

**HOSPITAL PSIQUIÁTRICO
"LUIS RAMÍREZ LÓPEZ"
GUANTÁNAMO**

**COMPORTAMIENTO DE ALGUNOS FACTORES PSICOSOCIALES
PREDISONENTES AL REINICIO DE ALCOHOLISMO EN ADULTOS
MAYORES**

Dr. Pablo López Rodríguez¹, Dra. María Margarita Hechavarría Ávila², Lic. Liubal Noa Salvazán³, Dra. Melba Ramírez Romaguera⁴, Dra. Danelis López Potrillé.⁵

1 Máster en Longevidad Satisfactoria Especialista de II Grado en Psiquiatría. Asistente.

2 Máster en Longevidad Satisfactoria Especialista de I Grado en Psiquiatría. Asistente.

3 Máster en Sexología. Licenciado en Psicología. Asistente.

4 Máster en Longevidad Satisfactoria. Especialista de II Grado en Psiquiatría. Profesor Auxiliar.

5 Especialista de I Grado en Medicina General Integral.

RESUMEN

Se realiza un estudio para identificar el comportamiento de algunos factores psicosociales predisponentes al reinicio de alcoholismo en adultos mayores egresados del Hospital Psiquiátrico "Luís Ramírez López" de Guantánamo. El universo de estudio está constituido por 72 pacientes ingresados en el período 2002 - 2005, de los cuales se seleccionan 20 pacientes. El dato primario proviene de la aplicación de una encuesta con la que se estudian las variables: edad de comienzo, tiempo de consumo, preferencia con quien beber, sitio donde prefiere tomar, tiempo en abstinencia, síntoma de abstinencia, causa de reinicio y presencia de mitos populares. Se obtuvo como resultado que la mayoría comenzó a beber antes de los 15 años, a pesar de que se abstuvieron de hacerlo alguna vez, reiniciaron el consumo por diversos factores, tales como: muerte de familiares, fácil accesibilidad del tóxico, problemas familiares, presión ejercida por el grupo y por deseo imperioso.

Palabras clave: paciente alcohólico, adulto mayor.

INTRODUCCIÓN

Existe actualmente consenso mundial acerca de que el alcoholismo constituye la más relevante toxicomanía de nuestros días, sin embargo es también un criterio general que, a pesar de ello, su estudio resulta uno de los aspectos menos enfatizados en el currículo de estudios de nuestros colegas; tal vez por criterios populares erróneos sobre la presunta poca calidad humana de los drogadictos ¹

El alcoholismo puede proliferar en cualquier contexto étnico, socio-cultural o sistema socio-económico y edad, pero aunque se han realizado muchas campañas que tratan de disminuir el consumo de alcohol en los jóvenes, no ocurre lo mismo con los ancianos, con los que creemos que poco se ha realizado en cuanto a campañas y otras acciones dirigidas a hacerle conciencia a los ancianos del peligro añadido que entraña el alcohol para su salud, para otros aspectos de su vida y la de su familia, la cual a pesar de las grandes transformaciones del mundo contemporáneo sigue siendo el hábitat natural del hombre, ya que cumple funciones que son insustituibles por otros grupos e instituciones.²

La falsa creencia de que el alcohol es un tema preocupante de la gente joven y no de las personas mayores podría estar provocando una "epidemia silente" entre este segmento de la población. En este trabajo nos referimos al alcoholismo en la tercera edad por constituir un grave problema de salud, muchas veces ignorado, debido a la escasa detección y a los diagnósticos equivocados.

En la tercera edad las personas tienen mayor vulnerabilidad a los efectos nocivos del alcohol; ciertas enfermedades frecuentes en esta edad, empeoran con el consumo de alcohol (los ancianos son más propensos a la hepatitis, esteatosis y existe una elevada incidencia a la cirrosis hepática), y también muchas medicinas que toman estos pacientes cuyo promedio está entre 3 y 7 de forma habitual³ pudieran provocar graves efectos adversos si se toman juntos a bebidas alcohólicas; por esto el consumo de alcohol en esta edad es un problema socio sanitario que requiere una atención especial. Por otra parte la presencia de un enfermo alcohólico en la familia desencadena, con frecuencia, crisis familiares de carácter no transitorio, se produce en esa familia un funcionamiento cada vez más anómalo al afectarse la comunicación entre sus miembros⁴; es tal la magnitud de esta problemática que la OMS incluye el alcoholismo como factor de desmoralización en tales crisis.⁵

Para el territorio guatemalteco la prevención y promoción del alcoholismo como hábito tóxico está considerada como una prioridad

sanitaria y social, ya que es necesario elevar la calidad de vida en el adulto mayor; para ello es importante que el propio adulto, la familia, como también la comunidad comprenda la necesidad de eliminar los hábitos tóxicos, entre ellos el consumo irresponsable de bebidas alcohólicas, de lo que se deriva como componente importante el conocimiento del profesional de la salud sobre las características de sus pacientes.

