

Perspectivas de futuro y propuestas de recursos terapéuticos para adictos de edad avanzada

Antonio Lagares Roibás*, Ana Isabel López Melendro**, M^a José Gallego Montes***

*Médico / **T. Social / ***T. Ocupacional
CAD de San Blas. Instituto de Adicciones. Madrid-Salud

Resumen

Objetivos: detectar las principales necesidades y carencias en las diferentes áreas vitales, -sanitarias, formativas, laborables, etc.- de este colectivo, para poder desarrollar estrategias de tratamiento que permitan dar respuesta a las mismas, proponiendo para ello el diseño de recursos terapéuticos potencialmente capaces de cubrir esas demandas.

Material y métodos: estudio descriptivo realizado en el Cad de San Blas con una muestra de 103 pacientes adictos de edad superior a los 50 años. Se utilizaron como fuente de datos las historias clínicas, estudiando una serie de variables de diverso tipo, lo que nos permitió detectar las necesidades del colectivo a estudio y consiguientemente hacer las propuestas de recursos terapéuticos.

Resultados: los resultados obtenidos una vez analizadas las variables a estudio ponen de manifiesto que en este grupo de adictos de edad avanzada se observa una alta prevalencia de patología orgánica y psíquica, elevada prevalencia de politoxicomanía, desocupación laboral importante, desestructuración y carencia de apoyo familiar, baja cualificación laboral y académica, economía deficitaria, etc. En función de estos datos se plantean las necesidades y alternativas de tratamiento.

Conclusiones: la población adicta mayor de 50 años deberá de tenerse en cuenta para el diseño de estrategias de futuro. Este grupo de personas presentan una especial vulnerabilidad y desprotección personal. Los futuros recursos deberán de tener una temporalidad diferente y una adecuada coordinación.

Palabras Clave

Adicto, edad avanzada, futuro, recursos terapéuticos, temporalidad.

Correspondencia a:
Antonio Lagares
CAD de San Blas
C/ Alcalá 527 - Madrid 28027
Tfno: 917434771; Fax : 917434775
e.mail: lagarsra@munimadrid.es



Abstract

Objectives: Detecting the principal needs and lacks in the different vital areas (sanitary, formative, working...) of this group, being able to develop strategies of treatment that allow to give response to them, proposing for the design of therapeutic resources potentially capable of covering these demands.

Material and Methods: Descriptive study made at Cad de San Blas with a sample of 103 addicted patients at the age of 50 or more. The clinical histories were used as data source, studying a series of variables of diverse type, which allowed us to detect the needs of the studied group and consequently to do proposals of therapeutic resources.

Results: The results obtained once analyzed the studied variables revealed that in this group of advanced age addicts, it is observed a high prevalence of organic and psychic pathology, as well as of drug addiction; important unemployment, disarrange and lack of familiar support, low labour and academic qualification, loss-making economy, etc. Depending on these data, the needs and alternatives of treatment are raised.

Conclusions: The addicted population older than 50 years has to be taken into account for the future strategy designs. This group of people presents a special vulnerability and a personal lack of protection. Future resources must have a different temporality and a suitable coordination.

Key Words

Addict, advanced age, future, therapeutic resources, temporality.

INTRODUCCIÓN

Las adicciones constituyen un fenómeno social de dimensiones considerables, cada vez con mayor concienciación de la sociedad debido, en parte, al cambio de perfil del adicto que consecuentemente ha provocado que los diferentes estratos sociales puedan verse afectados, convirtiéndose en un problema de Salud Pública con graves consecuencias tanto sanitarias como socioeconómicas, que afectan al propio individuo y a la sociedad, debiendo ser ésta la que asuma la solución del problema a través de los poderes públicos a quién compete propiciar el derecho de integración que tiene el individuo.

