



Las adicciones en la tercera edad

(Consumo de psicotrópicos)

Por el Dr. Ricardo Alejandro Blanco

INTRODUCCIÓN:

Dado el carácter del problema de la drogodependencia en nuestro país, y siendo el abuso de psicotrópicos uno de los más comunes, cualquier esquema de planificación no puede concebirse sin políticas de conjunto, que contemplen globalmente la búsqueda de soluciones para los flagelos que azotan a nuestra sociedad: aislamiento, soledad, abandono, marginalidad, pobreza, desocupación, haberes exiguos, jubilaciones económicamente insuficientes y socialmente excluyentes, etc.

Con respecto a la prevención y tratamiento de la drogodependencia, en general se han manejado conceptos que, con la pretensión de abarcar todo el campo, actúan como obstáculos para la comprensión del mismo, a saber:

1.- LA DROGODEPENDENCIA, EVALUADA EN UN SENTIDO UNÍVOCO Y RESTRINGIDO, COMO EL CONSUMO DE DROGAS PROHIBIDAS.

Esto no es así, pues la realidad nos indica que se debe entender por este concepto el abuso y dependencia física y/o psíquica de cualquier sustancia (alcohol, tabaco, fármacos permitidos, drogas ilegales, etc.), y la misma sociedad es, a veces, la cómplice de esto.

La rentable industria de los medicamentos, con inmensas y costosas propagandas propiciando el uso de fármacos y psicofármacos como la solución a todos los problemas, condiciona muchas veces con sus intereses transnacionales, las políticas de salud de los países llamados elegantemente “en vías de desarrollo”.

2.- SE INTENTA PRESENTAR LA PROBLEMÁTICA DE LA DROGADICCIÓN ÚNICAMENTE COMO LA RESULTANTE DE LA DESINTEGRACIÓN FAMILIAR.

Según este concepto, la única causa de la drogadicción serían los problemas familiares, lo cual no es cierto, ya que existen otros factores endógenos y exógenos que llevan a ella.

3.- SE CONSIDERA A LA DROGADICCIÓN COMO UN FENÓMENO UNIVERSAL, AISLADO DE LAS CONDICIONES DEL DESARROLLO POLÍTICO, ECONÓMICO Y SOCIAL DE LOS PAÍSES.

Desde ese mito, la gente se drogaba por iguales causas y circunstancias en un país desarrollado y tecnológicamente avanzado, como en un país pobre y subdesarrollado.



Esta es una curiosa forma de guardar dentro de una misma bolsa, los efectos de las sociedades de hiper consumo, junto a la realidad de un país pobre.

La tergiversación de valores en la estructura de los roles familiares y las pérdidas de modelos creíbles para nuestra sociedad - sumado a años de soberanía popular arrebatada, a los chicos de la calle, al genocidio no sangriento de los jubilados, a una juventud tronchada en legítimas aspiraciones, a la patria contratista y demás corrupciones favorecidas por el empobrecimiento de los países satélites - no puede equipararse con la supertecnología, el ingreso económico abundante y el confort, desde donde la gente se oferta y se demanda como en la vidriera de los supermercados, de los países ricos.

En este esquema general están inmersas también las personas de la tercera edad:

EXCESO DEL USO DE PSICOTRÓPICOS EN LA TERCERA EDAD

El abuso del consumo de psicotrópicos en la Tercera Edad podría encuadrarse dentro de tres causas principales:

PRIMERA CAUSA:

El no asumir que el envejecimiento es un fenómeno biológico, universal, progresivo, ineludible e irreversible, que comienza en el instante mismo del nacimiento y, por lo tanto, las potencialidades de la Tercera Edad no son las mismas que las de la juventud.

Esto lleva a no poder sobrellevar las pérdidas biopsicosociales, y el anciano que se encuentra ante una sociedad que se le presenta cada vez más hostil, comienza a padecer el aislamiento, la soledad y la falta de comprensión, y como consecuencia de esto pasa a la automedicación de psicotrópicos, o a solicitarlos insistentemente al profesional tratante – quién a veces por comodidad accede al pedido, sin tener en cuenta la ecuación riesgo / beneficio - y consecuentemente la posibilidad de transformarlo en dependiente de esa droga. Esto hace entrar al anciano en un círculo vicioso, donde el abuso de psicotrópicos lo desconecta de la realidad y, por consiguiente, quienes lo rodean lo marginan aún más.