MÉTODO

Se realiza un estudio descriptivo de corte longitudinal con el objetivo de identificar el comportamiento de algunos factores psicosociales predisponentes al reinicio del alcoholismo en los adultos mayores egresados del hospital psiquiátrico de Guantánamo "Luís Ramírez López.

El universo de estudio, lo constituye un total de 72 pacientes ingresados en el período 2002–2005 por presentar un consumo de bebidas alcohólicas perjudiciales o dependencia alcohólica.

Se establecen como criterios de inclusión: no existencia de patologías psiquiátricas asociadas, adecuado nivel de reflexión de su toxicomanía, actitud egodistónica respecto al consumo de alcohol, no deterioro de la esfera cognoscitiva, adecuado sistema de apoyo familiar, pertenecer a la ciudad de Guantánamo.

A partir de la evaluación de los datos obtenidos y de la disposición de los pacientes, se seleccionan 20 de ellos por muestreo aleatorio simple, para así conformar el grupo de trabajo.

Posteriormente se constituye el grupo de trabajo al cual se les aplica la encuesta conteniendo las distintas variables: edad de comienzo, tiempo de consumo, preferencia con quien beber, sitio donde prefiere tomar, abstinencia, tiempo en abstinencia, síntoma de abstinencia, causa del reinicio, presencia de mitos populares en relación al consumo de bebidas alcohólicas, criterios sobre el consumo del alcohol.

Se realiza una entrevista con cada uno de los pacientes con abuso alcohólico o dependencia alcohólica egresados del hospital psiquiátrico "Luís Ramírez López" de Guantánamo, a los cuales se les solicita el consentimiento informado, y aquellos que emitieron una respuesta positiva, se les aplican los cuestionarios confeccionados con dicho propósito. Los datos fueron procesados por el método aritmético y con el apoyo de una calculadora marca ELECTRÓNICA – 842, los resultados se presentarán en tablas de distribución de frecuencias simples y dobles

entradas, se utilizaron como medida de resumen de la información, valores numéricos y porcentuales.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En la Tabla 1 se aprecia que en el grupo de edades de 60–64 años es encontrado la mayor incidencia, con 10 pacientes (50 % del total), siguiéndole en orden de frecuencia los grupos de 65–69 con 7 (35 %) y el grupo de 70 y más con 3 (15 %). El promedio de alcohólicos en el quinquenio de 60–64 años de edad coincide con estudios internacionales⁶⁻⁸; el predominio que se muestra en el grupo de 60–64 años se debe a una menor reflexión y crítica respecto a su problemática, y disponer aún de recursos físicos y psíquicos suficientes que le permita adquirir por si mismo el tóxico.

Con respecto al sexo, predominó totalitariamente el masculino con 20 pacientes para 100 %; en estudios realizados en otros grupos poblacionales también a predominado dicho sexo, a pesar de existir una notable tendencia a la reducción de la diferencia entre ambos sexos.^{9,10}

En la experiencia profesional del equipo de investigadores se ha constatado un reducido alcoholismo femenino, considerando que pudiera estar causado por factores socioculturales dados por una estigmatización histórica durante muchas épocas y sociedades; y poseer menor tolerancia para el alcohol que los hombres, esto último constituye un determinante para la instalación de una dependencia en un individuo.

El estado civil se comportó como a continuación se expresa: casados 8 (40 %); unión consensual 1 (5 %); divorciados 2 (10 %); separados 3 (15 %); viudo 1 (5 %) y solteros 5 (25 %). Como se aprecia predominó el paciente casado, pensamos que esto se pudiera deber a una actitud sobre protectora del alcohólico (co-dependencia) y, tal vez, por servir el alcoholismo de cubierta a muchas deficiencias de la esposa, también para ser posible la vida en común y por presiones familiares y aún sociales; tal resultado concuerda con los de Rogers y Chandler¹¹. Contrariamente Malta y Rodríguez en Barcelona concuerdan con opiniones que plantean que el alcoholismo es un agravante y a veces precipitante del divorcio.¹²

En la Tabla 2 es relevante destacar que la edad de comienzo del consumo. Se constata que 9 pacientes (45 %) iniciaron el consumo de alcohol antes de los 15 años, 6 (35 %) lo hicieron en el intervalo de edad de 15–25 años y 5 pacientes (25 %) luego de los 25 años.

