversión contra la familia y otras reacciones desfavorables como la pérdida de la objetividad terapéutica.

Una actitud compasiva pero serena del médico, su contacto significativo y una exploración interesada más allá de la rutina, influirán en la confianza y autoridad que obtenga del paciente y sus familiares. Esto alentará un mejor apego a las instrucciones y prescripciones.

En la práctica clínica se observa el hecho de que los pacientes dependientes de fármacos controlados por receta médica, desarrollan actitudes y conductas eficientes para proveer sus necesidades. Entre otros recursos, se entrenan en la falsificación de recetas, en negociar con los dependientes de la farmacia, manipular con síntomas reales o simulados a familiares y amigos. Especial mención requiere el manejo que algunos ponen en juego ante los médicos para obtener recetas de más, por ejemplo: esperar el último instante de la consulta, elaborar amenazas de suicidio veladas, demandar una receta para cualquier familiar, pedir re-

jetas con fecha diferida “por si se le termina el medicamento”, intentar conmovir al médico haciendo horas de antesala o montar escenas perturbadoras en el consultorio y en ocasiones, mandar a terceros pidiendo “el favor” de “su” receta.

Terapéutica

En un artículo de difusión titulado: La irracionalidad de Alcohólicos Anónimos (AA), Gabrielle Glaser menciona que el programa de los 12 pasos de AA, está basado en la fe y es el tratamiento dominante. Investigadores actuales han encontrado otros tratamientos eficaces como el uso de psicofármacos combinados con terapia cognitivo-conductual.

Los conceptos siguientes, han sido tomados de un artículo de difusión enviado por Carlos de los Ángeles al maestro José Ángel Saviñón, quien dirige una red latinoamericana de psiquiatras por internet.

Alcohólicos Anónimos se estableció en 1935 cuando el conocimiento del cerebro estaba en su infancia. Ofrece un único camino a la recuperación: la abstinencia de alcohol para toda la vida. El programa insta a los miembros a renunciar a su “ego”, aceptar que son “impotentes” sobre el alcohol, hacer las paces con aquellos que han tratado injustamente, y orar.

Podemos dar idea del encuadre terapéutico de AA con el siguiente párrafo de su libro fundamental:

“Rara vez hemos visto fracasar a una persona que haya seguido plenamente nuestra ruta. Los que no se recuperan son las personas que no pueden o no quieren entregarse por completo a este sencillo programa, por lo general los hombres y mujeres que son constitucionalmente incapaces de ser honestos consigo mismos. Existen tales desgraciados. Ellos no tienen la culpa; parecen haber nacido de esa manera.”

Hemos crecido tan acostumbrados a los testimonios de quienes dicen que AA salvó su vida, que tomamos la eficacia del programa como un artículo de fe. Rara vez escuchamos de aquellos para los que el tratamiento de los 12 pasos no funcionó, pero: ¿cuántos testigos podríamos citar que han rebotado dentro y fuera de la rehabilitación sin conseguir nada mejor? ¿por qué suponer que fallaron ellos en lugar de pensar que quien falló, fue el programa?

Sobre todo, a los no teístas, el concepto de “pedir a Dios para eliminar los defectos del carácter” puede parecerles anacrónico (y hasta omnipotente).

Bill Wilson, fundador de AA, tenía razón cuando insistió hace 80 años en que la dependencia del alcohol es una enfermedad, no una falta moral (vicio). ¿Por qué entonces, tan pocas veces se le trata médicamente? (Lo que suele tratarse médicamente, son sus efectos colaterales, mas no la adicción como enfermedad).

Cuando el centro de tratamiento de Hazelden abrió sus puertas en 1949, se anotó cinco aciertos para sus pacientes: comportamiento responsable, asistencia a conferencias sobre los 12 pasos, hacer su cama, mantenerse sobrio, y hablar con otros pacientes. Esto llevó a un descubrimiento alentador que se ha vuelto piedra angular del modelo Minnesota: los *alcohólicos* y otros adictos pueden ayudarse unos a otros. La estructura y el apoyo de AA funciona para algunos, pero no es suficiente para todos. ¿Se integrarán las PAM a estos grupos de AA? ¿Dónde tratar a las PAM con patología dual?

Existen líneas de investigación que apoyan la conclusión de que la mayoría de los trastornos mentales tienen su inicio antes de la aparición de los trastornos por uso de sustancias.

Conclusiones

El consumo de alcohol, tabaco, drogas lícitas e ilícitas en las PAM va en aumento, a pesar de lo cual no existe un adecuado abordaje para estos problemas por falta de pericia del personal de salud, además de ser pocas las PAM que tienen acceso a tratamiento.

