

Vejez, fisiopatología y consumo de sustancias

Souza y Machorro Mario,* Cruz Moreno Domingo Lenin**

RESUMEN

Se presenta una visión epidemiológica concisa sobre el envejecimiento y significado de la tercera edad; proceso que se caracteriza por aumento de morbilidad, disminución de independencia, adaptabilidad, deterioro de modelos sociofamiliares, retiro del trabajo, merma en la capacidad socioeconómica y restricción psicofísica. Se destaca la importancia en esta población de las enfermedades crónico-degenerativas, cuya más larga duración implica terapias y medicamentos más costosos, asociados a más largos periodos de hospitalización. La prevalencia de consumo de sustancias en esta etapa de la vida se pronuncia hacia drogas médicas, mas no así a los psicotrópicos de abuso. No obstante, provocan diversos problemas de abuso/dependencia y automedicación. Tras el planteamiento de la fisiopatología de la vejez y su relación con el consumo de etanol, fármacos de uso médico y psicofármacos, se discuten algunos factores participantes en las alteraciones fisiológicas, la patología múltiple y la polifarmacia, señalando con interés didáctico la reacción adversa a medicamentos y las recomendaciones a seguir para su prescripción adecuada. Partiendo de los principales y más recientes datos oficiales disponibles en México, cuyas cifras muestran un panorama desalentador que impele a la reflexión y a la búsqueda de posibles soluciones institucionales de manejo a mediano y largo plazo, se concluye aludiendo al peligro de la epidemia silenciosa, como una amenaza a su seguridad y subsistencia. Se manifiesta asimismo, la necesidad de un cambio sociocultural y la redefinición del significado de la vejez en términos de su valía y en pro de nuevas formas de integración comunitaria en su más amplio sentido.

Palabras clave: vejez, fisiopatología, adicciones, automedicación, drogas de uso médico, psicotrópicos, polifarmacia.

Senility, physiopathology and consumption of substances

ABSTRACT

A concise epidemiological view on the aging and meaning of the third age is presented. This process is characterized by an increase in morbidity, a diminished independence and adaptability, deterioration of socio-familial models, retirement from work, a decrease in the socio-economic capacity and psychophysical restriction. The importance in this population is pointed out regarding chronic and degenerative diseases, whose longer duration implies more expensive therapies and medicines associated to longer periods of hospitalization. The prevalence in substance consumption at this stage of life is pronounced towards medical drugs, but not to psychotropics of abuse. However, many abuse/dependency and self-medication problems are promoted. After the exposition on the physiopathology of old age, and its relation with ethanol consumption, drugs of medical use and psycho-drugs, some participant factors in the physiological changes, the multiple pathology and poly-pharmacy are discussed, indicating with didactic interest the Adverse Reaction to Medicines and the recommendations to follow for their suitable prescription. Starting from the main and more recent official data available in Mexico, whose numbers show a discouraging panorama that it impels to the reflection and search of possible institutional solutions for medium and long term handling, it is concluded alluding to the danger of the "silent epidemic", as a threat to their security and subsistence. At the same time, the necessity for a socio-cultural change and the redefinition of the meaning of old age, in terms of its value and for the benefit of new forms of communitarian integration in its wider sense is stated.

Key words: Old age, physiopathology, addictions, self-medication, drugs of medical use, psychotropics, poly-pharmacy.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento, proceso ineludible y gradual, manifiesto a través de cambios morfofisiológicos derivados de la acción del tiempo sobre los organismos,¹ se manifiesta como aumento de morbilidad, disminución de independencia y adaptabilidad, deterioro de modelos sociofamiliares,

retiro del trabajo, merma en la capacidad económica y restricción de la facultad física y mental.² Hoy día existen 600 millones de ancianos en el mundo y a mediados del siglo la cifra alcanzará 2,000 millones.³ En países desarrollados con sistemas eficientes de atención, entre 44-70% de las personas con trastorno mental no reciben tratamiento y en los países en desarrollo la cifra llega casi a 90%.

* Psiquiatra, psicoterapeuta y psicoanalista. Subdirección de Hospitalización y Proyectos Clínicos. Centros de Integración Juvenil, A.C. Profesor y Coordinador de la Maestría en Psicoterapia de las Adicciones. CIES-SEP.

** Maestro en Salud Pública y en Medicina Social. Subjefe del Departamento de Normatividad de Hospitalización y Proyectos Clínicos. Centros de Integración Juvenil, A.C. Profesor de la Carrera de Medicina Social de la Universidad Autónoma Metropolitana, UAM-Xochimilco.

En México en el año 2000, 6.8% de la población eran ancianos y en el año 2050 la proporción aumentará a 28%.⁴ Y si bien los datos de salud de nuestro país indican que las condiciones de su población en general han mejorado significativamente, la senectud es tema prioritario que requiere aumento en la inversión de los recursos socioeconómicos y humanos, así como en la planeación de programas y redefinición de prioridades de salud. El crecimiento vertiginoso de este grupo obliga a enfrentar problemas derivados de la falta de servicios institucionales adecuados, ya que la sociedad carece de la capacidad para brindar la atención que requieren.⁵

El Consejo Nacional de Población, CONAPO, afirma que este contingente se caracteriza por marginación laboral, familiar, social y política: a partir de los 45 años de edad, es difícil conseguir empleo; a los 50 años ya existen jubilados, muchos ya son abuelos y empiezan a mostrar patología degenerativa. Además, 20% de la población de viejos tiene una pensión por jubilación y de los pensionados 80% recibe una ínfima cantidad que debe sumarse *a fortiori* al apoyo familiar u otra fuente de ingresos (trabajo, ahorros, rentas, etc.), pues según el criterio de medición oficial, viven en la pobreza.⁴

Un porcentaje igual al señalado, recibe salario mínimo, no tiene pensión ni otra prestación social; 15% son enfermos avanzados y terminales, indigentes, abandonados por su familia o no la tienen. Una parte de ellos vive en asilos. En términos de su distribución nacional, la población urbana (74.6%) concentra su mayoría en pocas ciudades, mientras que la rural (25.4%) está dispersa en miles de comunidades de baja densidad poblacional.⁴ Los esfuerzos de salud asistencial se centran en las áreas urbanas, donde reside la mayor cantidad de pobres, pese a que la población rural se vea más afectada por la pobreza al carecer de los recursos de que disponen los ciudadanos⁶ (v.gr. la mayoría de los habitantes de las localidades rurales no tienen acceso a los servicios de salud de centros urbanos e instituciones oficiales y de la sociedad civil). Muchos de los pobladores rurales se emplean en labores artesanales y agricultura de autoconsumo, que no ofrecen derechohabencia. En muchas localidades rurales, médicos generales ofrecen sus servicios en consulta privada; sin embargo, su costo económico no lo puede pagar la mayoría de las familias. Los ancianos en México tienden a concentrarse en los grupos sociales de menores ingresos. De los hogares con ancianos, 29% se ubican en localidades rurales de menos de 2,500 habitantes caracterizadas por viviendas construidas con materiales frágiles y piso de tierra, amén de otras carencias como falta de agua potable y energía eléctrica.