Existe un notable predominio en el comienzo del consumo por debajo de los 15 años, lo cual se hace similar a otros estudios nacionales y extranjeros. Según los criterios de la OMS el consumo de alcohol se inicia a los 11, 7 años; en Cuba con algunos amigos y semiocultos de los padres, a los 14 años.

Esto se asocia a criterio de los autores con el hecho de vivir en un país altamente productor de alcoholes ¹³, la curiosidad que impera acerca de los efectos de las bebidas alcohólicas sustentados en los mitos populares y la relativa accesibilidad al tóxico. Tiempo de consumo, se comportó de la siguiente manera: de 5-10 años 3 (15 %), de 11-25 años 4 (20 %) y más de 25 años 13 (65 %).

Se observa la significativa cantidad de personas que consumen alcohol por más de 25 años, cosa esta que se hace corresponder con la edad de comienzo de beber referida anteriormente. Referente con quien bebe: desconocidos 0 (0 %), amigos 12 (60 %), familiares 6 (35 %), solos 8 (45 %), otros 2 (10 %), predominando los que beben con amigos, lo cual pudiera explicarse por la presión social ejercida por grupos humanos, por la ausencia de un marcado deterioro que lo ampara del vagabundeo y conservar aún amigos y coetáneos. Sitio donde beben: los resultados se expresan a continuación: en la calle 5 (25 %), oculto 3 (15 %), en su casa 9 (45 %), en bares 3 (15 %) y en otras casas 6 (35 %).

En el presente estudio la mayor cantidad de alcohólicos prefieren beber en su casa, lo cual coincide con otros estudios que se han realizados ¹⁴, esto pudiera estar asociado a las actitudes de algunos familiares que tratan de enmascarar el alcoholismo en un familiar ya sea por pena o desconcierto, prefiriendo y facilitando el consumo en casa, evitando así que salgan y generen problemas, también el aumento de la edad puede afectar el acceso a lugares lúdicos. Además la familia como red social es el primer recurso y el último refugio. El segundo lugar lo ocupan los que beben en otras casas. Esto predispone al uso incipiente de bebidas alcohólicas en los niños, y por consecuencia un aprendizaje imitativo de patrones de consumo.

La pregunta ¿Ha estado en abstinencia? Fue respondida afirmativamente por todos los pacientes 20 (100 %). Lo que varió fue la cantidad de tiempo que se mantuvo sin consumir el tóxico, 10 (50 %) se abstuvieron por varios meses y el resto por más de un año, ninguno estuvo en abstinencia por espacio menor de un mes (Tabla 3).

Referente a los síntomas de abstinencia presentados por los pacientes estudiados, se pudo apreciar que el temblor y el nerviosismo predominaron en igual cantidad de pacientes 18 (90 %), insomnio 17

(85 %), cefalea 9 (45 %), sudoración 8 (40 %), siendo ellos denominados síntomas precoces (35). Continuándole en orden de aparición, diarrea 5 (25 %), subsaltos musculares 2 (10 %), delirium subagudo 3 (15 %). Tales manifestaciones son referidas por algunos autores los cuales han sido revisados en nuestra investigación¹⁴

Causa de reinicio, se expresa de la forma siguiente: por la muerte de un familiar 3 (15 %), fácil accesibilidad al tóxico 10 (50 %), problemas familiares 8 (40 %), presión ejercida por el grupo social 6 (30 %), problemas económicos 4 (20 %), por deseo imperioso de beber 6 (30 %).

La fácil accesibilidad al tóxico en nuestro estudio fue lo que ocupó un primer lugar como causa de recaída, lo que pensamos que tenga relación por ser Cuba un país destacado en la producción de alcohol, como también por diversidad de precios y lugares de expendio para adquirirlo y en algunos casos por ser elaborado por el propio consumidor quien dispone de un destacado tiempo ocioso por encontrarse fuera del circuito productivo, además por ser la única sustancia psicoactiva institucionalizada que la sociedad maneja con toda libertad.

