

USO Y ABUSO DEL ALCOHOL EN LA TERCERA EDAD: SUS EFECTOS EN LA SALUD

Edgar Brenes A.

INTRODUCCION

El uso y abuso del alcohol en la tercera edad es un tema que comenzó a llamar la atención, con mayor intensidad, durante la presente década. Precisamente por lo reciente de las investigaciones, no se ha logrado detectar estudios longitudinales que permitan generalizar resultados a toda esta población. Sí se han hecho averiguaciones con muestras de individuos de sesenta y más años en hospitales, diferentes centros de salud y en la comunidad.

El presente trabajo busca recoger esa información bibliográfica y organizarla de forma tal que permita visualizar mejor la problemática en consideración; además, condensar estudios sobre las implicaciones del alcohol en la salud de los senescentes. En términos generales, se busca encontrar respuesta a las siguientes preguntas: ¿es el uso y abuso del licor un problema importante en la tercera edad?, ¿Qué incidencia se presenta en hombres y mujeres? ¿Cuáles son las principales implicaciones para la salud? ¿existe tratamiento específico para el anciano alcohólico?

En la primera parte del trabajo se ofrece información sobre el senescente y el consumo de alcohol; en la segunda parte se contempla una revisión de conclusiones de investigaciones en cuanto a los efectos del licor en la salud en ese grupo humano. Luego se ofrece un comentario que incluye inquietudes y sugerencias. Se espera que la abundante bibliografía incluida contribuya a llenar el vacío existente en nuestro medio.

USO Y ABUSO DEL ALCOHOL EN LA TERCERA EDAD

En el año 2.000 el mundo contará con aproximadamente 590 millones de personas que sobrepasarán los sesenta años. De esa cantidad, unos 60 millones tendrán una edad de 80 y más. Los países que encabezarán esta proyección demográfica

son en su orden: China, India, Rusia, Estados Unidos, Japón, Brasil, Indonesia, Pakistán y México. Costa Rica llegará a contar con cerca de 262.000 senescentes a fines del presente siglo, con 589.000 en el 2.020 y con 719.000 en el 2.025 (Centro Internacional de Gerontología Social, 1985). Hasta julio de 1987 se cuenta con una cantidad aproximada de 154.000 personas con 60 y más años en Costa Rica.

El aumento constante de individuos que ingresan a la tercera edad es aún más notorio en países industrializados. En los Estados Unidos, por ejemplo, este grupo ya supera al número de adolescentes de entre 13 y 19. El incremento neto diario de sujetos que ingresan al grupo de la tercera edad es de 1.600 (Glass y Grant, 1983). Al aumentar esta población, también se incrementa la incidencia de situaciones relacionadas con el envejecimiento y problemas conexos. Por esta razón, se hacen más visibles los problemas relativos al uso y abuso del alcohol. Estos problemas tienden a aumentar, al menos en proporción directa al crecimiento numérico de este grupo humano.

Aunque es difícil diagnosticar el alcohol como la única causa de un determinado problema médico, Hartford y Samurasky (1984) lo consideran en un tercer lugar como generador de problemas de salud; y estiman que disminuye la expectativa de vida de diez a doce años. De un porcentaje de 5% de internamiento de ancianos y de un 20% de reclusión periódica (Glass y Grant, 1983), no se puede decir con certeza qué tanto por ciento corresponde únicamente a problemas de licor.

Potencialmente, la población de la tercera edad está expuesta a la ingestión de alcohol, como un medio de compensar las constantes pérdidas: viudez, muerte de amigos, soledad, problemas económicos y problemas de salud, entre otros. Desafortunadamente, el conocimiento sobre el tema, las conclusiones de investigaciones y el desarrollo de una conciencia social efectiva son aún limitadas

para visualizar y atender el problema en forma comprensiva.

Aunque el tema del licor está en el orden de las discusiones diarias, cuando se refiere al anciano, la información no solo es escueta sino que en alguna forma se oculta y se minimiza. No son entonces de extrañar las manifestaciones de Brown y Chiang (1984) quienes dicen:

Aunque las drogas y el abuso de alcohol parecen ser un problema importante entre los ancianos, muchos profesionales permanecen sin información o sin conciencia sobre ello (p. 159).

Al referirse al mismo asunto, Hartford y Samuraski (1984), escriben:

La desesperación y soledad que a menudo acompañan los problemas del licor en los ancianos son dolorosas para aquellos responsables de su cuidado. Los profesionales del campo de la Gerontología desean evaluar y tratar a estos sujetos, pero se sienten frustrados con el limitado y superficial conocimiento que se tiene del problema. Debemos identificar esta área como prioritaria e incrementar significativamente nuestro conocimiento y comprensión de la interrelación entre envejecimiento y alcoholismo (p. 5).

Precisamente, la apatía del público a mirar el abuso del alcohol entre los senescentes como un problema importante ha contribuido a que la situación tienda a agravarse (Opstellen y McFarland, 1982). Este desinterés también se refleja en disciplinas que deberían hacer llegar sus servicios a este campo, como la orientación. Así nos lo hacen saber Gross y Capuzzi (1981), quienes afirman que el adiestramiento de orientadores para atender al anciano alcohólico, se encuentra aún en su infancia.

Hace catorce años, Linn, M.W.; Linn, B.S. y Greenwald (1972) notaron un aumento en el número de ancianos alcohólicos que ingresaban para internamiento y se preocuparon en ese entonces por la incidencia del licor en la tercera edad. Es quizás, bajo atención médica, sin embargo, donde mejor se podría descubrir al senescente que abusa del licor. Brody (1982) considera que entre 10 y 15% de personas mayores de 60 años que buscan atención para su salud, tienen al menos un problema correlacionado con el alcohol. Sería interesante tomar el estudio de Ramírez (1985) que cita varias causas de hospitalización para la población costarricense mayor de 45 años e intentar determinar porcentajes de individuos que son alcohólicos, toman en exceso, etc.