El perfil del paciente adicto ha experimentado importantes cambios en los últimos tiempos atribuibles a una combinación de factores o circunstancias. Por un lado, el cambio de tendencia en la elección de las sustancias a consumir y consecuentemente el patrón de consumo. La institucionalización progresiva de la asistencia de estos pacientes, ha permitido ofrecer una amplia cobertura que se ha traducido en un mejor diagnóstico y conocimiento de sus adicciones y mayor detección de las mismas. La oferta de tratamientos profesionalizados ha provocado un acercamiento de esta población a los recursos terapéuticos aumentando la demanda y por ende, permite determinar de forma más exacta la magnitud



del problema. A su vez se consiguió mejorar el estado de salud y calidad de vida de estos usuarios.

Esta nueva situación que encontramos, nos permite constatar que los pacientes adictos cada vez **presentan mayor edad** y hace que nos planteemos cual es su situación en las diferentes áreas que determinan y afectan a su vida. Su análisis y valoración nos hacen reflexionar sobre cuáles pueden ser las expectativas de estos pacientes cara al futuro, siendo en este periodo vital donde el paciente adicto precisa de una **atención específica y especializada** por la particularidad de la misma, capaz de hacer una serie de propuestas terapéuticas que den respuesta a esas necesidades.

OBJETIVOS

Los objetivos que desarrollaremos en este trabajo van dirigidos en una doble vertiente: por un lado, profundizar en el conocimiento de las necesidades de éste colectivo, y por otra, a plantear una reflexión sobre qué recursos serían necesarios para cubrir y dar respuesta a esas necesidades. Para ello plantearemos los siguientes objetivos:

- Detectar y/o prever las necesidades prioritarias de este colectivo, a nivel sanitario, formativo/laboral, convivencial y socioeconómico.
- Desarrollar estrategias de tratamiento que puedan dar respuesta a las necesidades detectadas.
- Plantear y diseñar recursos terapéuticos potencialmente capaces de ofrecer cobertura a las demandas, desde los diferentes niveles –funcional, estructural/dotacional y organizativo–.

MATERIAL Y MÉTODOS

Participantes: serán objeto de inclusión en este estudio todos aquellos pacientes con edad igual o superior a 50 años que reciben tratamiento en el Cad de San Blas y que presenten patología adictiva.

Instrumentos: los instrumentos a utilizar para la realización de este estudio bien como fuente de datos o de elaboración estadística serán las Historias Clínicas y el SPSS.

Metodología: A partir de los instrumentos reseñados se procederá a la recogida, tabulación, análisis y tratamiento de datos de una serie de variables que prevemos nos permitan determinar las necesidades, y/o carencias de este colectivo, siendo en función de las mismas y con carácter deductivo hacer el diseño y propuestas de los recursos terapéuticos, capaces de dar cobertura y respuesta a dichas necesidades, cumpliendo el objetivo del presente trabajo.

RESULTADOS

La población de adictos de edad avanzada, mayor de 50 años -véase tabla I-, se caracteriza por presentar una serie de peculiaridades que le diferencian del resto de la población adicta (más joven). La población estudiada (n: 103) supone el 11,73 % de la que recibe atención en nuestro centro.

Se determinaron las siguientes principales características:

- Elevada prevalencia de enfermedades somáticas (64,20%), con frecuente asociación de 2-3 patologías de severidad moderada-grave. También alta prevalencia de patología


Tabla I. Población de adictos mayores de 50 años

SEXO	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
EDAD			
50 - 55	67,90 %	7,40 %	75,30%
56 - 60	12,35 %	4,95 %	17,30%
61 - 65	3,70 %	–	3,70%
> 65	3,70 %	–	3,70%
EDAD MEDIA	53,85	54,50	53,94
RANGO EDAD	50 – 68	50 - 60	50 - 68

psiquiátrica (58,02%) asociada –P. Dual- y cada vez mayor detección de problemas a nivel de deterioro cognitivo y neuropsicológico (véase Gráficas I-2 y Tablas II-III).