En segundo lugar los problemas familiares¹⁵, ya que la presencia de un alcohólico con frecuencia desencadena crisis familiares de carácter no transitorio, se calcula que el 85 % de los alcohólicos tienen conflictos familiares. Cosas éstas que el alcohólico trata de evadir a través del consumo de alcohol ("ahogar las penas"). Además la familia, como grupo, el vínculo entre sus miembros es tan estrecho, que cualquier cambio que ocurra en unos de sus integrantes provoca modificaciones en otros.

La presión ejercida por el grupo social y el deseo imperioso de consumir ambas ocuparon un tercer lugar 6 (30 %), en nuestra experiencia personal hemos notado que tales causas con frecuencia promueven recaídas, lo cual pensamos que pudiera estar relacionado por no adoptar el paciente una sólida postura de alejamiento de estos grupos sociales instigadores al consumo y no reforzar sistemáticamente la actitud egodistónica adquirida hacia el alcohol. Sin embargo, lo importante es valorar en que consistió la falla; las recaídas deben considerarse parte del tratamiento.

En la Tabla 4 se muestra la presencia de mitos populares en relación con el consumo de bebidas alcohólicas. Los pacientes encuestados respondieron positivamente que el alcohol "mejora la actividad sexual", 20 (100 %) expresaron "sirve para enfrentar el frío", ninguno de ellos manifestó que "es un alimento", 3 (15 %) combate la HTA y el IMA, 15 (75 %) "es un estimulante", 5 (25 %) "sólo se convierte en alcohólicos

los débiles de carácter”, 5 (25 %) “todas las personas necesitan ingerir alcohol”.¹⁵

La Tabla 5, alcohólicos según criterio sobre el consumo, muestra que: el 12 (60 %) expresaron que las bebidas alcohólicas dañan la salud, 9 (45 %) son alcohólicos solo los que se emborrachan todos los días, 15 (75 %) existen bebidas alcohólicas menos perjudiciales, 7 (35 %) cambiando el tipo de bebidas alcohólicas se evita el alcoholismo, 15 (75 %) el alcoholismo constituye un problema, 11 (55 %) los no bebedores no son afectados por el alcoholismo, 14 (70 %) la campaña contra el alcoholismo tiene fundamento, 10 (50 %) ingerir alcohol por las gestantes afecta el feto, 12 (60 %) el alcohol afecta la calidad de vida de las personas.

CONCLUSIONES

1. Los hombres entre 60–64 años de edad, de escolaridad secundaria y que vivían con su esposa en el área de salud sur, son los más afectados por el alcoholismo.
2. La mayoría comenzó a beber antes de los 15 años y estuvo bebiendo por más de 25 años, a pesar de que se abstuvieron de hacerlo alguna vez, incluso por más de un año, volvieron a consumir alegando que el tóxico era fácilmente accesible y por causa de la muerte de un familiar, presión ejercida por el grupo problemas familiares y deseo imperioso. Erróneamente consideraban que el alcohol les combatía el frío y aumentaba su actividad sexual, sin embargo reconocían que abandonar el hábito beneficiaba su salud.