La incidencia de desórdenes de salud tiende a aumentar con la mayoría de edad. Este particular,

sin embargo, es muy relativo y está en estrecha relación con cada individualidad. De hecho, muchas personas mayores de sesenta mantienen plenitud de condiciones físicas y mentales hasta avanzada edad. Pero es evidente que, en edades avanzadas, se ingresa en un período de vida de pérdidas considerables. Crook y Cohen (1984) encontraron situaciones de depresión, desórdenes al dormir y problemas mentales, incluyendo demencia. Estos resultados, sin embargo, podrían darse también en otros grupos humanos. Estos autores también encontraron que el envejecimiento produce cambios fisiológicos en los tejidos que disminuyen la capacidad de reserva, con lo cual los riesgos de padecimientos y susceptibilidad a las enfermedades es mayor. Freund (1984) observó que el envejecimiento predispone al individuo a una disminución en la capacidad de adaptación a condiciones ambientales de estrés; pero por otro lado, en un estudio longitudinal que se lleva a cabo en Baltimore, Maryland, en el Centro de Investigación para el Envejecimiento, y cuyos resultados finales todavía se encuentran en proceso, se afirma que los rasgos de personalidad que se han mantenido durante la vida, tienden a persistir con muy ligeros cambios a través de la tercera edad. Esto requiere decir que el ajuste al envejecimiento y situaciones relativas a éste, depende mucho de las condiciones individuales.

Gross y Capuzzi (1981) identifican al senescente con problemas de licor como "el menos visible" de todos los que sufren problemas de adicción. En efecto, la literatura pone especial atención a la dificultad de detectar al anciano alcohólico. Una vez que estas personas se acogen a la pensión, se retiran de los trabajos y de controles sociales normales, la dificultad de ayudarlas aumenta. Para muchos senescentes, el tomar en exceso se convierte en un problema moral, pues experimentan sentimientos de culpa y vergüenza. Quizá en alguna forma esto incida para que no busquen, con la frecuencia del caso, los servicios psicosociales de que la sociedad dispone, sino que prefieran la atención médica cuando así lo necesitan. Al presentarse a la consulta con el doctor, es posible que el senescente escape a un diagnóstico en que se implique el alcohol. Así lo notaron Schuckit y Pastor (1978); Shuckit y Pastor (1979) y Brody (1982). Estos autores estiman que los médicos tienden a interpretar problemas causados por licor, como propios de la vejez. Baker (1982) indica que los doctores han recibido poca o ninguna instrucción sobre las situaciones que afrontan individuos de la tercera edad; y Smith (1983) afirma que en algunas sociedades,

el abuso del alcohol es también un problema importante entre los mismos médicos.

De las muestras de población senescente estudiadas, se obtiene de un 2 a un 60% de individuos que abusan del licor. La literatura indica la limitación de encontrar personas mayores de 60, en lugares que comúnmente visitan los alcohólicos. En efecto, Atkinson (1981) dice que la pequeña cantidad que ingieren los senescentes, en la mayoría de casos, no requiere de desintoxicación en los centros respectivos, y que son lugares estratégicos para llevar a cabo encuestas y hacer estudios.

La sociedad podría estar apoyando la idea de que el alcohol es algo benigno y que inclusive puede contribuir al bienestar del anciano. Algunos estudios parecen apoyar estas ideas. Lamy (1984), por ejemplo, considera que dosis controladas son beneficiosas. Chien, Stotsky y Cole (1973) ya habían notado el uso de licor en hogares para ancianos como medio de lograr sociabilidad y un mejor manejo. En 1981, Turner, Bennett y Hernández concluyen que pequeñas dosis diarias de 0,8 gramos por kilogramo de peso, pueden tener efectos favorables fisiológicamente y en consecuencia contribuir a una mejor calidad de vida, manejo de estrés, favorecer la nutrición y disminuir la incidencia de problemas cardiovasculares. Pareciera que hacen falta, sin embargo, investigaciones de tipo longitudinal que aclaren si esos beneficios se mantienen en los individuos que toman diferentes cantidades durante largo tiempo.

CARACTERISTICAS DEL ANCIANO ALCOHOLICO

Existen tres tipos de senescentes que abusan del licor. Un grupo que presenta una larga historia de alcoholismo y que ha logrado sobrevivir hasta la tercera edad. Presentan una alta probabilidad de tener problemas médicos como cirrosis e inclusive daño cerebral (Mishara y Kastenbaun, 1980). Un segundo grupo compuesto por aquellos que comienzan a tomar mucho en edad avanzada y que podrían estar sufriendo, relativamente, de pocas consecuencias físicas y de salud y que según Bloom (1983) representan aproximadamente el 50% .

Para Squires (1982), un 70% de los senescentes tomadores iniciaron el hábito después de los 60 años; mientras que Atkinson (1981) estima que los alcohólicos senescentes, en un 50% , desarrollaron su alcoholismo antes de los 40 y la otra mitad des-

pués de esa edad. Este mismo autor propone un tercer grupo formado por los que toman mucho durante ciertas épocas, y luego se abstienen o lo hacen moderadamente.

Al analizar características del tomador excesivo, mayor de edad, Rathbone, McCuan y Triegard (1979) notaron una mayor susceptibilidad a aspectos relacionados con su propio envejecimiento, con respecto al grupo de la misma edad que no tomaba; además se les encontró una baja estima personal. Lamy (1984) encontró que sólo un 15% presentaba conductas inadaptadas. Es difícil, sin embargo, elaborar un perfil generalizador para el senescente que abusa del licor. Sí es posible, detectar características en los diversos subgrupos que componen esta población. Kilpatrick y otros (1982), al estudiar a individuos casados o que se habían vuelto a casar, notaron que los segundos estaban mejor educados, tenían menor dependencia económica, pero presentaban resultados más altos en tests de ansiedad y mostraban varias clases de temores, como el temor a la pérdida en un sentido general. Brody (1982), por su parte, notó una ligera tendencia del senescente que abusaba del licor a vivir en zonas rurales.

Williams (1984) concluye en su estudio, que con respecto al grupo mayor de 60 años, que se interna por problemas de licor, el porcentaje es igual o mayor que en la población en general. Bloom (1983) calcula en tres millones el número de senescentes que abusan del alcohol en la sociedad norteamericana, mientras que Lamy (1984) lo ubica en dos millones y medio. El Instituto Nacional sobre el Envejecimiento de ese país, considera entre 1 y 5% el número de personas de sesenta años y más que sufren los embates del alcohol y entre 10 y 15% el de los senescentes que buscan atención médica. Henricksen (1984) amplía ese margen al señalar que de 10 a 65% de mayores de sesenta podrían estar afectados por abuso del licor y que esos porcentajes dependen de la muestra que se estudie.