- Alta prevalencia de adicción al alcohol, seguido de otras sustancias (heroína, cocaína...) con frecuente asociación de dos o más adicciones -politoxicomanía- (véase Tabla IV).
- Inadecuado reconocimiento en el grado de incapacidades y/o minusvalías (14,82%) en relación a su estado de salud. Este desajuste entre la elevada prevalencia de enfermedad y el escaso reconocimiento de prestaciones de incapacidad, pone de manifiesto la falta de concienciación de sus propios problemas de salud, el escaso conocimiento de sus derechos y capacidad reivindicativa, así como, quizás, la inadecuada orientación por parte de los profesionales que les tratan. En consecuencia una deficiencia a tener en cuenta a la hora de intervenir con este colectivo.

- A nivel de convivencia, se observa una considerable desestructuración familiar y diversidad de con quien viven, siendo la forma normalizada con su cónyuge solamente el 34,56%, frente a la elevada vivencia de soledad –65,44%- que presenta el resto de esta población, es decir, una importante carencia de apoyo familiar (véase Tabla V).
- En el aspecto formativo-laboral, se observa una baja formación académica y profesional (<15% de estudios superiores), elevada desocupación laboral (61,73%), nivel de ingresos insuficientes (bajo-medio, bajo: 86,42%) y consecuentemente a todo ello un alto grado de inviabilidad laboral-económica cara al futuro (véase Gráfica 3 y Tabla VI).

DISCUSIÓN

Estos datos, anteriormente expuestos deberían de servir para someter a reflexión y análisis el **futuro** de este colectivo, conside-



Gráfica 1. Enfermedades somáticas

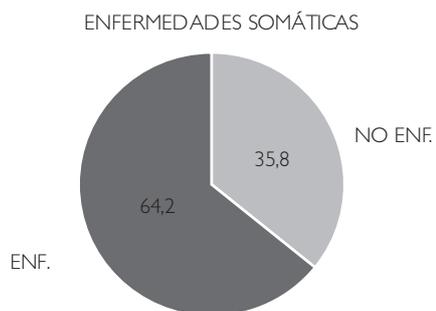


Tabla II. Enfermedades somáticas

ENFERMEDADES SOMÁTICAS	
NÚMEROS DE ENFERMEDADES	%
1 - 2	39,51
3 - 4	19,75
> 5	4,94
SEVERIDAD	%
LEVES	14,81
MODERADO	41,98
GRAVE	43,21

Gráfica 2. Enfermedades psíquicas

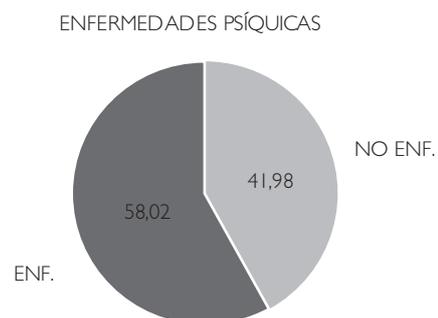


Tabla III. Enfermedades psíquicas

ENFERMEDADES PSÍQUICAS	
PATOLOGÍA	%
DEPRESIÓN	44,44
ANSIEDAD	17,28
TRASTORNOS PERSONALIDAD	9,88
PSICOSIS	4,94
DETERIODO COGNITIVO	7,41

Tabla IV

ADICCIÓN	%	EDAD MEDIA
ALCOHOL	72,84	54,35
COCAÍNA	34,57	52,07
HEROÍNA	43,21	51,22
CANNABIS	16,05	52,62
BENZODIACEPINAS	17,28	53,28
TABACO	27,16	54,72
LUDOPATÍA	3,70	52,66