Estas condiciones de pobreza, vulnerabilidad y limitada accesibilidad a servicios básicos se agudizan en la ve-

jez.⁷ En México hay más mujeres ancianas (51.29%) que hombres (48.71%) y los diferentes factores que determinan la calidad de vida en la vejez (apoyo familiar, salud, economía, relaciones afectivas, viudez, etc.) al combinarse producen varios tipos de senectud.⁸ Véase cómo el apoyo familiar es vital en el proceso de envejecimiento ya que éste los ayuda a lidiar con su declinación y enfermedades. Los ancianos requieren más del apoyo familiar que las ancianas, debido a que la red social que construyen a lo largo de la vida suele basarse en relaciones del ámbito laboral.⁹ De modo que el panorama es crítico y progresivo y a ello se agrega la transición demográfica que muestra problemas derivados de la salud mental como el consumo de sustancias -legales o ilegales- y el policonsumo de fármacos prescritos o por automedicación.²

Lamentablemente en relación con los ancianos de México,¹⁰ existe escasa información e inadecuado registro de los problemas de salud mientras no sean causa de muerte u hospitalización y la cifra ignorada es mayor aún entre quienes que no gozan de apoyo institucional o pueblan áreas rurales. En el año de 2005 existían 26.1 millones de hogares en México y casi 1 de cada 5 tiene como jefe de hogar una persona con 60 años o más. El porcentaje de hogares donde sólo residen adultos mayores es bastante menor (relación 1:20), lo que indica que la mayoría de los ancianos residen con otros familiares de menor edad. El cuidado de la vejez recae en la familia, por lo que la composición del hogar en el que residen los ancianos incide en su bienestar psicofísico y social.¹¹ La sintomatología geriátrica (deficiencia cognoscitiva, caídas, incontinencia esfinteriana, índice bajo de masa corporal, vértigo, debilidad visual y auditiva) y la dependencia en actividades de la vida diaria (bañarse, vestirse, comer, deambular e ir al baño) a menudo se subestima en el cuidado médico y sociofamiliar de los viejos.

Un estudio realizado en adultos de 65 años o más (n = 11,093) señala que 49.9% de los pacientes mostró uno o más de tales síntomas. La asociación entre la sintomatología y la dependencia en la vida diaria fue tan frecuente y significativa, que se equipara a las enfermedades crónicas de la vejez (cardíacas, diabetes, etc.) y su relación es tan estrecha que se recomienda incluir en el cuidado regular de esta población.^{12,13}

DESCRIPCIÓN

El panorama epidemiológico nacional indica la existencia de 8 millones 338 mil 835 adultos de 60 y más años; 30% de ellos vive solo, 60% vive en pobreza, 11.2% es analfabeta y sólo 2 de cada 10 mexicanos mayores de 65 años tiene acceso a una pensión, en el marco de expectativa vital de 76.4 años. CONAPO señala que en el año

2015 habrá 15 millones de ancianos y para el 2050 sumarán 42 millones.⁴ Al comparar la *distribución por sexo* de este grupo, con la información del XII Censo General de Población y Vivienda, CNPV,⁸ se observa que la proporción de mujeres de 60-64 años que habita comunidades de más de 2,500 habitantes es menor (54%) y la de hombres mayor (46%) en relación con la ENA 93, cuya diferencia es estadísticamente significativa.

Respecto al *Estado civil*: 73.8% de los hombres y 48.8% de las mujeres son casados, con una mayor proporción de viudas (31.3%) que viudos (11.1%) y diferencia estadística igualmente significativa. Datos similares al CNPV (79.6% casados y 50.3% casadas; 11.9% viudos y 36.6% viudas). Se observa que la proporción de mujeres solteras es el doble (11.1%) que la de hombres solteros (5.0%). *Distribución por escolaridad*: proporciones similares por género y nivel de primaria (59% para ambos sexos); sin embargo, 22.7% de las mujeres y 18.7% de los hombres no tienen educación formal, mientras que el CNPV⁸ informó que 34.1% no tiene instrucción; la proporción de mujeres es mayor que la de hombres, en ambos casos. Cabe recordar que la ENA 93 sólo consideró población urbana. *Ocupación*: 50.2% de los encuestados se dedica al hogar, 25% es empleado y 13.7% jubilado o pensionado; su distribución por sexo: 79% de las mujeres se dedica al hogar y 12.1% es empleada; entre los hombres 47% es empleado y 29% jubilado o pensionado. Para este grupo de edad el CNPV⁸ indica 7.8% de jubilados o pensionados, 45% se dedica al hogar y 37% es empleado.

La mayoría es de *religión* católica (86% de los hombres y 92% de las mujeres), proporción similar a la observada en el CNPV⁸ (90.5% de los hombres y 91.8% de las mujeres). Respecto al *consumo de sustancias*, se divide en dos grupos: psicofármacos (uso médico) y psicotrópicos ilegales y legales. En el primero, la prevalencia nacional en todos los grupos de edad fue de 14.6% (11% hombres y 18% mujeres), mientras que en los ancianos de 60-64 años fue de 23.9% (218), de 17.2% (59) en hombres y de 28% (159) en mujeres. La *prevalencia* más alta por regiones se encontró en la zona occidental (32%), seguida por la zona norcentral (30%); la más baja fue la zona noroccidental (18.4%).

Las características demográficas de los ancianos que consumen drogas médicas de acuerdo con el nivel de escolaridad indican que 40% de las personas con estudios profesionales las toman y, según la ocupación, 39% de los profesionistas, diferencias estadísticamente significativas, en ambos casos. El 28% de los jubilados o pensionados y 26% de aquellos dedicados al hogar señalan haberlas utilizado. Por *estado civil*, se observa que 46.4% de las personas separadas, 25.5% de los viudos y 25% de los solteros las emplean, aunque la diferencia no fue significativa.⁸

Este perfil demográfico de los usuarios de psicofármacos es diferente al de la población senecta en general. El uso de depresores del SNC en la muestra, señala una prevalencia nacional de 18.7% (170); 22.4% en mujeres y 12.5% en hombres. En la región norcentral es 25% y en la occidental 23.1%; la zona metropolitana de la Cd. de México es la más baja (11.7%).

Respecto de los psicotrópicos ilegales y legales, se ha documentado que de cada 100 adultos mayores de 60 años, 20% padece alcoholismo y 5% consume marihuana u otros tóxicos. En el caso de psicotrópicos ilegales es prácticamente inexistente el consumo de marihuana, cocaína y heroína en esta población, pero a cambio consumen psicofármacos, principalmente tranquilizantes y antidepresivos. La *prevalencia de drogas médicas* comenzó a los 60 años, primero los hombres que las mujeres, 32% entre 60-65 años y 27% entre 45-54 años; 85% de los ancianos toma depresores por prescripción y 15% sin ella (3% se automedica; 5% los usa por "recomendación" de una amistad) y 9% de ellos los emplea por más tiempo del indicado. La *edad de inicio* del consumo nacional de opioides en 32% comenzó entre 60-65 años; 17% de los hombres empezaron entre 25-30 años de edad, con prevalencia de consumo de 6.7% en mujeres y 5.2% en hombres.