Es conocido que la incidencia del alcohol es significativamente mayor en hombres que en mujeres. El Departamento de Salud de los Estados Unidos, estima en un dos por ciento las mujeres con sesenta y más años afectadas por el alcohol, mientras que Mishara y Kastenbaum (1980) lo ubican en un 1% . La mujer costarricense también presenta baja incidencia. En la población general se encontró un 0,4% de mujeres que tomaban en exceso, en contraste con 3,2% de hombres considerados tomadores fuertes y un 4,3% de hombres alcohólicos (Ra-

mírez, 1983). A pesar de los bajos índices observados en el sector femenino, las condiciones y transformaciones sociales a que se ve sometido el mundo de hoy, entre otras variables, hacen que se produzcan importantes cambios. Lamy (1984) advierte que las mujeres tienden a combinar el alcohol con otras drogas más que los hombres. Blazer y Pennybacker (1984) agregan que las mujeres están aumentando el consumo de alcohol, mientras que los porcentajes para los hombres de la misma edad permanecen estables. En el medio costarricense, la propaganda de la industria licorera se ha dirigido en gran medida a la mujer durante los últimos años. Esto podría representar un cambio en el patrón de comportamiento de la anciana costarricense, del futuro, con respecto al consumo del licor que realizan las ancianas de hoy.

Linn y otros (1972) notaron un número importante de alcohólicos divorciados. También Brown y Chiang (1984) señalan al divorciado senescente, al soltero y a los que viven solos, con mayor porcentaje de consumo. Este dato podría ser también relevante en el caso de la mujer senescente, quien en promedio vive más que el hombre y en consecuencia un buen número de ellas afronta la viudez. Atchley (1985) dice que más de la mitad de mujeres enviudan después de los 60 y que en la edad de los 75 ese número se incrementa a dos tercios. Otros autores (Bailey, Haberman y Akne, 1975; Harford y Samorasky (1984) también consideran que los ancianos(as) viudos(as) son más vulnerables a la problemática del alcohol.

En el consumo propiamente dicho, Brody (1982) manifiesta que la cantidad total de alcohol consumida por los ancianos disminuye conforme la edad avanza. Esta afirmación es también apoyada por Vogel-Sprott y Barret (1984). Estos últimos especifican que la reducción ocurre en cuanto a la cantidad ingerida en cada ocasión y la frecuencia con que se hace. Meyers y otros (1981-82) observaron que la reducción fue mayor entre aquellos individuos de 75 y más años. Bailey y otros (1965) ya habían identificado esa reducción. En su estudio determinaron que personas entre 45 y 55 años que abusaban al tomar, constituían un 23% ; el grupo de 55 a 65 años resultó ser de un 22% y el de 75 y más, solo de un 12% .

EFFECTOS DEL ALCOHOL EN LA SALUD DEL SENESCENTE

La incidencia de problemas de salud tiende a aumentar en la tercera edad. Después de los ochenta,

el individuo está más predispuesto a padecer diferentes enfermedades. Esta tendencia se agrava con la posible influencia del alcohol.

Douglas (1981) nos habla de un 40 a un 60% de individuos, alcohólicos internados en hogares para ancianos. Brody (1982) ubica la edad de internamiento del anciano en general en los 82 años. El sub-grupo de 80 y más es el que tiende a aumentar considerablemente en el futuro cercano. De hecho se espera que constituya un 5% de la población estadounidense en el año 2050. Es de esperarse, sin embargo, que con los altos índices de salud, mejoramiento del medio ambiente, mejor educación, etc. los ancianos costarricenses del futuro lleguen a esa etapa de su vida en mejores condiciones, no solo de salud sino en cuanto a una formación integral que les permita vivir con mayor bienestar ese período.

Salomon (1984) estima en 200.000 las personas que mueren en la sociedad norteamericana por complicaciones con el alcohol. En el caso del anciano, éste es aún más vulnerable al licor, por cuanto el hígado ya no puede funcionar tan eficientemente y por la interacción que a menudo se da entre drogas y alcohol (Schuckit, 1980).

El licor es absorbido a través de las mucosas de las membranas del estómago e intestino. Los efectos más fuertes se experimentan entre 30 y 90 minutos (Garver, 1984). El anciano, sin embargo, mantiene concentraciones de alcohol en la sangre por mayor tiempo que individuos jóvenes; los signos le aparecen más rápidamente y los efectos son más fuertes (Bloom, 1983). El proceso de envejecimiento produce una progresiva pérdida de agua, de músculo y reduce la función del metabolismo, que impide procesar y eliminar alcohol con efectividad, lo que sí es fácil en grupos de menor edad. Problemas nutricionales y enfermedades, entre otros aspectos, tienden a hacer que los efectos sean aún mayores (Vogel-Sprott y Barrrell, 1984).

Funciones normales como estado de alerta, coordinación física y de reacción son particularmente afectadas. Hartford y Samurajski (1984) observaron una excesiva actividad en los reflejos de los tendones como producto de efectos de licor, debido a una disminución en la actividad de las neuronas. Gross y Capuzzi (1983) también comentan sobre el severo impedimento que produce el alcohol en los mayores en cuanto a su funcionamiento físico, que puede resultar en caídas y golpes que tienen consecuencias importantes. Precisamente, con el fin de detectar situaciones de exceso en el consumo y hacer llegar ayuda oportuna, Bloom

(1983) enfatiza la necesidad de una profunda exploración médica cuando se atienden quebraduras y otras lesiones en los ancianos.

Dunlop (1982) también encontró otros resultados de abuso de alcohol: disturbios al dormir o insomnio, despertarse con frecuencia y cansancio. Ritzman y Melchior (1984) agregan que la dependencia física del alcohol podría incrementarse con la edad. Gomberg (1980) hace ver la presencia de efectos mucho mayores en los ancianos en cuanto a mareos y tartamudez.

