

Pautas de consumo de sustancias tóxicas en la Tercera Edad en Residencia. Colectivo de la Residencia Mixta de la Tercera Edad de Carlet (*)

CRESPO RUIZ, T.

Psicólogo de la Residencia Mixta de la 3.^a Edad de Carlet (Valencia)

RESUMEN

Se trata de dar una idea de cómo se generaron los patrones de consumo de sustancias tóxicas en la Tercera Edad desde su juventud hasta el momento actual, cómo han influido las condiciones socioculturales de la Tercera Edad junto con la vida en un centro de residencia, a la hora de definir determinados tipos de adicción, en referencia al consumo de tabaco, café, fármacos y alcohol. Se observa una marcada tendencia al consumo abusivo e indiscriminado de fármacos, especialmente los de efectos sedantes y analgésicos.

PALABRAS CLAVE: Tercera Edad, residencias, pautas socioculturales farmacodependencia.

SUMMARY

It deals with the idea of which was the way to generate the models of consumption of toxic substances for the third age from their youth until nowadays, how socioculturals conditions have had influence on the third age within the way of life in a residential centre when it is time to clarify some addiction

Correspondencia a:
Trinidad Crespo Ruiz
Avda. La Huerta, 9
46210 Picanya (Valencia)
Tel. (96) 157 54 46

(*) Resumen de la ponencia presentada en el «V Congreso Iberoamericano sobre Droga y Alcohol» CREFAT; Madrid 1989.

kinds, referring to tobacco, coffee, medications and alcohol consumption. It is observed a strong inclination with the abusive and indiscriminated consumption of medications, specially those which effects are sedative and analgesic.

KEY WORDS: *Third age, residences, sociocultural models, pharmacological dependence.*

RESUME

Il s'agit de donner une idée de la façon selon laquelle les modèles de consommation de substances toxiques se sont originés dans le troisième âge depuis leur jeunesse jusqu'à l'actualité; jusqu'à quel point les conditions socioculturelles ont influencé dans le troisième âge avec la vie dans un centre résidentiel au moment de définir certaines classes de dépendance, quant à la consommation de tabac, café, médicaments, et alcool. On peut observer une forte tendance à la consommation abusive et amplifiée de médicaments, spécialement ceux dont les effets sont sédatifs et analgésiques.

MOTS CLÉS: *Troisième âge, résidences, modèles socioculturelles, dépendance aux médicaments.*

Este estudio sólo pretende ser una primera aproximación al tema que le da título, con el objetivo principal de plantear cuestiones que den lugar a futuras líneas de investigación dentro de una problemática muy poco estudiada aún (excepto por valiosas aportaciones -ver biblio.) y que puede afectarnos, algún día, muy de cerca.

Las conclusiones recogidas aquí proceden de las entrevistas y consultas realizadas en al Residencia Mixta de la Tercera Edad de Carlet, tanto a los residentes de la misma como al personal de los distintos departamentos relacionados con el tema. Sin su colaboración este trabajo no hubiera sido posible.

En primer lugar, se intentará dar una idea evolutiva de *cómo se generaron* los patrones de consumo de los ancianos actuales en su juventud, hasta llegar a *cómo se dan* en la actualidad, en ambientes institucionales.

Si nos emplazamos en los años 20-40 de nuestro siglo, nos encontramos con una serie de hábitos, costumbres y maneras de

pensar que en la actualidad se nos aparecen como muy lejanos, pero que formaron parte de la juventud de las personas que tienen actualmente más de 65 años.

Las pautas más características de esta época fueron:

- Alto nivel de consumo de bebidas alcohólicas tradicionales: vino, aguardiente, absenta, etc. Poco extendida, pero ya conocida en las ciudades: La cerveza, y casi desconocidos o de ámbito muy restringido: el whisky, la ginebra o el ron.