La *situación geográfica* indica que en la región centro se encontró la mayor prevalencia (21.3%), seguida de la occidental con 15.5%; las demás tienen entre 11.8% y 7.3% respectivamente. Aunque en general las mujeres consumen más, se observa que en las regiones sur y nororiental quienes consumen son varones. En la Cd. de México y en la región occidental es similar. El consumo de opioides por prescripción en ancianos (últimas cifras disponibles) es de 96.4% en la ENA 93. El consumo de otro tipo de depresores presenta prevalencia nacional de 3.4%. Sin embargo, en las regiones de la zona metropolitana y centro es 7.4% y 7.6%, y en general su consumo es mayor en mujeres (4.2%) que en hombres (2%). En el ámbito nacional los estimulantes los consume un porcentaje muy bajo (1.1%). Por regiones, se encontró que el mayor ocurre en el centro (2.9%) y los utilizan más las mujeres (1.2%) que los hombres (0.9%).⁸ Paralelamente, ocurre que en el anciano las enfermedades crónico-degenerativas son de más larga duración e implican terapias y medicamentos más costosos, asociados a más largos periodos de hospitalización.¹⁴ Este grupo sufre mayor cantidad de enfermedades que los más jóvenes, por lo que consume desproporcionadamente más medicamentos.¹⁴

Un estudio señala que 77% de las personas de 65 años y más, toma al menos un medicamento y consumen aproximadamente 30% de todos los que se venden. Las estima-

ciones sobre el promedio de medicamentos que se utilizan a la vez, varía entre 1.5 y 4.2. Además de ser costoso, el uso múltiple representa un riesgo clínico importante que, combinado con los cambios fisiológicos de la edad, aumentan la probabilidad de efectos adversos, cuyo riesgo depende de las combinaciones específicas de los fármacos. Generalmente, las mujeres los usan más que los hombres, aunque esta proporción se pierde al aumentar la edad. Sin embargo, las primeras pueden ser más susceptibles a los efectos adversos, ya que sufren una mayor disminución en la masa corporal. Un alto consumo de ellos afecta la calidad de vida de una persona, y si ésta disminuye por la polifarmacia que ayuda a prolongar la vida, se hace necesario considerar si su utilización es la más adecuada.¹⁵

Los efectos adversos por tomar medicamentos se asocian a condiciones incapacitantes en esta población y, como factor causal, implica 10% de las hospitalizaciones. La prescripción de seis o más fármacos por año parece marcar la transición del uso *ocasional* al *constante* y potencialmente problemático. Distintos estudios señalan que el empleo de medicamentos se asocia a 25% de toda la admisión hospitalaria y el riesgo de presentar efectos adversos aumenta con el número de fármacos usados. Con la presencia de mayor número de senectos aumenta la atención hacia los padecimientos del final de la vida y el desarrollo de medicamentos más efectivos, pero su disponibilidad genera a la vez mayor consumo.¹⁶ En los países desarrollados, la mayoría de los medicamentos sólo se consiguen por prescripción, regulando su uso la práctica profesional. Sin embargo, distintos factores psicosociales tienen impacto decisivo en los patrones de utilización: vivir solo, sentimientos de soledad y síntomas depresivos, se asocian a un alto consumo.¹⁷ Como quiera que sea, la prescripción inadecuada de fármacos en ellos es un problema ampliamente conocido, aunque su magnitud aún se desconoce. Y si bien existe un amplio uso de antipsicóticos, el problema va mucho más allá de esta categoría de fármacos. Además, el tipo de medicamento empleado se relaciona estrechamente con padecimientos crónicos. V.gr. el uso de la morfina para aliviar el dolor o de los barbitúricos y demás sedantes-hipnóticos para el insomnio, cuya utilización se justifica por la pérdida de la facultad psicofísica y la cercanía a la muerte, da como resultado síntomas o cuadros depresivos y de ansiedad.¹⁸

De modo que los opioides y otros depresores son los de mayor consumo. Las benzodiacepinas, BDZ, se recetan ampliamente y quienes las toman, en muchas ocasiones continúan su uso indefinido.¹⁹ Las medicinas que pueden causar dependencia deben estar restringidas a la prescripción y su uso por auto administración debe considerarse como no médico (dañino): abuso/dependencia.^{19,20}

Por otra parte, la polifarmacia, tópico didáctico rele-

vante en este comunicado, lo es también porque implica aspectos farmacodinámicos interesantes de comentar para sus fines preventivos.^{18,20} Cabe destacar que el súbito incremento en el número de personas mayores de 65 años, que por efectos del envejecimiento son más vulnerables a las enfermedades, en su mayoría requiere atención de farmacoterapia en servicios de salud. Estos consumen 2-3 veces más medicamentos que el promedio de la población general y tienen mayor probabilidad de sufrir reacciones medicamentosas. Está documentada la relación entre senectud, alteraciones fisiológicas, patología múltiple y polifarmacia¹⁸ (“consumo de más de tres medicamentos simultáneos,” según la OMS) a la que deben agregarse las variables: dosis del fármaco y periodo de hospitalización.²⁰ De hecho los casos hospitalizados son más propensos a sufrir reacciones medicamentosas, toda vez que el hospital favorece dependencia y sobreprotección. Entre 65-94% de los ancianos consume algún tipo de fármaco. Las reacciones secundarias a éstos ocurren en 25% de los mayores de 65-70 años. De los ingresos hospitalarios de 3-10% se deben a reacciones secundarias a fármacos y 30% de ellos son ancianos.²¹ De hecho, las reacciones adversas a fármacos son la forma más frecuente de iatrogenia y los fármacos son responsables de 50% de las complicaciones por hospitalización.²²

La reacción adversa a medicamentos, RAM, es: “Cualquier respuesta a un fármaco que sea nociva a las dosis utilizadas en el ser humano para la profilaxis, diagnóstico o tratamiento”, se complementa con “cualquier evento negativo asociado asimismo, un fármaco en su uso normal, abuso o retirada”. La incidencia de RAM aumenta exponencialmente con el número de fármacos (de 0.4% con 5; 10% con 6-10 y 28% con 11-15) siendo factores de riesgo de RAM en el anciano: Edad avanzada, sexo femenino, número elevado de fármacos, mayores dosis y tratamientos prolongados, reacciones adversas previas, enfermedades subyacentes, valoración clínica inadecuada, mal cumplimiento terapéutico (apego), automedicación, estado nutricional alterado. Cabe señalar que 30% de las RAM son dependientes de la dosis, por lo que el papel del personal de salud, PS, general y especializado es decisivo, pues con frecuencia se convierte en el de auditor de los fármacos prescritos por otros médicos, con el fin de evaluar periódicamente la validez del uso de cada medicamento.

Por ello, no sólo es importante que el PS conozca y esté familiarizado con los cambios farmacocinéticos y farmacodinámicos que ocasionan, sino que ha de percatarse de la situación biopsicosocial, como la presencia de problemas mentales, soledad, pobreza, ignorancia, desconfianza, suspicacia, problemas sensoriales, depresión,

falta de un cuidador, etc. Todo lo cual contribuye a que se establezca o no el apego terapéutico y sus respectivas consecuencias; 60% de los ancianos comete algún error en la medicación y 26% resulta en serias complicaciones. Es imperativo que el PS comprenda apropiadamente tanto los cambios fisiológicos por la edad como los fisiopatológicos que alteran la distribución, metabolismo y excreción de fármacos que modifican la acción de éstos.²³

Desde la ingestión pueden presentarse problemas; la disminución de la saliva y las alteraciones en el peristaltismo esofágico pueden ocasionar que el fármaco se adhiera a la mucosa causando una lesión local. Como el pH del estómago del anciano es menos ácido y los jugos gástricos menos abundantes, la absorción de los medicamentos puede alterarse.^{24,25} La disminución de ácido, de la perfusión del aparato digestivo e incluso la del transporte activo de la membrana, puede conducir a una absorción deficiente. Pero debido a un tránsito más lento, el fármaco puede permanecer más tiempo en contacto con la superficie de absorción, lográndose una compensación.