REPERCUSIONES EN EL CEREBRO

El alcohol no estimula, sino que deprime el sistema nervioso central. Esto podría explicar por qué muchos suicidios ocurren bajo la influencia del alcohol. Sun y Samorajski (1975) demostraron que el tejido cerebral de las personas mayores es más sensitivo a los efectos de la bebida que el de personas jóvenes. Su uso prolongado podría inducir a daño cerebral. Schuckit y Miller (1976) estiman que uno de cada cuatro ancianos alcohólicos tienen algún tipo de daño en el cerebro. En 1968, Simon, Epstein y Reynolds encontraron que 20% de senescentes internados en hospitales psiquiátricos con problemas de licor, tenían algún tipo de pérdida en el funcionamiento de su cerebro. Crook y Cohen (1984) identifican un 30% de senescentes alcohólicos con esquizofrenia y desórdenes afectivos importantes; sin embargo, advierten la necesidad de más estudios para determinar la relación entre alcohol y problemas mentales.

El uso excesivo de licor en la tercera edad produce efectos similares a los de demencia senil. Brody (1982) advierte la importancia de diferenciar ambos estados, ya que en los dos es posible encontrar olvido, reducción de atención y confusión. Al investigar la habilidad cognitiva, Brandt, Butters y otros (1983) observaron que gente de 50 años y más podía mejorar el recuerdo de acontecimientos próximos en el tiempo. Sin embargo, la memoria de largo plazo permanecía impedida después de siete años de sobriedad. Al experimentar con ratas, Samorajski y otros (1984) concluyen que algunas regiones del cerebro son más susceptibles que otras a daño, por exceso de consumo de alcohol. También notaron que la conducta y la función intelectual declinaban con el envejecimiento y exposición al etanol. Freund (1984) apunta que como consecuencia de resultados adversos causados por el etanol, hay aparición de vitamina B₁ y con ello inflamación de los nervios.

Con respecto a alucinaciones y dificultades para dormir durante períodos de ingestión de alcohol, estos fueron menos severos que en gente más joven.

SISTEMA CARDIOVASCULAR

Las enfermedades del corazón constituyen una causa principal de muerte en todo el mundo. Gambert y Newton (1984) han detectado una mayor predisposición a enfermedades coronarias entre aquellos que se exceden en el consumo del alcohol. Ya en 1970, Barboriak y otros notaron infartos en miniatura y agrandamiento del corazón en ancianos alcohólicos. Read, Bell y Batey (1984) concluyen que el funcionamiento cardíaco se puede ver impedido en gente de 59 y más años cuando consumen alcohol en exceso, 0,8 gramos por día. Taylor y otros (1984) también notaron una mayor incidencia de ataques cardíacos en tomadores habituales que lo habían consumido en gran cantidad durante las últimas veinticuatro horas. Además nos hablan de la relación entre alcoholismo e hipertensión. James (1984) confirma esta asociación. P.N. Barboriak y otros (1982) notaron que la hipertensión fue encontrada con más frecuencia entre senescentes que consumían seis o más tragos al día, que entre aquellos de la misma edad que se abstendrían. Gambert y otros (1984) consideran que el alcohol afecta el buen funcionamiento de la reserva cardíaca. Notaron, además, alargamiento del corazón, desórdenes en la conducción de la sangre, fibrosis y aumento en el mal funcionamiento del ventrículo izquierdo. Comentan que el ritmo cardíaco se incrementa también con la fuerte ingestión. Existe, por lo tanto, mayor concentración de sangre en las áreas periféricas. Esto conduce a vasodilatación y eventualmente pérdida de calor, lo cual puede afectar al anciano que está, de antemano, predispuesto a desarrollar hipotermia.

Brödy (1982) afirma que el alcohol es un irritante para el músculo cardíaco. Sin embargo, recomienda precaución al interpretar la influencia del licor, puesto que el senescente podría tener ya condiciones anormales cardíacas o la tendencia a tales problemas.

Como se dijo anteriormente, el uso de alcohol en pequeñas cantidades parece contribuir al bienestar del senescente y prevenir en alguna medida enfermedades coronarias. Barboriak, Anderson y Runn (1979) notaron menos problemas de este tipo en aquellos que consumían una onza de alcohol por semana, comparado con los que se abstendían o

tomaban menos de esa cantidad. Los beneficios del moderado uso del licor son también reportados por otros autores (Kannel y Gordon, 1971; Yano, Rhodas y Kagan, 1977; Anderson, Barboriak y Rinn, 1978). Los probables beneficios, sin embargo, siguen siendo controversiales. En 1974, Ullman, Lamphiar y Lutton demostraron que cuatro onzas de alcohol puro por semana o tomar fuertemente, no influía en problemas coronarios de hombres entre 45 y 59 años, pero entre los que tomaban poco o no lo hacían más, el riesgo de desarrollar situaciones anormales del corazón aumentaba 3 a 1. Más recientemente Lamy (1984) dice que se están realizando experimentos sobre los efectos perjudiciales del licor, aun en cantidades moderadas, especialmente cuando esto se hace por un largo tiempo.

SISTEMA GASTROINTESTINAL

Los efectos de un fuerte y prolongado uso del alcohol son observables en todo el tubo digestivo, incluyendo el hígado y páncreas. La mucosa oral en contacto con el licor produce más saliva, por lo cual es común encontrar glándulas salivales alargadas en alcohólicos crónicos. La lengua y boca podrían inflamarse y en ocasiones, esto se traduce en carcinoma (Gambert, 1984). Por su parte, Weber, Nashel y Mellow (1981) notaron que la dificultad de tragar y aspirar era subsanada al abstenerse de ingerir alcohol. Indirectamente, la fuerte ingestión produce várices en el esófago. La dilatación de las venas en esa área es debido a la hipertensión que resulta de cirrosis en el hígado. Esto es un problema tan severo que perfectamente puede causar la muerte; de hecho es común entre los alcohólicos. El carcinoma en el esófago llega a cifras altas entre personas adictas. Dos terceras partes, aproximadamente, de anomalías en el esófago por licor terminan en cáncer (Gambert, Newton y Duthie, 1984).