- La ingesta de alcohol se asocia a determinados rituales: fiestas, comidas, domingos, ir o volver del trabajo, etc. También tenía cierto carácter medicinal: «es bueno para la tensión...», «da ganas de comer...», «es bueno para los nervios...». Algo similar ocurría con el tabaco y el café.

- Se carecía del concepto de toxicómano o alcohólico. Así, el borracho del pueblo era una institución más y se habla de ellos como personas de avanzada edad que pasaban el día haraganeando de bar en bar. En ningún momento se tenían en cuenta

las consecuencias a largo plazo de consumir alcohol, tabaco o café habitualmente.

– No estaban extendidas, o no existían, la mayor parte de las principales drogas de la actualidad (hachís, cocaína, heroína, etc.) y el mercado farmacológico era bastante restringido.

– Los hombres eran los principales consumidores de alcohol y tabaco. El acceso de las mujeres a estas sustancias estaba sometido a unas condiciones muy rigurosas que limitaban considerablemente la frecuencia y formas de consumo.

Todos estos factores inciden en la situación actual de los ancianos en relación con el tema objeto de este trabajo. A ellos hay que añadir una serie de circunstancias que son características del ambiente residencial o de internado (del que forma parte nuestra población).

Principalmente son los siguientes:

● Presencia de importantes *déficits afectivos* en la mayoría de residentes: los seres queridos están lejos, o no existen ya. Esto provoca altos niveles de ansiedad, síntomas aislados o cuadros completos de depresión (según la gravedad del caso), y una alta necesidad de atención y reconocimiento social.

● El tema que centraliza la mayor parte de pensamientos, verbalizaciones y conductas de los individuos, es la *salud*, que adquiere importancia en cuanto que:

– Realmente está cada vez más deteriorada y necesita cuidados.

– Los problemas de salud aportan:

a) La posibilidad de hablar de sí mismo y ser escuchado.

b) Recibir atención de médicos, personal sanitario y otros trabajadores interesados por el estado del residente.

c) Tener «autorización social» para hacer o no una serie de actividades con la coartada de que resultan (o no) beneficiosas para su salud.

d) Recibir atención de otros residentes.

e) Lo más importante: recibir llamadas «extra» de la familia o seres queridos y, en

los mejores casos, visitas extra para interesarse.

Cuanto más grave *parezca* el trastorno que se sufre, mayor dosis de los «beneficios» antes expuestos se recibe.

● La *deseabilidad social* es otro de los factores que determinan pautas de comportamiento, ya que:

– Se potencia en un ambiente restringido como el de residencia, donde todos se observan y se sienten observados.

– Los actuales ancianos crecieron bajo un férreo control social, muy ligado a los conceptos de «bien y mal», «bueno y malo».

● La última característica a destacar de los internados (comentada ya muchas veces en la bibliografía), es el déficit de estimulación que se vive, especialmente aquellas personas que no salen de su planta por problemas de salud.

El producto de los antecedentes históricos, más las circunstancias actuales, es una serie de pautas determinadas de consumo de sustancias tóxicas que se resumen en:

– Se consume relativamente poco alcohol de forma habitual (menos de 0'16 l. de vino por residente y día, durante las comidas). Su ingesta se produce principalmente en situaciones sociales.

Los bebedores habituales son escasos y son muy rechazados por los demás residentes, ya que existe una clara conciencia de que el alcohol es nocivo.

– Existe una gran permisibilidad social hacia los consumidores de tabaco y café (especialmente este último), con independencia de que conozcan los problemas que se derivan de su uso, especialmente en las personas que sufren problemas cardíacos y respiratorios. Así, no es extraño observar situaciones como la del residente que después de cenar toma habitualmente café y seguidamente un hipnótico para dormir.

Con respecto al tabaco, es curioso ver cómo los hombres van limitando su uso, aquejados por los problemas derivados de su uso durante toda la vida, mientras que las mujeres están empezando a incorporarse a su consumo, como signo de liberalización, aunque limitándose la mayoría de veces a un cigarro durante una fiesta (algo que en su juventud era impensable).