En el viejo aumenta el tejido adiposo y disminuyen la masa muscular y el agua corporal, que afecta la distribución de medicamentos solubles en lípidos o agua. Asimismo, al disminuir los niveles de albúmina sérica, los fármacos ligados a proteínas tendrán menor distribución. Con la disminución de la masa hepática, tiende a decrecer la depuración hepática en 30%; se deteriora el metabolismo oxidativo; disminuye el metabolismo de conjugación y se reduce el flujo sanguíneo hepático. El metabolismo del hígado puede afectar a algunos fármacos y condicionar su aumento de concentración plasmática (propranolol, verapamil, lidocaína); en cambio otros fármacos no se afectan (imipramina, amitriptilina, morfina, meperidina). El sistema microsomal enzimático hepático disminuye la biodisponibilidad de las sustancias ingeridas. Algunos fármacos producen metabolitos activos: BDZ (diazepam), antidepressivos de aminas terciarias (amitriptilina e imipramina); tranquilizantes mayores (clorpromacina, tioridazina, mas no el haloperidol); analgésicos opioides (morfina, meperidina, propoxifeno). Si estos metabolitos activos se acumulan por eliminación renal deficiente provocarán toxicidad. La masa y flujo renales disminuyen significativamente con la edad, y por tanto, la filtración glomerular y la función tubular declinan ocasionando una deficiencia en la eliminación renal de fármacos.

Otros efectos que derivan del consumo de medicamentos también reciben influencia de la sensibilidad/densidad de sus receptores; v.gr. el efecto clínico de los B bloqueadores en una concentración sérica determinada es menor de lo previsto en ancianos y éstos son más susceptibles a los efectos sedantes de las BDZ; así también

los anticoagulantes (warfarina) tienen un mayor efecto. La sensibilidad de los barorreceptores encargados de la TA declina con la edad, causando mayor hipotensión postural, causada por diuréticos, tranquilizantes, hipotensores y L-dopa. El uso de fenotiazinas puede provocar hipotermia.^{1,26}

DISCUSIÓN

El envejecimiento afecta de forma variable: cognición, memoria, inteligencia, personalidad y conducta. Sin embargo, muchos cambios en la salud mental son difíciles de atribuir al envejecimiento como tal, pues a menudo derivan de otras patologías.²⁷ La disminución en la capacidad mental o en el rendimiento pueden deberse a enfermedades tratables (depresión, hipotiroidismo, etc.).²⁸ Los efectos del envejecimiento sobre la salud mental también pueden relacionarse con factores socio-ambientales, incluido el entorno asistencial.²⁹ La pseudodemencia (depresión o psicosis) es una forma extrema de tal interferencia.³⁰ Baste señalar que la prevalencia de trastornos psiquiátricos es 15-25% en personas de 65 años que viven en la comunidad y de 27-55% en las hospitalizadas. Los trastornos psiquiátricos son diagnóstico primario o secundario en 70-80% en los internos de residencias y se ha comunicado que hasta 94% de los casos presentan algún trastorno psiquiátrico.

Entre los trastornos cerebrales que causan demencia, el tipo Alzheimer es más frecuente y afecta a alrededor de 10% de las personas de 65 años, y al menos 25% de las de 85 años.^{30,31} La personalidad se mantiene estable con la edad, aunque la estabilidad de la conducta es motivo de controversia. Normalmente, la capacidad de adaptación psíquica y conductual se mantiene y por lo regular no retrocede, pero puede agravarse. Las conductas o rasgos cada vez más exagerados, inadaptados e imposibles de modificar indican problemas neuropsiquiátricos.

Aunque los ancianos piensan a menudo en la muerte, le temen menos que los de otros grupos de edad. Los pensamientos o conversaciones sobre la muerte son habituales entre ellos, que probablemente tienen entre sus iguales y parientes personas que han muerto o están muriendo. La enfermedad terminal, la depresión subyacente u otros conflictos predisponen a algunos de ellos a la ansiedad sobre la muerte que lleva al desaliento. Cuando experimentan pérdidas significativas (cónyuge, compañero, nivel socioeconómico, salud física o independencia global, etc.) muestran a menudo baja autoestima. La pérdida de control sobre la propia vida puede resultar tan perturbadora que se traduzca en síntomas físicos, que representan esfuerzos inadaptados para controlar a otras personas, captar la atención o enviar una señal de ayuda.

Ciertos factores psicosociales agravan los problemas físicos existentes y precipitan los latentes.³² Los trastornos por ansiedad generan malestar físico a más de la mitad de los ancianos con síntomas gastrointestinales (colon irritable, colitis espástica, gastritis, ardor de estómago, náuseas, diarrea, estreñimiento). Más de 25% de ellos tiene deficiencia auditiva cuya privación sensorial puede dar lugar a síntomas psicóticos (ideas delirantes o delirios).^{32,33} La coexistencia de trastornos psicofísicos puede precipitar un declive psicofísico adicional. Un anciano débil con depresión o psicosis puede no ser capaz de tomar correctamente los fármacos para el control de sus males. Además, el consumo de alcohol a menudo ocurre hasta el punto de causar daño psicofísico y social; de 2-10% de los ancianos que viven en comunidad cumplen los criterios de abuso/alcoholdependencia. Además, la conducta de beber que no alcanza un diagnóstico formal de alcoholismo produce no obstante, una morbi-mortalidad considerable.³⁴ Alrededor de 50% de adultos de 65 años o mayores dicen consumir alcohol al menos ocasionalmente; sin embargo, es menos probable que beban alcohol o sean alcohólicos los senectos mayores de 75 años, que los adultos jóvenes.³⁵

Un estudio señala que 70% de los ancianos de una ciudad, afirmó haber bebido alcohol en el último año; 8.4% dijo consumir dos o más bebidas/día. En contraste, en los de área rural sólo 46% afirmó haber bebido alcohol en el último año y 5.4% dijo consumir dos o más bebidas/día. La prevalencia de alcoholismo es mayor en ancianos residentes de centros asistenciales que en la población anciana general, correspondiente a 4-10% de los pacientes vistos por los médicos de atención primaria; 14% de los pacientes de servicios de urgencias; 10-21% de los hospitalizados y 3-49% de los alojados en residencias. Sólo 10-15% de ellos, aunque bebe mucho, no cumplen los criterios de adicción. La tasa de hospitalización relacionada con el etanol entre ancianos es elevada (ligeramente superior a la del infarto de miocardio).¹⁶

Las poblaciones con una gran proporción de personas con enfermedad o discapacidad crónica suelen presentar menores tasas de consumo etílico, aunque en estas poblaciones existen personas cuya discapacidad les ha llevado a ingerir grandes volúmenes. La interacción social también afecta el consumo de alcohol; los jubilados que residen en la comunidad y llevan una vida social más activa tienen mayor posibilidad de alta ingestión, que los que alternan menos. El abuso del alcohol de hasta 30%, ocurre en ancianos en programas de tratamiento. Cuando el comienzo es tardío, afecta menos a largo plazo sus recursos sociales que sus compañeros, no obstante que su inicio se deba a pérdidas o problemas relacionados con la vejez. La prevalencia de un consumo irrestricto o dependencia

se reduce después de los 65 años, porque la población anciana actual tiene menos hábitos de bebida que sus predecesores; la proporción femenina/masculina de la población aumenta con la edad, y es menos probable que las mujeres consuman alcohol; el declive de la salud o las deficiencias funcionales que acompañan al envejecimiento conlleva una disminución de la ingestión etílica o bien porque las enfermedades y lesiones relacionadas con el alcohol impiden a muchos adictos alcanzar la vejez.²²

Además, por razones fisiológicas (aumento de la grasa corporal y la disminución de la masa corporal magra y del agua total del cuerpo) los ancianos presentan mayores niveles de alcohol en sangre, NAS, por ocasión de consumo, amén de una disminución de la enzima alcohol-deshidrogenasa gástrica. Aunque no está claro si tal disminución se produce en las mujeres, pues ellas tienen un menor nivel de actividad que los hombres.³⁵ La capacidad hepática para metabolizar el alcohol también se reduce con la edad, pero el cambio no se refleja clínicamente. Asimismo, la función renal se afecta con la edad y al menos 5% del etanol se excreta por riñón.