La mucosa gástrica se ve afectada. Una vez que ésta se deteriora, se puede observar una marcada acumulación de sangre en su superficie (Guth, Paulsen y Nogata, 1984). James (1984) agrega que el alcohol usado en exceso promueve la gastritis, úlcera péptica, hemorragia y diarrea entre otros problemas. Por su parte Gambert y otros (1984) advierten la creciente permeabilidad de la mucosa del estómago que eventualmente llega a producir hemorragia gastrointestinal. Este proceso se acelera en presencia de aspirina y alcohol. También comentan sobre la presencia de úlceras pépticas

entre los alcohólicos. Barboriak y Mease (1970) agregan la tardanza en la limpieza gástrica después de la ingestión de licor en el anciano tomador.

El intestino delgado se altera con la fuerte ingestión y tiende a inflamarse. La mucosa intestinal muestra signos de menor capacidad para absorber sodio y agua. El ileum podría tener problemas con su mucosa, lo cual hace que los carbohidratos no sean absorbidos correctamente, produciendo pérdidas de nutrientes (Gambert, Newton y Duthie, 1984). Estos mismos autores, alertan sobre el efecto en el páncreas. Las proteínas podrían sedimentarse en el ducto pancreático, calcificándose y produciendo dolor y un inadecuado funcionamiento. La pancreatitis, relacionada con el consumo de alcohol, produce fuertes dolores en el área abdominal, náuseas, vómitos y frecuentemente fiebre y taquicardia.

La mortalidad por enfermedades crónicas del hígado y cirrosis se ubica en el noveno lugar de muertes en los Estados Unidos. Afecta principalmente a personas entre 34 y 74 años (Metropolitan Insurance Companies, 1984). Si el individuo se abstuviera de tomar cuando el hígado comienza a agrandarse, tiene muy buenas posibilidades de que este vuelva a su buen funcionamiento (Sherlock, 1981).

Los alcohólicos que sufren de hepatitis muestran un hígado alargado. En el caso de los senescentes, esta es una condición que requiere de hospitalización. La cirrosis produce fatiga, pérdida de peso, anorexia, ictericia (color amarillento de piel y ojos), tumores en la piel, alargamiento de las glándulas mamarias, atrofia testicular, enrojecimiento de la piel, contracción de la parte palmar y cansancio muscular. En presencia de hipertensión, el alargamiento del vaso es frecuente. En estados más avanzados de cirrosis, se produce mal funcionamiento de los riñones (Gambert, Newton y Duthie, 1984). Otra probabilidad que se presenta con frecuencia es cáncer del hígado (James, 1984).

OTROS EFECTOS DEL ABUSO DEL ALCOHOL EN LA SALUD

Además de desórdenes musculares, problemas relacionados con el cerebro y el sistema nervioso central, situaciones de índole vascular y gastrointestinal, el uso excesivo y prolongado del alcohol se identifica como una causa de prematuro envejecimiento (Dood y otros, 1984). Aunque Freund (1984) considera que esta variable aún requiere de más amplia evidencia.

Especialmente entre mujeres mayores, podría darse el desarrollo de osteoporosis (Johnson, 1984). Dunlop (1982) hace responsable al licor por el deterioro de los riñones y Crook y Cohen (1984) por el mal funcionamiento testicular. También Schuckit y Pastor (1978) le atribuyen problemas relacionados con los pulmones. En su estudio encontraron 25 % de pacientes con enfermedades obstructivas en los pulmones. Otro aspecto por considerar es el posible aceleramiento que realiza el licor sobre problemas latentes. Así Freund (1984) considera que la neumonía, que es bastante frecuente en personas de la tercera edad, se puede activar como consecuencia de los efectos anestésicos del alcohol. En quienes ya sufren de ciertos padecimientos, estos se pueden agravar. Así según Crook y Cohen (1984) en quienes sufren problemas con el corazón, de la próstata y otros, el licor se convierte en un reto para su vida.

PROGRAMAS DE TRATAMIENTO PARA EL ANCIANO ALCOHOLICO.

Desde 1964, Droller propuso la creación de programas de tratamiento específico para ancianos. Este aspecto, sin embargo, continúa discutiéndose hoy día. En 1980, Schuckit manifiesta que hay un limitado conocimiento sobre métodos óptimos para atender las necesidades del senescente que toma en exceso. Al respecto, Janick y Dunham (1983) informan que los métodos de tratamiento para ese grupo son menos precisos y definidos que aquellos utilizados con otros grupos humanos. Además de que el anciano con problemas de licor debe atender diferentes lugares y programas para llenar diferentes necesidades, ya que con frecuencia sufren de diversas condiciones crónicas es necesario que exista un centro que vele por una atención integral del anciano.

Aún en países desarrollados los programas de tratamiento alcohólico para este grupo son escasos. En el medio costarricense no se detectó ninguno específicamente diseñado para ancianos. En 1976, Gordon, Kerchoff y Phillips notaron la presencia de once de estos programas en los Estados Unidos, mientras que en 1984, Henrichsen localizó solamente doce instituciones particularmente diseñadas para llevar a cabo dicha atención. Henrichsen también analizó los métodos en sí, y esto sumado a la carencia de suficiente tratamiento en todo el territorio lo lleva a concluir que "los programas para el tratamiento del anciano alcohólico dejan mucho que desear" (p.36).

Bloom (1983) estima que solo un 15 por ciento de senescentes afectados por abuso de alcohol reciben atención. Algunos esgrimen los siguientes argumentos para esta situación: prejuicios existentes, preocupación sobre la efectividad del tratamiento, problemas cardiovasculares que impiden el uso de drogas como desulfirán o ciertas técnicas de modificación de conducta; también se señala falta de interés del paciente por cambiar, dificultad de relacionarse con personal joven, problemas de transporte, y las consecuencias adversas que podrían producir ciertos tratamientos, entre otros. Hay evidencia, sin embargo, de que el senescente está más dispuesto a completar el proceso de curación con más frecuencia que los jóvenes (Schuckit, 1980). En efecto, Zimberg (1978) ya había detectado que el 73 % concluyeron un programa de tratamiento comparado con un 40 % de gente más joven. Wiens, Menustik, Miller y Schmitz (1983) estiman que al menos los senescentes tienen tanto éxito como otros grupos para beneficiarse de programas sobre alcoholismo. Brody (1982) y Henrichsen (1984) son más optimistas. Afirman que este grupo se beneficia más que otros grupos de alcohólicos. Dentro de ellos, las mujeres obtienen aún mejores resultados (Janick y Dunham, 1983).