RECOMENDACIONES

1. Diseñar acciones educativas en las distintas áreas de salud donde se puede involucrar a la familia como uno de los contextos de actuación significativa del adulto mayor para que este a su vez influya en la disminución del consumo irresponsable e indiscriminado de alcohol.
2. Realizar estudios cualitativos relacionados con la repercusión del alcoholismo en la calidad de vida del adulto mayor.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González Hernández R. Introducción. En: Alcoholismo. Abordaje integral. Santiago de Cuba: Editorial Oriente, 2006.p 1-35.
2. Arés Muzio P. Familia y sociedad. En: Psicología de familia una aproximación a su estudio. La Habana: editorial Félix Varela; 2002. p. 21.
3. Prieto Ramos Q. Envejecimiento Sano. El envejecimiento y la práctica clínica de la medicina familiar. En: Longevidad satisfactoria una necesidad de la humanidad.2008.
4. Sandoval Ferrer J. Alcohol, alcoholismo y familia. En: Alcohol mito y realidad. La Habana: editorial Ciencia – Técnica; 2004. p. 83 – 89.
5. Sánchez Lescaille L. Egresado del Hospital. Psiquiátrico de Guantánamo, 2005.
6. Martínez Hurtado M: Alcoholismo, hombre y sociedad. En: Cuando el camino no se ve. Santiago de Cuba: editorial Oriente; 2005. p. 57.
7. Aguilar-Navarro SG, Reyes-Guerrero J, Borgues G. Alcohol, tabaco y deterioro cognoscitivo en adultos mexicanos mayores de 65 años. Salud Pública de México[internet]. 2007[citado 12 marzo 2011] .49(supl 4). Disponible en: http://bvs.insp.mx/articulos/5/1/Septiembre_Adicciones_PDF.pdf
8. López Rodríguez P, Noa Salvazán L, Creagh Almiñán Y, Viel Reyes H. Repercusión medico- ética y social del alcoholismo en el adulto mayor. Rev inf cient[internet]. 2010[citado 22 jun 2011]; 66(2):1-10. Disponible en: http://www.gtm.sld.cu/sitios/cpicm/contenido/ric/textos/vol_66_No.2/repercus_medico_etica_alcoholismo_rb.pdf
9. Rodríguez Boti R. Introducción. En: La sexualidad en el atardecer de la vida. Santiago de Cuba: editorial Oriente; 2006. p. 14.
- 10.Chang, M; M. Cañizares, J. Sandoval, M, Bonet, R. González: "Características del consumo de bebidas alcohólicas en la población cubana", Rev. Hosp... Psq. De La Habana; 39 (3): 257 – 263, 1999.
- 11.Suárez Galván V. "Propuesta de una estrategia de intervención comunitaria familiar sobre sexualidad en adultos mayores de Jamaica". Tesis de maestría, año 2007.

12. Guía para la familia de un alcohólico. Disponible En: <http://www.niapublications.org>. Consultado: marzo 07.
13. Pérez Navarro L. Una droga bajo piel de cordero. Granma. febrero 23; secc. Alcohol. (col. 8). 2007.
14. González Menéndez R. Cómo enfrentar el peligro de las drogas. 2ªed. La Habana : Editorial Política; 2006. p.2-8.
15. González Menéndez R. Significado familiar, laboral y comunitario de las drogas. En: Las adicciones ante la luz de las ciencias y el símil. La Habana : Editora Política; 2009. p.28-37.

Tabla 1. Grupo de edades, sexo y estado civil.

GRUPO DE EDAD	No.	%
60 – 64	10	50
65 – 69	7	35
70 y más	3	15
SEXO		
Masculino	20	100
Femenino	-	-
ESTADO CIVIL		
Casado	8	40
Unión consensual	1	5
Divorciados	2	10
Separados	3	15
Viudos	1	5
Solteros	5	25

Tabla 2. Características del consumo.

EDAD DE COMIENZO	No.	%
Antes de los 15 años	9	45
De 15 – 25 años	6	30
Más de 25 años	5	25
TIEMPO DE CONSUMO		
5-10 años	3	15
11 – 25 años	4	20
Más de 25 años	13	65
PREFERENCIA CON QUIEN BEBER		
Desconocidos	-	-
Amigos	12	60
Familiares	6	35
Solo	8	40
Otros	2	-
LUGAR DONDE PREFIERE TOMAR		
En la calle	5	25
Oculto	3	15
En su casa	9	45
Bares	3	15
Otras casas	6	30

Tabla 3. Características de la abstinencia.

TIEMPO DE ABSTINENCIA	No.	100
Horas	-	-
Días	-	
Semanas	-	
Meses	10	50
Años	10	50
SINTOMA DE ABSTINENCIA		
Temblores	18	90
Nerviosismo	18	90
Insomnio	17	85
Cefalea	9	45
Sudoración	8	40
Diarrea	5	25
Subsaltos musculares	2	10
Fiebre	-	-
<i>Delirium</i> subagudo	3	15
CAUSA DE REINICIO		
Muerte de un familiar	3	15
Fácil accesibilidad al tóxico	10	50
Problemas familiares	8	40
Presión ejercida por el grupo	6	30
Problemas económicos	4	20
Deseo imperioso	6	30

Tabla 4. Presencia de mitos populares en relación con el consumo de bebidas alcohólicas.

MITOS	No	%
Mejora la actividad sexual	15	75
Sirve para enfrentar el frío	20	100
Es un alimento	-	-
Combate la HTA y el IMA.	3	15
Es un estimulante	15	75
Sólo se convierten en alcohólicos los débiles de carácter	5	25
Todas las personas necesitan ingerir alcohol	5	25