Las drogas no pueden sustituir el amor, el cariño, el afecto y el tiempo que se le debe dedicar al anciano.

SEGUNDA CAUSA:

La poli medicación, buscando paliar efectos indeseables de los mismos medicamentos. Para explicar esta causa es conveniente utilizar un ejemplo:



Existen personas de la Tercera Edad que llevan una vida normal, sin angustias y con una muy buena inserción familiar. En determinado momento, como es lógico, aparecen algunos trastornos físicos mínimos: disminución de la memoria, ligera pérdida del equilibrio, algún mareo, etc., que le produce algunas molestias y por lo tanto, quiere que desaparezcan.

*En el mejor de los casos, esta persona de la Tercera Edad consulta con un profesional, que muy pocas veces es geriatra y generalmente, sea necesaria o no, le indica un vasodilatador periférico, pues según un criterio erróneo pero muy difundido, **“todos los viejitos tienen que tomar siempre algún vasodilatador cerebral”**. Estos fármacos que tienen indicaciones precisas y deben ser utilizados previo estudio del paciente, no actúan todos de la misma forma; algunos actúan sobre unas sustancias del cerebro que se llaman las “aminas despertadoras” y, aunque cumplen con su objetivo de vasodilatadores, en muchos casos producen insomnio.*

El anciano ante esto consulta nuevamente al profesional tratante, el que, en vez de buscar las causas y quizá producir un cambio en la medicación, ve más fácil actuar sobre los efectos, recetándole un psicotrópico para que el paciente pueda dormir, induciéndolo también quizá impensadamente, a la dependencia del psicotrópico.

En algunos casos estos psicotrópicos producen efectos secundarios, y nuevamente el médico los trata sintomáticamente con otros fármacos, que también pueden producir efectos secundarios, y así sucesivamente.

Esto da como resultado que al cabo de diez días el paciente esté ingiriendo una impresionante cantidad de medicamentos innecesarios. Caemos así en la poli medicación, que es sumamente nociva para los ancianos.

Esto que fue solo un ejemplo, se ve frecuentemente en varias patologías y en múltiples prescripciones médicas. La situación se agrava cuando, además, se agrega la automedicación, por propia decisión o por consejo de algún familiar, amigo o vecino... de esos que siempre saben todo.

La poli medicación tiene el agravante de que, un niño al ir a saludar a su abuelo, al pie de la cama observa la mesita de luz colmada de fármacos, que **“resuelven todos los problemas”**, y el niño crece consumiendo el modelo de que los fármacos solucionan todos los problemas, y en algunos casos ese es el primer paso hacia la drogadicción.

TERCERA CAUSA:

La drogadicción del anciano impuesta por el medio que lo rodea. En este punto queremos denunciar la complicidad institucional - profesional y familiar - que existe en algunos lugares, manteniendo al anciano drogado con psicofármacos para que no “MOLESTE”.



A algunos adultos les resulta muy incómodo aceptar al anciano, con sus limitaciones y deterioros propios de la edad, y en vez de preocuparse por integrarlo tal cual es, prefieren anularlo en sus acciones y expresiones por medio de los psicotrópicos, transformándolo de esta manera en un objeto fácilmente manejable y que requiere poca dedicación, acudiendo para ello a la complicidad del profesional, la que frecuentemente encuentran.

En el caso de los ancianos institucionalizados en centros, sanatorios, hospitales y, muy especialmente, en Residencias para Mayores, se agrega a lo antedicho la complicidad institucional, ya que un paciente que no molesta, requiere menos dedicación y menos personal que se ocupe de él. Como vemos, existe también la conveniencia institucional de mantener al anciano saturado de psicotrópicos.

De esta manera nos encontramos muchas veces, con la triste realidad de una sobriedad de custodia, donde vemos ancianos sentados y callados, mirando la pared y esperando la muerte.