En relación con la puesta en marcha de programas educativos, Brody (1982) considera que éstos deben ser enfatizados con el grupo de 55 años en adelante.

En Bridgeway, Minneapolis, estado de Minnesota, se atiende a senescentes que presentan situaciones de licor, problemas de salud en general, situaciones del envejecimiento. Permanecen ahí por un promedio de tres meses y medio. Se da importancia a programas recreativos, ocupacionales y físicos. La mayoría son hombres. Se atienden aspectos depresivos, pérdida de seres queridos, pérdida de status quo, temores a ser víctimas de crimen o violencia, sobre el transporte, y asuntos de vivienda entre otros. El programa tiene claro que los ancianos de hoy se desarrollaron en un ambiente diferente, donde ser considerado alcohólico constituía una falta moral grave. El programa se lleva a cabo lentamente y en forma repetitiva, quizá este es el punto que lo diferencia más claramente del que se ofrece a otros subgrupos. Otra experiencia se llevó a cabo en Rockland Country, New York. El modelo utilizado fue el de la socialización grupal y uso ocasional de antidepresivos. La terapia grupal es de gran valor en estos casos. En San Francisco, California, en un residencial para senescentes denominado Golden Gate, individuos con proble-

mas de alcohol son preparados para reintegrarse a la comunidad y aceptar el hecho de que ya tienen dificultades con el alcohol que deben ser superadas en la vida diaria. El promedio de permanencia es de 6 meses. Se motiva a los participantes a participar durante el día en actividades voluntarias, asistir en diferentes quehaceres en el centro, o bien visitar a familias o amigos. Se brinda educación sobre el uso adecuado de medicamentos, aspectos nutricionales y diferentes aspectos relativos al alcohol.

En otro programa en Lincoln, Nebraska, se trata de detectar senescentes con problemas de licor en la comunidad. La orientadora se entrevista con los individuos y las familias, valora la situación y sugiere apropiada orientación. Se realizan conferencias para los interesados y se mantiene información actualizada sobre organismos, e instituciones disponibles.

En Tampa, Florida, otro programa busca investigar, proveer tratamiento comprehensivo y adiestrar a los senescentes con problemas de abuso de licor. El tiempo promedio de permanencia es entre 14 y 17 semanas. Más información sobre el funcionamiento de programas se obtiene en el National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism localizado en Maryland, Estados Unidos; en la bibliografía es citado con el mismo nombre y referencia al año 1984.

CONCLUSIONES

Es difícil generalizar los porcentajes de consumo de licor a toda la población de la tercera edad. Este es quizá el grupo humano más heterogéneo. En efecto, hay una multiplicidad de sub-grupos que lo componen como por ejemplo: el senescente negro, extranjero, saludable, etc.

Está claro que los hombres consumen el licor y abusan de él más que las mujeres, pero pareciera que el sector femenino inicia un incremento considerable. Las transformaciones sociales de los últimos años, la agresividad de la industria licorera y otros factores pueden influir poderosamente para que las mujeres se involucren en su consumo más acentuado de licor y consecuentemente en un cambio de patrón hacia el alcohol de la futura mujer senescente.

El anciano resulta más afectado por los efectos que otros subgrupos humanos. Su sangre mantiene altos niveles de alcohol por más tiempo, las manifestaciones son más severas. Ello puede tener repercusiones en caídas, heridas y golpes, con consecuencias muy importantes en esta edad. El proceso

preventivo, en el cual los médicos tienen un papel preponderante es necesario acentuarlo. Es el personal de salud quien puede detectar al senescente que abusa del alcohol y sugerir el tratamiento adecuado. Para ello ese mismo personal debe estar consciente de las necesidades de la tercera edad y profundizar el nivel de conocimiento para distinguir problemas propios del envejecimiento y los originados por el licor.

A pesar de los diversos problemas que aparentemente ocasiona el licor en la salud, es difícil aislar esta variable como la única causante de un determinado problema, además de que no se clarifica con exactitud la cantidad ni el tiempo que determinados órganos resisten a su contacto, aunque es de suponer que virtualmente todas las partes expuestas a este contacto, sufren su deterioro.

La evidencia también es controvertida en cuanto a si el consumo excesivo produce envejecimiento y mayor dependencia fisiológica. Sabemos que en la población en general, la dependencia fisiológica, tolerancia y dependencia psicológica son aspectos característicos del etanol, cuando se consume abusivamente durante un largo tiempo.

Se impone el estudio del consumo de licor en los diferentes subgrupos que conforman la tercera edad; así como la detección de factores que protegen al individuo alcohólico que sobrevive hasta edad avanzada. También se requieren investigaciones que aislen aún más el alcohol como variable para determinar su influencia en la salud.

La información periodística costarricense nos indica un aumento alarmante en el consumo de alcohol por parte de la sociedad. Estudios situacionales de este tipo pueden marcar la pauta para predecir conductas de los futuros ancianos costarricenses con respecto al licor y preparar el camino para su atención. Mayores datos son necesarios en cuanto a la opinión y reacción del público sobre el consumo de licor por parte del anciano y si hay tendencia a considerarlo como medicamento.

Dentro de las instituciones que atienden a la tercera edad, se debería diseñar algún programa de tratamiento específico sobre alcohol. Las instituciones sociales y médicas podrían coordinar acciones en este sentido y proceder a una mayor sensibilización de todo su personal, sobre características muy peculiares que presenta el senescente costarricense. Debido al aumento constante de personas mayores de 60 años en nuestro medio y al observar la formación de los orientadores, estimamos que este profesional podría adquirir formación adicional en el campo de la gerontología (sería deseable

la presencia de orientadoras gerontológicas) y más especializada aún en el campo de drogas y alcohol y tratamiento para el senescente. Este profesional podría generar o promover campañas educativas en los miembros de la tercera edad, de la comunidad y sociedad en general, no solo sobre los problemas particulares que sufren los ancianos en el medio costarricense, sino sobre cómo contribuir eficientemente en su solución.