De modo que la susceptibilidad a los efectos psicomotores del etanol puede aumentar con la edad. Cabe señalar que aunque la bebida de ligera a moderada, se asocia con una mejor salud (menor enfermedad cardiovascular), el consumo de más de 2 bebidas/día aumenta el riesgo de efectos adversos, incluidas hipertensión, cáncer (de cabeza, cuello y esófago) y cirrosis. En el anciano con mayor nivel de NAS por ocasión de consumo, no se recomienda la ingestión de más de 1 bebida/día (30 c.c.). El alcoholismo se acompaña de deficiencias nutricionales, en particular la deficiencia de tiamina (asociada con la aparición de encefalopatía de Wernicke y síndrome de Korsakoff), folato, piridoxina, niacina y vitamina A. Otras deficiencias, como hipomagnesemia, hipocalcemia e hipopotasemia pueden ser importantes en la intoxicación aguda o en la abstinencia.³⁶

El anciano adicto es particularmente susceptible a la disminución del funcionamiento cognitivo y físico, aunque se desconoce la cantidad de alcohol requerido para ello.³⁷ El patrón de consumo etílico es importante para determinar el riesgo de enfermedad o lesión (el número de bebidas consumido por ocasión es un factor de riesgo importante para la muerte por lesiones). Cabe considerar que en esta población muchos fármacos de uso común interactúan adversamente con el etanol. Cimetidina, ranitidina y nizatidina inhiben la alcohol-deshidrogenasa, aumentando el NAS en 30-40%, que causa somnolencia, ataxia y delirium.² El alcohol tomado con fármacos que suprimen la función del SNC (BDZ) perjudica el equilibrio y predispone a las caídas, causa sedación y alarga el tiempo de reacción, lo que contribuye a los accidentes.

Los antiinflamatorios no esteroideos, AINES, tomados en presencia de alcohol, prolongan el tiempo de sangrado y aumentan la gastritis.

Determinar la dosis correcta de warfarina puede resultar difícil si el paciente consume alcohol, debido a las tasas variables del metabolismo hepático. El paracetamol al combinarse con alcohol puede originar insuficiencia hepática; dado que la cantidad requerida para causar daño es muy individual, se aconseja a las personas que lo toman abstenerse de beber alcohol. Algunos síntomas importantes de la adicción etílica pueden manifestarse en los ancianos en forma atípica, convirtiendo el diagnóstico en un reto. El bebedor anciano tiene menos posibilidad de consumir mayores volúmenes, pues requiere menor cantidad para aumentar el NAS y la pérdida del control sobre la bebida es más sutil.¹² De modo que el declive social puede presentarse de manera diferente en este grupo.¹⁹ Dado que es menos probable que éstos trabajen o conduzcan, tienen menor posibilidad en su entorno de ser detectados como adictos. Por tanto, su deterioro debe advertirse en el descuido personal, desnutrición, falta de salud o abandono de actividades.

Otros problemas relacionados con la edad causados o exacerbados por el consumo de grandes volúmenes de alcohol son: la incontinencia urinaria, como consecuencia del rápido llenado de la vejiga y la pérdida de control neuromuscular de la función de la misma (el etanol inhibe la secreción de hormona antidiurética y afecta al control neuromuscular); la ataxia derivada de la degeneración cerebelar inducida por el alcohol; neuropatía periférica o intoxicación aguda; depresión y episodios suicidas; insomnio y otros trastornos del dormir y del soñar; demencia y delirium.²⁷ El anciano alcohólico consulta por complicaciones médicas (hipertensión o diabetes de difícil control, alteraciones gastrointestinales, neuropatía periférica), crisis no explicadas o por problemas relacionados con el ajuste de la dosis de fármacos (warfarina y DPH).

Sin embargo, los traumatismos relacionados con el alcohol son menos habituales entre los adictos mayores que entre los jóvenes. El alcoholismo causa o exagera los trastornos relacionados con la edad (síndromes geriátricos); los síntomas de abstinencia son similares en los grupos de edad, pero en la población senecta se confunde a menudo con trastornos médicos. Los síntomas precoces de la abstinencia (tremor, taquicardia y taquipnea), así como los síntomas posteriores (delirium, crisis convulsivas y alucinaciones), se atribuyen a otras causas. Para realizar el diagnóstico clínico son útiles las pruebas de laboratorio, aunque no existe ninguna prueba de laboratorio específica.³⁶ La elevación de la γ -glutamyltransferasa, que indica la inducción de enzimas hepáticas, y un volumen corpuscular medio elevado, pue-

den indicarlo, pero estos niveles también suelen estar elevados en ancianos no alcohólicos. Un NAS superior a 100 mg/dL (> 21.7 nmol/L) sin signos de intoxicación es buen indicio de la tolerancia etílica e indica dependencia.³⁶

Los instrumentos codificados disponibles para la detección son múltiples (Índice de gravedad de la adicción; Perfil de Adicción Maudsley; Michigan Alcoholism Screening Test; Escala de Intensidad de la Dependencia del Alcohol; Escala Multidimensional de Craving de Alcohol). Destacan entre los más útiles y sencillos: CAGE (evalúa el diagnóstico precoz de problemas relacionados con el consumo de alcohol) y AUDIT (evalúa la detección de bebedores de riesgo así como los problemas derivados de éste; instrumento sencillo y de alta utilidad, recomendado por la OMS).^{37,38} Para el diagnóstico clínico se recomienda la Historia Clínica Psiquiátrica Codificada para Adicciones, HCPCA.³⁹ Para su manejo es importante establecer estrategias contra el deseo-necesidad imperiosa de consumo, D-NIC. Cuando existen problemas médicos o psicosociales que contribuyen a la necesidad de consumir alcohol, se proponen estrategias eficaces de afrontamiento y se establece un asesoramiento más prolongado.⁴⁰ V.gr. el dolor crónico puede llevar a un mayor consumo alcohólico, de modo que el manejo eficaz del mismo puede reducir la ingestión.²¹ Lamentablemente, los programas profesionales (estructurados) diseñados específicamente para estos pacientes son escasos y deben adaptarse a trastornos médicos, cognitivos y psiquiátricos, así como a los problemas sociales habituales (jubilación, muerte, separación, etc.).⁴¹

Después de finalizar un programa estructurado, muchos adictos encuentran ayuda en grupos de ayuda mutua y demás programas no profesionales.⁴⁰ Los pacientes demenciados rara vez pueden mantener la abstinencia, a no ser que se restrinja su acceso al alcohol.⁴¹ Cuando el paciente no puede dejar de beber, el tratamiento se centra en la prolongación de los periodos de abstinencia, aumento al máximo de la función y la reducción del sufrimiento. La asesoría continua sobre los beneficios de reducir la ingestión de alcohol, no tiene eficacia inmediata pero es útil a largo plazo. Cuando se combina con la valoración médica, psiquiátrica y psicoterapéutica, así como con la atención a los problemas sociales, el manejo reduce las tasas de morbi-mortalidad y mejora la calidad de vida.⁴⁰