El anciano impregnado con psicotrópicos es despojado de una de sus partes esenciales: el ejercicio de sus deberes y derechos. Se le configura artificialmente una pérdida de interés en el presente, instalándolo en el pasado y tendiendo a infantilizarlo o imposibilitándolo por medio de ataduras farmacológicas.

Esta realidad hace que el anciano quede incapacitado para desenvolverse dentro de la sociedad, forzándolo a una obligada ociosidad. Por consiguiente, se derrocha la historia de una comunidad, y se le niega a ésta las posibilidades de desarrollo en un futuro.

El anciano es digno no solo por lo que fue, sino por lo que es: "El testigo más válido de la transmisión de los valores que hacen a la vida de un pueblo"; aislarlo de la sociedad es sacarle al pueblo su memoria, y un pueblo sin memoria es mucho más fácil de ser manejado por intereses internos y externos.

PROPUESTA DE OBJETIVOS A CUMPLIR:

En pos de una mayor aproximación a la solución del problema de la drogadicción en general y del abuso de psicotrópicos en particular, y desde un esquema preventivo, pueden discriminarse dos tipos de objetivos: objetivos generales y objetivos específicos.

OBJETIVOS GENERALES:

- 1.- Partir de los emergentes sintomáticos visibles de la población, para acceder a las causas más profundas de la patología.
- 2.- Favorecer la toma de conciencia en la población de la gravedad del daño actual, así como del daño potencial.



- 3.- Facilitar desde la reflexión y la acción la reestructuración de nexos solidarios en la población, con especial énfasis en la vinculación intergeneracional.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1.- Detectar los principales factores de riesgo: soledad, aislamiento, desesperanza, psicopatologías, acceso indiscriminado a fármacos, problemas económicos, trastornos físicos, desinserción familiar, etc.
- 2.- Estimar indicadores de salud – enfermedad: tasas de incidencia y prevalencia, población en estado de riesgo – incluyendo dentro de estos análisis las familias o individuos que ya tienen establecidas en sus vidas adicciones como alcoholismo, tabaquismo, fármaco dependencia, obesidad, etc. y también aquellos con estilo de vida adictivo o personalidad preadictiva, y detección de poblaciones en grave riesgo.
- 3.- Esbozar modalidades diferentes de intervención de los trabajadores de la salud en aspectos atinentes a la prevención, asistencia y rehabilitación. Se deben conformar equipos interdisciplinarios en estrecha conexión con las organizaciones de la comunidad, es decir, atender a la ubicación y formación de los recursos humanos de las instituciones, buscando la solución de los problemas en el contexto en que surgen, y con los elementos naturales de la zona.
- 4.- Integrar el problema de la drogodependencia dentro de otras campañas y programas preventivos de las instituciones, sin poner el eje en los aspectos tradicionalmente informativos de los riesgos y consecuencias de la adicción, dado que no es por desinformación que se ingrese a la conducta adictiva.

Dichas campañas deberían incluir:

- a) La concientización del problema a través de la estimulación del diálogo intergeneracional (mecanismo indirecto).
- b) La solidarización entre la mayor cantidad posible de miembros de la comunidad, estableciendo ágiles coordinaciones interinstitucionales y trabajos constantes con organizaciones intermedias.
- c) La provisión de los elementos operativos de distinta envergadura, con los que se pueda apuntar desde las instituciones, para achicar los grupos sociales predisponentes de la drogodependencia. Procurar lograr formas concretas de participación en problemáticas sociales, integración en proyectos colectivos, formas específicas del ejercicio de la solidaridad, facilitación de distintos canales de inserción en la comunidad, buscando la participación de los miembros de la Tercera Edad, en la planificación, ejecución y auto evaluación crítica, de planes realizados por las diferentes organizaciones e instituciones a las que pertenecen.



REFLEXIÓN FINAL:

Sería importante que las superestructuras creadas para la lucha contra el problema de la drogadicción, no se quedaran en actitudes solamente declamatorias (congresos, simposios, ateneos, jornadas, etc.), sino que esto se reflejara en acciones concretas con la comunidad, utilizando la multiplicidad de respuestas de ésta, donde residen fuentes inagotables de cambio y creación.

Los encuadres solamente médico, psicológico, jurídico, policial o religioso no hacen más que delegar en algunos lo que es responsabilidad de todos.