– Por último, el desarrollo farmacológico que se da en la actualidad junto con la focalización de la atención de los residentes en su salud, ha producido la situación que puede resultar a la larga más peligrosa y perjudicial para el bienestar físico y mental del anciano: el uso y abuso indiscriminado de la medicación, pasando por encima de las prescripciones médicas en la mayoría de los casos.

Es especialmente destacable el excesivo consumo de medicaciones de tipo analgésico y sedante (congruente en una población que sufre dolores físicos variados y niveles muy altos de ansiedad).

Por otra parte, suele ser el propio anciano el que asigna a un determinado fármaco sus propias indicaciones (que no suelen corresponder con las reales).

No es infrecuente oír «Nadie sabe mejor que yo lo que realmente me sienta bien», y tarde o temprano encuentran la forma de adquirirlo.

Como se deduce de todo esto, no suelen tomar en cuenta contraindicaciones, interacciones o efectos secundarios. Es frecuente consumir, además, varios medicamentos a la vez (la mayor parte de los residentes consumen más de cinco fármacos distintos diariamente), y ésto está potenciado por los efectos de este uso:

– La medicación es una prueba fehaciente del precario estado de salud, con lo que se puede reclamar mayor atención.

– Proporciona bienestar (en muchos casos gracias al efecto placebo).

Nuestra sociedad también ha cultivado

esta forma de actuación de varias formas:

● Instaurando la coartada recíproca de que la medicación es necesaria porque «hay que cuidarse».

● Los ancianos nunca han recibido, ni reciben aún, información clara y real sobre indicaciones, acción y efectos secundarios de los fármacos.

● En ningún momento se relaciona al consumidor compulsivo de productos farmacéuticos, ni con la tercera edad, ni con el adjetivo de toxicómano.

Quizá haya que plantearse ir cambiando el argumento: «Es normal que los ancianos tomen mucha medicación porque tienen muchos problemas de salud», por el de: «Muchos sufren problemas de salud porque toman mucha medicación que no siempre es la adecuada».

A partir de este punto es cuando se puede plantear que podemos ofrecer una mejor calidad de vida a nuestro mayores siguiendo dos líneas no excluyentes, sino imprescindibles entre sí:

– La prevención y control de los factores sociales y psicológicos que intervienen en el problema.

– El estudio y control, por parte de todos los profesionales que actúan diariamente sobre este tema, trabajando de forma práctica, realista y eficaz.

En definitiva, parece importante que todos, profesionales, familiares y sociedad en general, vayamos desarticulando el estereotipo del «plácido anciano que disfruta del descanso merecido tras una larga vida, entre achaques, enfermedades y recuerdos».

Esta imagen nos lleva a la inmovilidad y al olvido de una situación que plantea problemas graves que necesitan respuesta, y dada la tendencia demográfica actual respecto a la edad de la población, dichas respuestas pueden esperar cada vez menos.

BIBLIOGRAFIA:

- CRAIGHEAD, KAZDIN, A. E.; MAHONEY, M. J. (1981): *Modificación de Conducta*, Barcelona. Ed. Omega.
- EQUIPO SOLIDARIDAD DEMOCRÁTICA (coord.: GARCIA MAS, JOSE) (1988): *Consumo de Sustancias Tóxicas en la Tercera Edad: Estudio Sociológico*. Colección de Servicios Sociales. Madrid. Ed. Instituto Nacional de Servicios Sociales.
- SERRA, E.; DATO, C.; LAEAL, C. (1988): *Jubilación y Nido Vacío: ¿Principio o fin? Un estudio evolutivo*. Valencia. Nau Llibres.
- SKINNER, B. F.; VAUGHAN, M. E. (1986): **Disfrutar de la Vejez**. Barcelona. Ed. Martínez Roca.