Tabla V

ESTADO CIVIL					
SEXO	SOLTERO	CASADO	VIUDO	SEPARADO	TOTAL %
HOMBRE	23,46%	30,86%	7,41%	25,93%	87,66
MUJER	7,41%	3,70%	-----	1,23	12,34
TOTAL	30,87%	34,56%	7,41%	27,16%	100,0
EDAD					
EDAD MEDIA	52,56	54,64	58,00	51,18	
RANGO MEDIA	50-60	50-64	50-68	50-67	

Gráfica 3

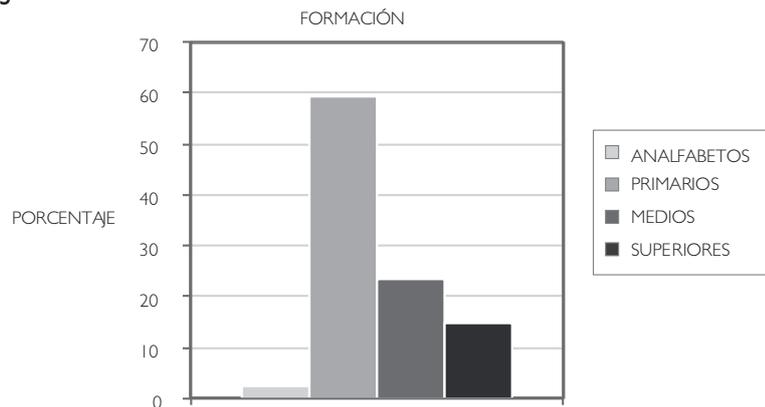


Tabla VI

SITUACION LABORAL (%)	NIVEL DE INGRESOS (%)	VIABILIDAD LABORAL Y ECONÓMICA (%)	PROCEDENCIA DE INGRESOS (5)				
Activo	38,27	Alto	1,23	Indefinida	40,74	Actividad laboral	38,27
Parado	13,58	Medio alto	12,35	Largo plazo	7,41	Paro	11,11
Jubilado	19,75	Medio bajo	14,82	Medio plazo	6,17	Pension	28,40
Situación especial	17,28	Bajo	64,43	Corto plazo	27,16	I.T.	6,17
Marginal	11,12	Indigencia	6,17	No viabilidad	18,52	Otras	16,05



rando la gran vulnerabilidad que presenta en las diferentes áreas vitales, entiéndase, estructura familiar y circunstancias personales, cronicidad de la adicción, fragilidad en el terreno socio-laboral, añadido al precario nivel de salud, es decir, una serie de necesidades detectadas y que se exponen en la figura 1.

Estas realidades nos invitan a sugerir una serie de propuestas o **estrategias** cuya finalidad sería resolver o paliar las comentadas deficiencias. Dichas estrategias se detallan mediante la figura 2.

Estas propuestas o estrategias, para que puedan llegar a hacerse realidad precisan de una serie de **recursos terapéuticos** a diferentes niveles que permitan satisfacer las necesidades que presenta el citado colectivo, dando una respuesta integral, continuada en el tiempo y coordinada entre todas los estamentos implicados. Estos recursos se deben de establecer, fundamentalmente a dos niveles, el sanitario y comunitario. Las características de los mismos se detallan en las figuras 3 y 4.

Cabe destacar, que los recursos sanitarios deben, por su diversidad, ser capaces de ofrecer una atención integral al paciente tanto a nivel orgánico como psíquico. Algunos de ellos son comunes en todos los Servicios de salud, sin embargo, no ocurre lo mismo con las unidades especializadas que se presentan, no existiendo de forma generalizada y regular en todo el Estado, lo que sería deseable. Destacar la propuesta de **unidades de nueva creación**, pensamos que necesarias en virtud de la creciente aparición de las alteraciones cognitivas, y de la previsible "geriatrización" de estos pacientes. También resaltar la nueva

figura del educador social geriátrico cuyas funciones a desempeñar vendrían determinadas por las propias deficiencias de este colectivo, entiéndase, aislamiento familiar y social, baja formación, la propia edad, la mermada capacidad, etc.