Aunque falta evidencia empírica, hay un alto grado de especificidad en el motivo por el cual, un individuo elige una determinada sustancia. Esto conduce, desde la teoría de la automedicación, a los nuevos hallazgos que permiten entender las bases neurobiológicas de la patología dual como un trastorno de la autorregulación de circuitos que involucran a los sistemas opioide, cannabinoides, nicotínico, etc. de donde se concluye que “la adicción no es casual”.

Mucho se ha señalado que un consumo leve de alcohol llega a ser saludable y protege contra la cardiopatía isquémica. Esto conlleva el riesgo de una política

orientada a un cierto consumo de alcohol, promovida incluso por el médico sin antes indagar la integridad de la cognición (envejecimiento vs deterioro cognoscitivo), la personalidad previa, antecedentes de consumo, interacciones farmacológicas como el uso de benzodiazepinas e hipnóticos, además de los cambios fisiológicos que afectan la forma de absorberse, distribuirse y eliminarse de las sustancias. Un reto difícil, es individualizar en cada PAM los límites entre un consumo *favorable* y un consumo *problema*.

Es difícil apreciar la dimensión cualitativa y cuantitativa del uso y abuso de alcohol en las PAM porque este sector de la población procura beber aisladamente en sus hogares, a diferencia de las conductas gregarias que los jóvenes suelen promover. Las políticas de salud pública no contemplan a las PAM por el trastorno de consumo de sustancias, más bien suelen ocuparse de las conductas lesivas relacionadas con los jóvenes. Por otra parte, las PAM no acuden a los servicios de salud, por consumo de sustancias sino por otras enfermedades como: síndrome de caídas, hipoglicemia, fallas mnésicas, etc. de ahí la importancia de una buena labor de anamnesis.

Referencias

1. Christensen H, Low LF, et al. Prevalence, risk factors and treatment for substance abuse in older adults. *Curr Opin Psychiatry* 2006; 19:587-592.
2. Ciraulo DA, et al. Sedative-Hypnotics, in *Clinical Manual of Addiction Psychopharmacology*. Edited by Kranzler HR. American Psychiatric Publishing 2005; 127-142.
3. Mamdani M, Rapoport M, Shulman KI, Herrmann N, Rochon PA. Mental health-related drug utilization among older adults prevalence, trends, and costs. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2005 Oct;13(10):892-900.
4. Rodrigo EK, et al. Health of long term benzodiazepine users. *Br Med J* 1988; 296:603-606.
5. Petrovic M, et al. Personality traits and socio-epidemiological status of hospitalised elderly benzodiazepine users. *Int J Geriatr Psychiatry* 2002; 17:733-738.
6. Finlayson R, et al. Misuse of prescription drugs. *International Journal of Addictions* 1995; 30:1871-1901.
7. Patterson TL, Jeste DV. The potential impact of the baby-boom generation on substance abuse among elderly persons. *Psychiatric Services* 1999; 50(9): 1184-8.
8. Epstein S, et al. Opioids in *Clinical Manual of Addiction Psychopharmacology*. American Psychiatric Publishing 2005; 55-110.
9. DSM-IV-TR criterios diagnósticos. Ed Masson, S.A.; 2002.
10. Ridley NJ, Draper B, Whithall A. Alcohol-related dementia: an update of the evidence. *Alzheimer's Research & Therapy* 2013;5:3 <http://alzres.com/content/5/1/3>.
11. Krassoievitch M. *Psicoterapia Geriátrica*. Ed. Fondo de Cultura Económica. México, DF 1993;117-118.
12. Maccoby M. El alcoholismo en una comunidad campesina. *Revista de Psicoanálisis Psiquiatría y Psicología*. Fondo de Cultura Económica México. 1965;1:38-64.

13. Cirillo S., Berrini R., Cambiaso G., Mazza R. La familia del toxicodependiente. Ed. Paidós. 1999:26-29.
14. Yalom I. Psicoterapia existencial. Editorial Herder Barcelona 1984 2ª edición 2ª reimpresión 2010:295-346
15. Encuesta Nacional de Adicciones 2011. www.conadic.salud.gob.mx
16. www.conapo.gob.mx
17. Natera RG, Medina APS, Callejas PF, Juárez F y cols. Efectos de una intervención a familiares de consumidores de alcohol en una región indígena en México. *Salud Mental* 2011; 34:195-201.
18. Carrasco GM, Natera RG, Arenas LM, Reyes-Morales H, Pacheco MLE. Las necesidades de salud y la respuesta social en una localidad rural: metáforas y dilemas frente al consumo de alcohol. *Salud Mental* 2015;38(2):129-138.
19. Rubinstein RL., De Medeiros K. "Successful Aging", Gerontological Theory and Neoliberalism: A Qualitative Critique. Special Issue: Successful Aging. *The Gerontologist* 2015;55(1):34-42.
20. Patiño JL. *Psiquiatría clínica*. Salvat 1ª ed. México, DF 1980:60.