BIBLIOGRAFIA

- Anderson, A.J., Barboriak, J.J., y Rimm, A.A. (1978). "Risk factors and angiographically determined coronary vechum". *American Journal of Epidemiology*, 107, 8-14.
- Atchley, R.R. (1985). *Social forces and aging* (4th ed.). California: Wadsworth Publishing Company.
- Atkinson, J.H. (1981). "Alcohol use as a health problem in aging: A psychosocial perspective". *Health Behavior and Aging*, reporte No.5.
- Bailey, M. B., Haberman, P. W., y Atksne, H. (1965). "The epidemiology of alcoholism in an urban residential area". *Quarter Journal of Studies on Alcohol*, 26, 19-40.
- Baker, S.L. (1982). *Substance abuse: Disorders in aging veterans*. Informe presentado en la sexta conferencia anual sobre adicción, investigación y tratamiento de la Asociación sobre Drogas, Alcohol y Envejecimiento. Coatesville, Pennsylvania.
- Barboriak, J.J., Anderson, A.J., Rimm, A.A., & Tristani, F.E. (1979). "Alcohol and coronary arteries". *Clinical Experimental Research*, 3, 29-31.
- Barboriak, J.J., y Meade, R.C. (1970). "Effect of alcohol in gastric emptying in men". *American Journal of Clinical Nutrition*, 23, 11-51.
- Barboriak, P.N., Anderson, A.J., Hoffman, R.G., y Barboriak, J.J. (1982). "Blood pressure and alcohol intake in heart patients". *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 6 (2), 234-238.
- Blazer, D.C., y Pennybacker, M.R. (1984). "Epidemiology of alcoholism in the elderly". In J.T. Hartford & T. Samorajski (Eds.), *Alcoholism in the elderly* (pp. 26-33). New York: Raven Press.
- Bloom, P.J. (1983). "Alcoholism after sixty". *American Family Physician*, 28, 111-113.
- Brandt, J., Butters, N., Ryan, C., y Bayog, R. (1983). "Cognitive loss and recovery in long-term alcohol abusers". *Archives of General Psychiatry*, 40 (4), 435-442.
- Brody, J.A. (1982). "Aging and alcohol abuse". *Journal of the American Geriatric Society*, 30, 123.
- Brown, B., y Chiang, Ch.P. (1984). "Drug and alcohol abuse among the elderly: Is being alone the key? " *International Journal of Aging and Human Development*, 18, (1), 1-11.
- Centro Internacional de Gerontología Social (1985). *Seminario de Formación Gerontológica*. San José, Costa Rica.
- Chien, C., Stosky, B.A., y Cole, J.O. (1973). "Psychiatric treatment for nursing home patients": *Drug alcohol and Millieu*. *American Journal of Psychiatry*, 130, 543-548.
- Crook, T., y Cohen, G. (1984). "Future directions for research on alcohol and the elderly". *Alcohol World Health and Research*, 8 (3), 26-29.
- Douglas, R.L. (1981). "Aged alcoholic women in nursing homes". *Extension*, 1, 1-2.
- Douglas, R.L., Hickey, T., y Noel, C. (1980). *Study of maltreatment of the elderly and other vulnerable adults*. University of Michigan, Ann Arbor: Institute of Gerontology.
- Droller, H. (1964). "Some aspects of alcoholism in the elderly". *Lancet*, 2, 137-139.
- Dunlop, J. (1982). *Alcohol problems among the elderly: Implications for the nurse*. Reporte presentado en la sexta conferencia anual sobre adicción, investigación y tratamiento de la Asociación sobre Drogas, Alcohol y Envejecimiento. Coatesville, Pennsylvania.

- Freund, G. (1984). "Current research directions on alcohol problems and aging". *Alcohol Health and Research World*, 8, (3), 11-15.
- Gambert, S.R., y Newton, M., y Duthie, E.H. (1984). "Medical issues in alcoholism in the elderly". In J.T. Harford y T. Samorajski (Eds.), *Alcoholism in the elderly* (pp. 175-200). New York: Raven Press.
- Garver, D.L. (1984). "Age effects on alcohol metabolism". In J.T. Harford y T. Samorajski (Eds.), *Alcoholism in the elderly* (pp. 153-159). New York; Raven Press.
- Glass, J.C., y Grant, K.A. (1983). "Counseling in later years: A growing need". *Personnel and Guidance Journal*, 62 (4), 210-213.
- Gomberg, E.S. (1980). "Risk factors related to alcohol problems among women". *Alcoholism and alcohol abuse among women* (Publication ADM 80-835). Department of Health Education and Welfare. U.S. Government Printing Office (Washington D.C.).
- Gordon, J.J., Kerchoff, K.L., y Phillips, B.K. (1976). *Alcoholism and the elderly: A study of problems and prospects*. Report to the Iowa Commission on the Aging. Iowa City: Elderly Program Development Center Inc.
- Gross, D., y Capuzzi, D. (1981). "The elderly alcoholic: the counselor's dilemma". *Counselor Education and Supervision*, 30 (3), 183-192.
- Guth, P.H., Paulsen, G., & Nogata, H. (1984). "Histologic and microcirculatory changes in alcohol induced gastric lesions: Effect of prostaglandin cytoprotection". *Gastroenterology*, 87 (5), 1083-1090.
- Hartford, J.T., y Samorajski, T. (1984). *Alcoholism in the elderly*. New York: Raven Press.
- Herichsen, J. (1984). "Toward improving treatment services for alcoholics of advanced age". *Alcohol World Health & Research*, 8 (3), 31-39.
- James, O.F. (1984). *Alcohol related problems: Room for manoeuvre*. New York: John Wiley and Sons.
- Janick, I.W., y Dunham, R.G. (1983). "A nation wide examination of the need for specific alcoholism treatment programs for the elderly". *Journal of Studies on Alcohol*, 44 (2), 307-317.
- Johnson, N. (1984). "Bone loss associated with alcoholism". *Alcohol Health and Research World*, 8 (3), 22-25.
- Kannel, W.B., y Gordon, T. (1971). *The Framingham study: An epidemiological investigation of cardiovascular diseases*. Sección 26. Washington D.C.: U.S. Government Printing Office.
- Kilpatrick, D.G., Mc Alhany, D.A., Mc Curdy, R. L., Show, D.L., y Roitzsch, J.C. (1982). "Aging, alcoholism, anxiety, and sensation seeking: An exploratory investigation". *Addictive Behaviors*, 7(1), 97-100.
- Lamy, P.P. (1984). "Alcohol misuse and abuse among the elderly". *Geriatrics & Gerontology*, 18 (7), 649-651.
- Linn, M.W., Linn, B.S., y Greenwald, S.R. (1972). "The alcoholic patient in the nursing home". *Aging and Human Development* 3 (3), 273-277.
- Metropolitan Insurance Companies (1984) "Regional variations in mortality from cirrhosis of the liver". *Statistical Bulletin*, 65 (4), 28.
- Meyers, A.R., Goldman, E., Higson, R., y Scotch, N. (1981-82). "Evidence for cohort or generational differences in the drinking behaviors of older adults". *International Journal of Aging and Human Development*, 14 (1), 31-43.
- Mishara, B.L., y Kastenbaum, R. (1980). *Alcohol and old age*. New York: Grune y Stratton Inc.
- National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism (1984). "Program profiles". *Alcohol Health and Research World*. 8 (3), 40-46.
- Opstellen, G.E., y McFarland, D.D. (1982). "Future strategies for the older adult with alcohol and substance abuse problems". In A.M. Mecca (Ed.). *Future of alcoholism services in California* (pp. 59-78). California: California Health Research Foundation.