Somos conscientes de las dificultades burocráticas y económicas que supone la creación de nuevos servicios, pero debemos plantearnos que la futura realidad de estos usuarios precisará de éstas o similares atenciones, que además puedan hacer posible, como planteamos en la introducción, que la propia sociedad sea capaz de la integración real de estos pacientes.

Es para esta integración donde también los recursos terapéuticos comunitarios deben de ser pieza principal, debido a que en parte emanan y están directamente más implicados en la propia sociedad donde se debe de integrar el adicto. Los que proponemos –figura 4– pretenden satisfacer las deficiencias que se han observado en los aspectos formativo-laboral y convivencial-relacional.

La variedad y complejidad de los mismos, precisará para su correcto funcionamiento de la implicación y sensibilización de estamentos diversos, desde la propia Administración (en sus distintos niveles), los agentes sociales (empresarios...) hasta la sociedad civil (voluntariado...), tarea compleja que a su vez tiene que suponer un reto a conseguir, para todos aquellos que de una u otra forma estamos trabajando en este contexto.

Por lo tanto, la población de adictos a las que se dirigen las propuestas de recursos terapéuticos que se detallan, merecen, además,



Figura I

NECESIDADES DETECTADAS

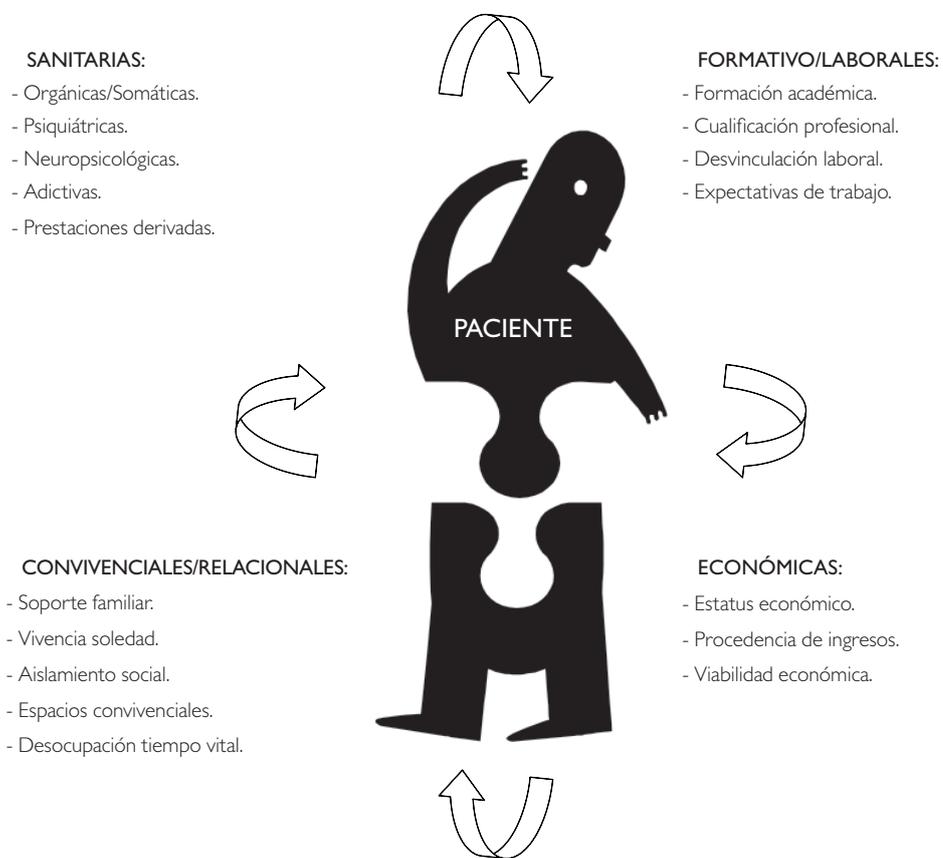




Figura 2

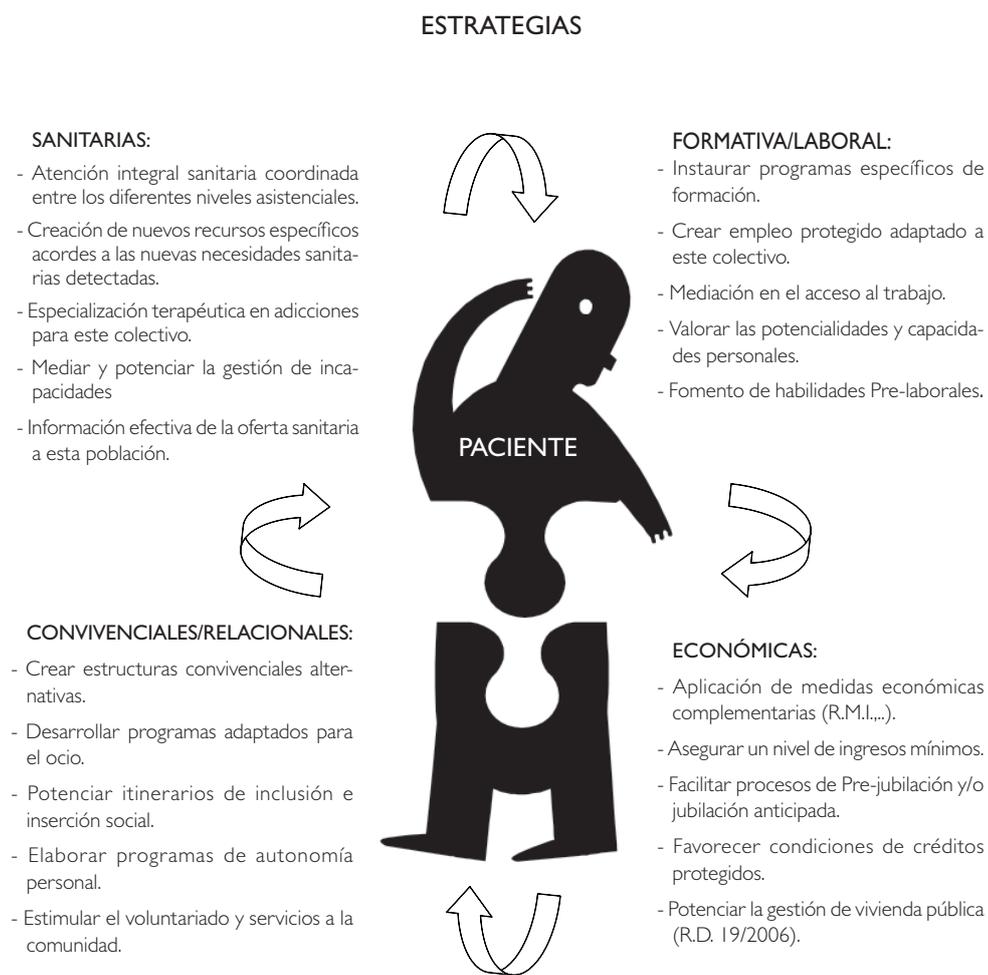




Figura 3 RECURSOS SANITARIOS

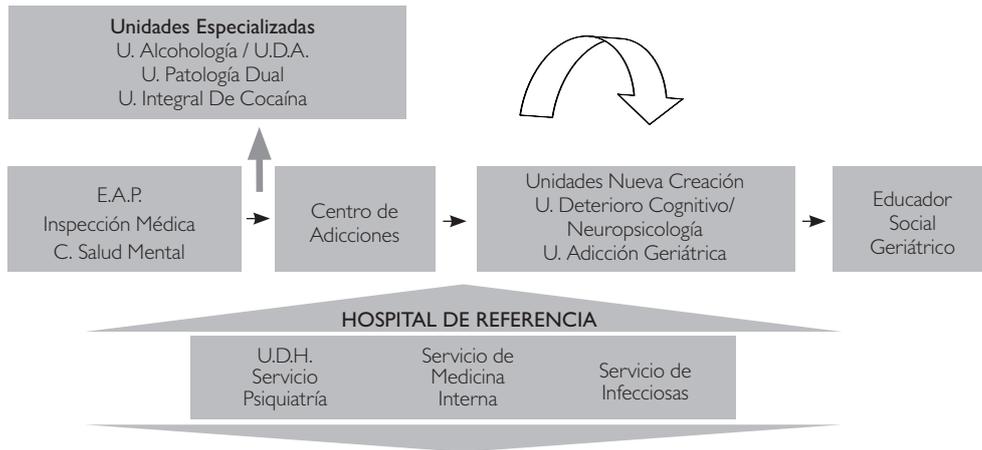
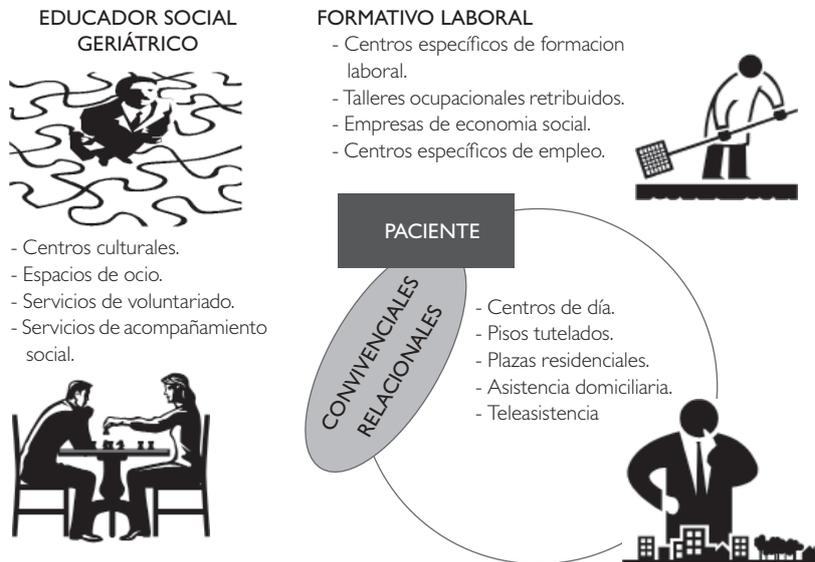


Figura 4 RECURSOS COMUNITARIOS





una serie de consideraciones que vamos a ir exponiendo.

Si partimos de lo que contempla el artículo 23.1 de la ley 5/2002, la integración social de los adictos se realiza mediante una **intervención individual y comunitaria**, persiguiendo como fin último la integración y normalización del individuo en la sociedad, apoyándose en los **recursos personales y sociales**.

El colectivo de pacientes de edad avanzada, presenta como características añadidas una serie de dificultades en los diferentes niveles que les hacen más vulnerables para los procesos de exclusión, como son:

- Importante deterioro orgánico y/o psíquico cronicado que precisa de un alto nivel de atención sanitaria específica.
- Falta de recursos personales para la supervivencia, como son la cualificación laboral, la inteligencia emocional, la escasa creencia en las propias posibilidades, aprecio por sí mismos, y la sensación de incapacidad para dirigir la propia vida.
- Ruptura progresiva de los lazos sociales, tanto en el ámbito laboral como en el familiar o de los amigos. El excluido define la soledad como una de sus mayores tristezas.
- Habría que añadir que además de individual la exclusión tiene una **dimensión espacial**. A veces las personas viven en barrios excluidos, se ubican en plazas y espacios urbanos que les dotan de una **identidad marginal**.