Como los campos de las adicciones a psicotrópicos y la geriatría han reconocido a través de los años los beneficios de un enfoque de equipo para su manejo, el PS deviene indispensable desde la fase inicial de detección, el tratamiento del abuso/dependencia de sustancias.^{2,25} A la vez, es esencial educar a los pacientes y a sus familiares sobre los efectos adversos de la automedicación o

consumo de sustancias, así como ofrecer apoyo a través del proceso de intervención. Tanto los familiares como los cuidadores y los pacientes suelen desconocer los efectos adversos del consumo abusivo de alcohol.²⁵ No obstante, a menudo los seres queridos no desean intervenir cuando la bebida parece complacer al anciano. Es imperativo instruirlos acerca de los perjuicios de la bebida (demencia, incontinencia, depresión, ataxia, caídas) y los beneficios de la abstinencia,^{12,13} considerando los argumentados maniqueos de la óptica pseudofilosófica de los “derechos de cada persona”, para justificar la adicción. Asimismo, conviene enfatizar las posibles interacciones entre etanol y ciertos fármacos.^{16,17} Dado que la dependencia etílica puede ser una enfermedad terminal, el PS (psicoterapeuta) puede ayudar al paciente a dirimir sus preocupaciones sobre la muerte, a poner en orden sus asuntos y a tomar decisiones sobre las actuaciones médicas en diferentes circunstancias. Ahora, respecto de otros psicotrópicos ilegales, cabe enfatizar que acorde a la epidemiología, tal tipo de consumo es poco común entre los ancianos. La mayor parte de las veces se inclinan por el consumo de psicofármacos.¹⁴ En adición, los efectos adversos de éstos, en especial los que se venden con receta e incluso sin ella, son bastante frecuentes. Los alcohólicos corren un riesgo especial de un consumo inadecuado de psicofármacos. Las BDZ y los opiáceos son las categorías con mayor posibilidad de causar problemas a los ancianos; 20% consumen BDZ y mientras el abuso/dependencia de alcohol es más frecuente en ellos, las BDZ lo son en ellas. Distintos estudios indican que la mayoría de las personas a quienes se prescriben BDZ suelen tomarlos siguiendo la prescripción o incluso en una cantidad menor y aunque se tomen según la prescripción, puede aparecer tolerancia, dependencia, efectos adversos y toxicidad. Además, se ha demostrado que las BDZ de acción prolongada aumentan de forma significativa el riesgo de caídas y fracturas de cadera, peligros especialmente graves a esta edad. Dado que la vida media de algunos de estos productos son aún más prolongadas en los ancianos, el fármaco se acumula en el cuerpo y alcanza un estado tóxico.

Los elevados niveles de BDZ en sangre causan disartria, ataxia y delirium.¹⁹ Si bien existen pocos estudios sobre abuso/dependencia de opiáceos en ancianos, su consumo inadecuado e intencional es infrecuente. No obstante, los efectos adversos de las dosis prescritas (estreñimiento, retención urinaria, delirium y en especial las caídas), son riesgosos.¹³ La adicción a la nicotina en esta población es el trastorno relacionado con psicotrópicos, más habitual que la dependencia etílica. Las enfermedades relacionadas con el tabaco causan una enorme morbilidad e incluso se han documentado los beneficios

de dejar de fumar. El consejo del médico es muy eficaz para ayudar a las personas a dejar de fumar y debería brindarse siempre que se presente la ocasión.^{29,40} En cualquier caso, una terapéutica de muchos fármacos refleja una multipatología, que facilita las reacciones fármaco-fármaco y fármaco-enfermedad. Como en el caso de los anticolinérgicos que exacerban el prostatismo y los diuréticos que precipitan la hipotensión postural.¹⁸ La inhibición del metabolismo del fármaco al parecer, no se ve afectada por la edad, pero la interacción entre fármacos (cimetidina, ciprofloxacina o eritromicina) inhibe el metabolismo de la teofilina hasta en 30%, por lo que ésta se mantiene activa y ocasiona toxicidad. Los bloqueadores H2 (cimetidina y ranitidina) pueden producir confusión o delirium. La inducción del metabolismo de un fármaco por otro, ocasiona un metabolismo acelerado que nulifica el efecto terapéutico.

En consecuencia, se recomiendan los objetivos de la farmacoterapia efectiva: Mejorar el cumplimiento del tratamiento (la falta de apego terapéutico causa 11% de las hospitalizaciones en ellos); reducir el riesgo de efectos adversos; mejorar la eficacia a una dosis mínima; seleccionar los costos más bajos posibles y simplificar la dosificación.¹⁸ Al efecto, es recomendación pertinente para el logro de una prescripción de fármacos efectiva: El paciente lleve todas sus medicinas al médico; evitar los fármacos PRN; seleccionar un fármaco con utilidad múltiple; revisar contraindicaciones e interacciones; iniciar a dosis bajas; monitorear reacciones adversas; instruir al paciente sobre su manejo y asegurarse de que entienda; revisar periódicamente el apego terapéutico; simplificar el régimen de tratamiento y retirar fármacos cuando sea posible; buena comunicación médico-paciente; utilizar recordatorios (calendarios, recipientes de colores y de fácil manejo y apertura, con etiquetas y letras grandes y claras), además de la explicación verbal en repetidas ocasiones y por escrito de cómo tomar el medicamento; deshacerse de fármacos antiguos o discontinuados; corroborar si el paciente está cumpliendo correctamente la prescripción mediante preguntas directas o indirectas; conteo de tabletas sobrantes; contacto con la farmacia que surte las recetas.

A veces se requerirá de la medición de la concentración sérica del fármaco; contar personas que supervisen el régimen del paciente; prescribir siempre la misma marca comercial; si es posible “integrar” las tomas de los fármacos dentro de la “rutina” del paciente (a la hora de levantarse, preparar el alimento, etc.). Todo ello consolida el apego terapéutico, entendido en términos de la coincidencia de la conducta de una persona con la receta médica.¹⁸ Si esto no ocurre, puede deberse tanto a causas no intencionales e intencionales. Es común que los

ancianos reciban varios fármacos para tratar sus enfermedades y esto puede ser motivo de confusión en su manejo. Además, pueden cursar con deterioro cognitivo, visual, auditivo; limitaciones físicas, falta de instrucciones claras; problemas económicos, estados depresivos e incluso una condición psicopatológica no tan rara, manifestada por la "necesidad de sufrir". Se sabe que los ancianos que viven solos suelen tener menor apego a su tratamiento. De modo que el incumplimiento de la farmacoterapia es trascendental en la evolución de las enfermedades, como el manejo a largo plazo de la dependencia y en la decisión de hospitalización, como complicación de la falta o el exceso de un fármaco.¹⁹

Como lo habitual es que se realicen modificaciones a sus prescripciones, procede realizar un esquema elemental para el ajuste de los tipos y dosis de fármacos. Los que deben prescribirse con más precaución son: BDZ, neurolépticos, antiparkinsonianos, antieméticos, antihistamínicos, diuréticos, antihipertensivos, digoxina, cimetidina, AINEs y corticosteroides. Algunos de estos tienen un índice terapéutico bajo y, por tanto, mayor riesgo de toxicidad. Es conveniente reducir su dosificación a la mitad o un tercio de la dosis usual en adultos.¹ Los fármacos con índice terapéutico alto (acetaminofén, penicilina, cefalosporinas) no necesitan reducir sus dosis. Debe tomarse en cuenta el peso y la talla del paciente para dosificar los medicamentos.¹⁸ En el caso de los *psicofármacos*, éstos deben prescribirse después de utilizar las otras alternativas complementarias de manejo (buen cuidado personal y trato humano, modificaciones ambientales, uso de terapias físicas y ocupacionales, etc.). Cabe enfatizar que no se estima ético utilizar este tipo de fármacos sólo como medida restrictiva del comportamiento. Los antipsicóticos controlan la agitación y problemas del comportamiento, por lo que devienen útiles en la demencia; disminuyen la paranoia, pero pueden aumentar la confusión, producir disquinesia tardía, sedación, hipotensión postural, efecto anticolinérgico, parkinsonismo y acatisia. El haloperidol adecuado en caso de delirium y demás cuadros psicóticos, puede deprimir la contractilidad miocárdica. La perfenazina útil contra las alteraciones de conducta diurna. La levomepromazina contrarresta el insomnio.