- Ramírez, M. (1983). "Are our housewives prepared for the third age?" 7 (1), 39-43.
- Ramírez, M. (1985). *Situación de la población mayor de 60 años en Costa Rica*. Caja Costarricense del Seguro Social, Centro de Capacitación e Información sobre la Tercera Edad. San José, Costa Rica.
- Rathbone, M., y Triegardt, M.S. (1979). "The older alcoholic and the family". *Alcohol World Health and Research*, verano, 7-12.
- Read, R., Bell, J., y Batey, R. (1984). "Cardiac function assessed by Gated Heart Poll Studies in an alcoholism clinical population: A preliminary study". *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 8 (5), 467-469.
- Ritzman, R.F., & Melchior, Ch. (1984). "Age and development tolerance to and physical dependence on alcohol". In J.T. Harford & T. Samorajski (Eds.), *Alcoholism in the elderly* (pp. 117-138). New York: Raven Press.
- Samorajski, T., Person, K., Bissell, C., Brizzee, L., Brizzee, K., y Lancaster, F. (1984). "Biology of alcoholism and aging rodents: Brain and liver". In J.T. Harford y T. Samorajski (Eds.), *Alcoholism in the elderly* (pp. 43-63). New York: Raven Press.
- Sherlock, S. (1981). *Diseases of liver and biliary system*. Oxford, Great Britain; Blackwell Scientific Publications.
- Schuckit, M.A. (1980). "Alcoholism in the elderly". *Advances in Alcoholism* 1 (16), 1-3.
- Schuckit, M., y Miller, P. (1976). "Alcoholism in elderly men: A survey of a general medical ward". *Annals of the New York Academy of Science*, 273, 558-571.
- Schuckit, M.A., y Miller, P. (1980). "A three years follow up of elderly alcoholics". *Journal of Clinical Psychiatry*, 41, 412-416.
- Schuckit, M. A., y Pastor, P.A. (1978). "The elderly as a unique population". *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 2(1), 60-67.
- Schuckit, M.A., y Pastor, P.A. (1979). "Alcohol related psychopathology in the aged". In O.J. Kaplan (Ed.), *Psychopathology in the aging*. New York: Academic Press.
- Smith, R.J. (1983). "Problems of elderly impaired physicians". *Michigan Medicine*, 82 (24), 282-283.
- Solomon, D.H. (1984). "Alcoholism". *Annals of Internal Medicine* 100 (3), 405-410.
- Squires, S. (1982). "Alcoholism among the elderly". *Democrat & Chronicle News*. Septiembre 12.
- Sun, A.Y., y Samorajski, T. (1975). The effects of age and alcohol on (NA + K) - AT Pase activity of whole homogenate and synaptosomes prepared from mouse and human brain. *Journal of Neurochemistry*, 24, 161-164.
- Taylor, J.R., Combs, O.T., Anderson, D., Taylor, D., y Koppenol, C. (1984). "Alcohol, Hypertension and stroke". *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 8(3), 283-286.
- Turner, T.B., & Hernández, H., y Bennell, U.L. (1981). "The beneficial side of moderate alcohol use". *The Johns Hopking Medical Journal*, 148, 53-63.
- Ullman, B.M., Lamphiar, E.E., y Luton, J.C. (1974). *Alcohol consumption and coronary heart disease*. Reporte final al Instituto Nacional de Abuso de Alcohol y alcoholismo.
- Vogel-Sprott, M., y Barret, P. (1984). "Age drinking habits and the effects of alcohol". *Journal of Studies on Alcohol*, 45 (6), 517-521.
- Weber, L.D., Nashel, D.J., y Mellow, M.H. (1981). "Pharyngeal dysphagia in alcoholic myopathy". *Annals of International Medical*, 95, 189-191.
- Wiens, A.; N. Menustik, C.E., Miller, S.F., y Schmitz, R.E. (1983). "Medical-behavioral treatment of the older alcoholic patient". *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 9 (4), 461-475.
- Williams, M. (1984). "Alcohol and the elderly". *Alcohol Health Research World*, 8 (3), 52.

- Wood, W., Gibson, A., James, H., & Wise, R. (1984). "Aging and the effects of ethanol: The role of brain membranes". In J.T. Harford & T. Samorajski (Eds.). *Alcoholism in the elderly* (pp. 139-149) New York: Raven Press.
- Yano, K., Rhodas, G. G., y Kagan, A. (1977). "Coffee, alcohol, and risk of coronary heart disease among Japanese men living in Hawaii". *New England Journal of Medicine*, 297, 405-409.
- Zimberg, S. (1978). "Treatment of the elderly alcoholic in the community and in an institutional setting". *Addiction*, 3, 417-427.