Todo ello hace que nuestras intervenciones deberán caracterizarse por lo siguiente:

- *Trabajo en red*. Desde las acciones parceladas no se alcanza la eficacia, evitar el aislacio-

nismo de cada administración, de cada institución, de cada ONG. Es necesaria la adecuada utilización y coordinación de los recursos existentes y la **creación de nuevos centros** de tratamiento para las necesidades emergentes.

- *Temporalidad*. La persistencia en el tiempo de las peculiaridades y problemas de este colectivo, precisa de nueva consideración en relación a los recursos terapéuticos dotándoles del **carácter de indefinidos**.
- *Multidimensionalidad y acción personalizada*. Se propondrán diseños de intervención integrados basados en las necesidades sociales detectadas, así como las propias del individuo.
- *Territorialidad*. Nos hemos preparado para intervenir desde un punto de vista fundamentalmente individual y/o familiar. Sin embargo, el territorio se debe de configurar como una **unidad operativa básica**.
- *Participación*. El ciudadano es sujeto de derechos y obligaciones, por lo tanto abocado a corresponsabilizarse para aportar propuestas a sus necesidades.

CONCLUSIONES

- La población mayor de 50 años, tanto desde un punto de vista cuantitativo como cualitativo, es un grupo a tener en cuenta en el diseño de estrategias de futuro.
- Este grupo de personas que carecen de apoyo familiar están sujetas a una especial vulnerabilidad y desprotección personal en una estructura social como la nuestra donde la familia aporta al individuo la cobertura de sus necesidades.



- En el marco de la Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de promoción a la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia se abre un desafío para animar y acompañar a este colectivo en la valoración de sus grados de dependencia. Cuestión fundamental para la asignación de prestaciones económicas o de los servicios convenientes.
- Hasta la actualidad, los recursos disponibles venían limitados por la temporalidad. En este estudio vemos la necesidad de la creación de recursos de alojamiento de larga estancia e incluso indefinidos.
- Será preciso una adecuada coordinación con el resto de Administraciones Públicas, en concreto con los Sistemas Públicos de Servicios Sociales y Red Pública de Salud Mental, fundamentalmente.

Por último, finalizaremos proponiendo un modo de corolario que: "a problemas complejos soluciones integradas".

BIBLIOGRAFÍA

Documentos Técnicos del Instituto de Adicciones de la ciudad de Madrid, (2005), *La Integración Sociolaboral en Drogodependencias*, Madrid, I. Adicciones.

Documentos Técnicos del Instituto de Adicciones de Madrid-Salud, (2007), *Programa de Integración Social a través del ocio*, Madrid, I. Adicciones.

Guillén, F., Ribera, J.M., (2000), *Geriatría XXI Análisis de necesidades y recursos en la atención a las personas mayores en España*, Madrid, EDIMSA.

Kielhofner, G., (2004), *Terapia Ocupacional. (MOHO) Modelo de Ocupación Humana: Teoría y Práctica* -3^a ed., Madrid, Panamericana.

Ley 5/2002, de 27 de junio, sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos, Madrid, B.O.E. n^o 176 de 24/07/2002.

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia, Madrid, B.O.E. n^o 299 de 15/12/2006.

Lucas, R., (2001), *Consumo de sustancias y calidad de vida* en Rubio, G., López-Muñoz, F., Álamo, C., Santo-Domingo, J., (2001) *Trastornos Psiquiátricos y abuso de sustancias*, Madrid, Panamericana.

Pérez, B., (2006), *La Red Asistencial* en Pérez de los Cobos, J.C., Valderrama, J.C., Cervera, G., Rubio, G., (2006) *Tratado SET de Trastornos Adictivos*, tomo 2, Madrid, Panamericana.

Piédrola, G., (1994), *Medicina Preventiva y Salud Pública*, 9^a ed., Barcelona, Masson - Salvat médica.

Sánchez, L., Navarro, J., Valderrama, J.C., (2004), *Estudio Internacional sobre género, alcohol y cultura "Proyecto Genacis"*, Alicante, SET.