La clozapina es el antipsicótico que menos reacción extrapiramidal produce. La risperidona se indica en psicosis que cursan con alucinaciones, delirios, ilusiones, alteraciones del pensamiento hostilidad y/o síntomas negativos (aplanamiento afectivo, abandono emocional y social disminución de la expresión, pobreza en el lenguaje). También se indica como terapia adjunta con estabilizadores del humor en el tratamiento de episodios maníacos asociados al trastorno bipolar, caracterizados por síntomas

como humor elevado expansivo o irritable, autoestima elevada, disminución en la necesidad de sueño, verborrea, fuga de ideas, distractibilidad o falta de juicio, incluyendo comportamiento agresivo o disruptivo.

Está contraindicado en pacientes con hipersensibilidad al producto, depresión por alcoholismo o depresores del SNC, pacientes comatosos o con enfermedad de Parkinson. La olanzapina indicada en el manejo agudo y de mantenimiento de psicosis en las que predominan síntomas positivos (ilusiones, alucinaciones, trastornos del pensamiento, hostilidad y desconfianza) y/o síntomas negativos (disminución afectiva aislamiento emocional y social pobreza de lenguaje), como monoterapia o en combinación con litio o valproatos.^{1,19} La dosis de inicio, en general, corresponde a una cuarta parte de la del adulto. Deben vigilarse los efectos y suspender el tratamiento en cuanto sea posible, si existe algún problema. Estos fármacos pueden implicar riesgo de caídas y fracturas. No se recomienda el uso de anticolinérgicos como forma de prevenir el extrapiramidalismo. Sin embargo, pueden ser utilizados la bengtropina o el Trihexifenidil. Las BDZ, debido a sus inconvenientes de efectos colaterales, agitación, poca tolerancia y potencial de abuso en general, están proscritas en pacientes geriátricos, pero pueden ser de gran utilidad cuando existe riesgo de extrapiramidalismo por neurolépticos. No obstante, el clonazepam en gotas, tiene efecto ansiolítico, induce el sueño y es útil en casos de delirium y presencia de ideas delirantes; además controla alteraciones de la conducta. Los antidepresivos pueden tener efecto analgésico, hipnótico y ansiolítico. Son útiles en la incontinencia urinaria (inestabilidad del músculo detrusor). Deben escogerse los que menos efecto anticolinérgico tengan, por lo que los tricíclicos, aunque son relativamente baratos y efectivos; dicho efecto puede limitar o restringir su uso, especialmente en ancianos.

Los antidepresivos con buena acción sedante como mianserina, se usan en casos de agitación, para controlar insomnio, vagabundeo y ansiedad. Por muchos años, los tricíclicos fueron los antidepresivos más populares (amitriptilina, amoxapina, doxepina, imipramina, trimipramina) todavía son usados en ciertos casos aunque han sido superados por medicamentos menos propensos a efectos secundarios los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina, ISRS (paroxetina, citalopram, escitalopram, fluoxetina, sertralina y la venlafaxina inhibidor -dual- de serotonina y noradrenalina), casi no tienen efecto anticolinérgico y, aunque su costo es mayor, representan una buena opción para tratar estados depresivos con ansiedad asociada y el trastorno obsesivo-compulsivo. Los estabilizadores del humor como el carbonato de litio y la carbamacepina son útiles para tratar estados maniaco-

depresivos y coadyuvantes del manejo de la agitación. El valproato de sodio tiene utilidad en el tratamiento del deterioro social de la demencia senil, trastornos de conducta, estado de ánimo y procesos cognitivos vinculados. El valproato de magnesio por su utilidad antiepiléptica, antimigrañosa y antimaniaca ofrece control de la agitación, así como gabapentina, lamotrigina y topiramato, que si bien no están indicados formalmente en la literatura para su uso en ancianos, por su condición de antiepilépticos ofrecen una acción neuroreguladora y sedante, útil en cuadros de excitación nerviosa o agitación bajo el esquema dosis-respuesta.^{1,19}

Otras sustancias o medicamentos de consumo en ancianos son los analgésicos. Muchos de tales pacientes padecen artritis y consumen grandes cantidades de AINEs (de fácil absorción pero retienen sodio y agua); unidos a las proteínas compiten y desplazan a otros fármacos (hipoglicemiantes y anticoagulantes). Se pueden acumular metabolitos que por hidrólisis reconstruyen el fármaco original. Un aspecto a considerar es que la depuración de sustancias (salicilatos, naproxeno y oxaprozín) está disminuida en ellos. El acetaminofén como no modifica su metabolismo, es bastante seguro. Son medidas coadyuvantes contra el dolor la acupuntura y otros medios no farmacológicos.

Por último, es frecuente que en esta población, la inmovilidad, los fármacos anticolinérgicos, la falta de fibra y líquidos en la dieta causen constipación, por lo que es preciso mejorar tales condiciones antes de pensar en el uso de laxantes. Puede iniciarse con los formadores de bulto hidrófilos, luego con los irritantes y/o combinarse con los de tipo lubricante. Sin embargo, los laxantes pueden interferir con la absorción de nutrientes y favorecer las pérdidas líquidas y de electrolitos.^{1,19}

CONCLUSIÓN

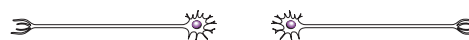
El incremento poblacional de este segmento traduce exigencia de cambios y actualización para las instituciones públicas de seguridad social, tanto en el ámbito de pensiones como en la atención a la salud,^{41,42} que debe rescatarse del abandono en el que han caído. El consumo de sustancias (epidemia silenciosa) es un peligro para su seguridad y subsistencia.^{25,43} No obstante que no existe adicción grave, como en otras edades, los ancianos están sometidos y su polifarmacia debe revisarse.¹⁸ El cambio social incesante hacia la tercera edad impele a la vez a realizar cambios socioculturales radicales y una redefinición del significado de la vejez en términos de su valía y en pro de nuevas formas de integración comunitaria en su más amplio sentido.^{44,45} Urge un cambio radical en la política social de Estado, que coordine el esfuerzo de la sociedad civil y las

organizaciones de adultos mayores con el gobierno y empresarios para enfrentar este reto, so pena de comprometer seriamente el desarrollo del país.⁴⁶

REFERENCIAS

1. Chiu E, Graham N, Katona C, Tataru N. *Advances in old age psychiatry*. In: Christodoulou GN (ed.). *Advances in Psychiatry*; 2005, Vol II, p. 119-25.
2. Draper B. *Training in old age psychiatry*. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003; 18: 683-5.
3. Fondo de Población de las Naciones Unidas. *Estado de la población mundial 1998*. Nueva York: Fondo de Población de las Naciones Unidas; 1998.
4. Consejo Nacional de Población. *Proyecciones de la población de México, 2000-2050*. México: Consejo Nacional de Población; 2002.
5. Souza y MM. *La salud mental y el adulto*. *Mex Neuroci* 2007; 8(3): 218-21.
6. Gutiérrez L. *El proceso de la transición epidemiológica*. *DEMOS* 2001; 14: 8-9.
7. Ham R. *Conceptos y significados del envejecimiento en las políticas de población*. En: Consejo Nacional de Población. *Envejecimiento demográfico de México: retos y perspectivas*. México: CONAPO; 1999, p. 41-53.
8. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. *XII Censo General de Población y Vivienda, 2000. Tabuladores Básicos. Aguascalientes: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática; 2001*.
9. Scott A, Wenger C. *Género y redes de apoyo social en la vejez*. En: Arber S, Ginn J (coord.). *Relación entre género y envejecimiento. Enfoque Sociológico*. Madrid: Nardea; 1996.
10. Ham R. *El envejecimiento en México: El siguiente reto de la transición demográfica*. México: El Colegio de la Frontera Norte- Miguel Ángel Porrúa; 2003.
11. Negrete M. *Distribución geográfica de la población mayor*. *DEMOS* 2001; 14: 18-20.
12. Gómez JF, Curcio CL, Gómez D. *Evaluación de la salud de los ancianos*; 1995, p. 77-90.
13. Cigolle CT, Langa KM, Kabeto MU, Tian Z, Blaum CS. *Geriatric Conditions and Disability: The Health and Retirement Study*. *Annals of Internal Medicine* 2007; 147(3): 156-64.
14. Secretaría de Salud. *Encuesta Nacional de Salud II. México: Dirección General de Epidemiología, SSA; 1994*.
15. León V, Zunzunegui MV, Muñoz PE, Soría C. *Contactos sociales y deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años*. *Rev Gerontol* 1991; 1: 105-10.
16. García-Fernández J, González-Pérez C, Sánchez MM, Sánchez-Baragaño M, Vega JB, Méndez-Rodríguez M. *Consumo de fármacos psicotrópicos en los ancianos*. *Rev Sanid Hig Pub* 1994; 68: 303-10.
17. Hurwitz ES, Holman RC, Strine TW, Chorba TL. *Chronic liver disease mortality in the US, 1979 through 1989*. *Am J Public Health*; 85(9): 1256-60.
18. Flaherty J, Perry H, et al. *Polipharmacy and hospitalization among older home care patients*. *J Gerontology* 2000; 55: 554-9.
19. Ireland G. *Principles of prescribing medications. Ambulatory geriatric care* 1993; 18-26.
20. Riedinger J, Robbins L. *Prevention of iatrogenic*. *Clinics in Geriatric Medicine* 1998; 681-98.
21. Caranasos GJ, Busby J. *Sleep disorders, constipation, and pain*. *Geriatrics* 1985; 40(8): 87-90.
22. Tataru N. *Mental Health Services for the Elderly in Central and Eastern European Countries, IPA Regional European Meeting, April 2003, Geneva, Switzerland; 2003*.
23. World Health Organization. *Division on Mental Health and Prevention of Substance Abuse and World Psychiatric Association. Education in Psychiatry of the Elderly, a Consensus Statement*. Geneva, Switzerland: WHO; 1998.

24. Camus V, Katona C, de Mendonca LC. Teaching and training in old age psychiatry: a general survey of the World Psychiatric Association member societies. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003; 8: 694-9.
25. WPA. The training implications for psychiatrists in the community. WPA Zone Representatives Meeting, Geneva, Switzerland; 2004.
26. Souza y MM, Cruz MDL. Programa de Tratamiento de Ancianos con consumo de Sustancias. Subdirección de Hospitalización y Proyectos Clínicos. Centros de Integración Juvenil, A.C. México; 2007.
27. O'Brien J, Ames D, Gustafson L, Folstein M, Chiu E (eds.). *Cerebrovascular Disease, Cognitive Impairment and Dementia*. 2nd Ed. London, UK: Dunitz; 2004.
28. Baldwin R, Chiu E, Katona C, Graham N (eds.). *Guidelines on Depression in Older People—Practising the Evidence*. London, UK: Dunitz; 2002.
29. Giron MS, Wang Hx, et al. The appropriateness of drug use in an older nondemented and demented population. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49(3): 277-83.
30. Mental Health Law: Monitorul oficial al României, XIV, Nr. 589, 8 August 2002. Summary-Guidance for the management of behavioral and psychiatric symptoms in dementia and the treatment of psychosis in people with history of stroke/TIA. Disponible en: www.rcpsych.ac.uk/college/faculty/oap/professional/guidance_summary.htm
31. Cummings JL (ed.). *The Neuropsychiatry of Alzheimer's Disease and Related Dementias*. London, UK: Dunitz; 2003.
32. Gustafson L, Burns A, Katona C, et al. Skill-based objectives for specialist training in Old Age Psychiatry. *Core Curriculum Int J Geriatr Psychiatry* 2003; 18: 689-93.
33. Lyketsos CG, Del Campo L, Steinberg M, et al. Treating depression in Alzheimer disease: efficacy and safety of sertraline therapy, and the benefits of depression reduction: the DIADS. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60: 737-46.
34. OPS. Organización Panamericana de la Salud. Envejecimiento: ¿qué nos depara el futuro? Comunicado de prensa. Organización Panamericana de la Salud, enero 2002; Vol. 01. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/DPI/100/100feature02.htm> [Consultado: 10 de febrero de 2005].
35. Salgado de Snyder VN, Díaz-Pérez MJ. La salud mental de las mujeres rurales: problemas, necesidades y alternativas. En: Lara MA, Salgado de Snyder VN (eds.). *Cálmese son sus nervios, tómese un tesito: la salud mental de las mujeres mexicanas*. México: PAX; 2002, p. 171-94.
36. Souza y MM. *Diagnóstico y Tratamiento de los Síndromes adictivos*. México: Editorial Ciencia y Cultura Latinoamérica; 2000. (Reseñado por la Dra. Lilia Nuñez Orozco. *Rev Mex Neuroci* 2001; 2(1): 57).
37. Burns A, Lawlor B, Craig S (eds.). *Assessment Scales in Old Age Psychiatry*. 2nd Ed. London, UK: Dunitz.
38. Souza y MM. *Instrumentos Codificados de Diagnóstico y Tratamiento en Adicciones*. Subdirección de Hospitalización y Proyectos Clínicos. Centros de Integración Juvenil, A.C. México; 2007.
39. Souza y MM, Quijano BEM, Díaz Barriga SL, Guisa CVM, Lorenzo AS, Gaucin RR. *Historia Clínica Psiquiátrica Codificada para Adicciones*. HCPCA. *Psiquiatría* 1998; 14(1): 9-25.
40. Souza y MM. *Adicciones: Clínica y Terapéutica*. México: Editorial Alfil; 2007. (Reseñado por la Dra. Lilia Nuñez Orozco. *Rev Mex Neuroci* 2007; 8(3): 301).
41. Caranasos GJ. Training Law Enforcement Officers to Assist the Demented Elderly. *J of Applied Gerontology* 1990; 9(3): 355-62.
42. Chiu E, Ames D, Katona C (eds.). *Vascular Disease and Affective Disorders*. London, UK: Dunitz; 2002.
43. Knaul F, Arreola H, Borja C, Ruíz de Chávez M, Soberón G. *Competitividad y salud: la propuesta*. México: Fundación Mexicana para la Salud; 2004.
44. Secretaría de Desarrollo Social/Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. *Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores*. México; 2002.
45. Tuirán R. *Familia y valores: cambios y arraigos tradicionales*. DEMOS 1995; 8: 30-31.
46. Salles V. *Pobreza, pobreza y más pobreza*. En: Szasz I, Salles V (ed.). *Las mujeres en la pobreza*. México: El Colegio de México; 1994, p. 47-72.



Correspondencia: Dr. Mario Souza y Machorro
Centro de integración Juvenil, A.C. CIES
Aguascalientes 2001-7 Col. Hipodromo Condesa,
Del. Cuauhtémoc, C.P. 06510,
México, D.F.
Correo electrónico: souzaym@prodigy.net.mx.