

CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES DE 60 AÑOS Y MÁS QUE INGRESAN A SALAS DE URGENCIAS POR USO INDEBIDO DE ALCOHOL Y DROGAS. ARGENTINA, DICIEMBRE DE 2003 Y OCTUBRE DE 2005 *

Characterization of 60 Year-Old and Older Patients Entering Emergency Rooms due to Drug and Alcohol Abuse. Argentina, December 2003 and October 2005

Lic. Mgter. Rubén A.
Castro Toschi

Magíster en Gerontología,
Magíster en Drogadependencia.

*Resumen de tesis de Maestría
en Drogadependencia 2011.

Resumen

Los estudios demográficos y las proyecciones efectuadas para los próximos años nos hablan de un aumento importante que va desde 214 millones de adultos mayores en 1950, a más de 1.000 millones en 2005, es decir que la proporción aumentó del 8,5% al 13,7% lo que significaría que para el año 2025 una de cada 7 personas estará en la categoría de Adulto Mayor. Los adultos mayores son una población con poco ejercicio de actividad económica y un incremento sustancial de horas de ocio y con probabilidades de sufrir diversas situaciones sociales, como el abandono, la soledad, la incompreensión familiar, la falta de inserción social, etc.; lo que puede llevar al aumento de consumo de alcohol y drogas tanto lícitas como ilícitas, por lo que es un tema que tomará niveles de gran complejidad en esta nueva era y debe ser abordada con rapidez y conciencia en el futuro. En el presente trabajo se realizará una caracterización de los adultos mayores que ingresan a una sala de emergencia, se establece la correlación de la violencia, con consumo de alcohol y drogas.

Palabras Claves: Adultos mayores, droga, violencia.

Recibido: marzo de 2011.
Aceptado: noviembre de
2011.

Abstract:

Demographic studies and projections made for the coming years inform about a significant increase ranging

from 214 million of elderly people in 1950 to over 1 billion in 2005 i.e. the proportion increased from 8.5% to 13.7 % which would mean that by 2025 one out of every 7 people will be in the Senior category. Seniors are a population with little participation in economic activity and with a substantial increase of leisure time. Moreover, they are likely to suffer different social situations such as abandonment, loneliness, family misunderstanding, lack of social integration, etc. This may lead to an increased consumption of alcohol and licit or illicit drugs, making it an issue that will take new levels of complexity in this new era and must be addressed quickly and conscientiously in the future. In this paper we present a characterization of elderly people admitted to an emergency room, establishing the correlation between violence and alcohol or drug consumption.

Key Words: elderly people, drugs, violence.

Introducción

La vejez es una realidad dinámica en constante y rápido cambio donde existen aparentemente ciertas contradicciones (las personas ancianas son cada vez más viejas cronológicamente y más jóvenes culturalmente). El proceso de envejecimiento se caracteriza por la gran variabilidad interindividual donde se pone de manifiesto la necesidad de profundizar en los nuevos supuestos teóricos y metodológicos que contemplan al estudio de la vejez y de las personas ancianas más desde la “normalidad” que desde la marginalidad.

También observamos un olvido hacia la edad otrora llamada de plata, “adulto mayor” lo que conlleva soledad, aislamiento, incomunicación y exclusión social sumado a un muchas veces a pérdidas familiares y un bajo nivel en su poder adquisitivo, que hacen se hacen insuficientes para mantener un lugar social acorde a sus necesidades, todo esto lleva a buscar paliativos efímeros, dando lugar a que los trastornos ya incorporados (donde los problemas desaparecen momentáneamente), tal es el caso del alcohol, los psicofármacos, ansiolíticos, en general drogas legales o ilegales.

Es por ello que el siguiente trabajo tiene la mirada actual sobre un tema preocupante a nivel mundial como es el abuso y consumo de alcohol y drogas dirigida hacia una edad sobre la que no hay demasiada literatura aún. Donde en muchas sociedades el alcohol forma una parte importante en los estilos de vida y en general no ocasiona problemas por tratarse de un consumo moderado, pero no hay que olvidar lo que su abuso produce, tal como importantes pérdidas en esperanza de vida a costos elevados para el estado y la sociedad.

Fundamentación

En las sociedades actuales hay dos hechos que llaman la atención en torno al tema del envejecimiento: las personas viven en promedio más años que antes y hay un importante crecimiento en el número de personas en edades avanzadas. Estos dos aspectos constituyen conceptos diferentes aunque relacionados. El primero es la prolongación de la vida de los individuos; el segundo corresponde al envejecimiento de las poblaciones, que generalmente se expresa en un aumento en la proporción de personas mayores. Este último es la consecuencia del proceso de transición demográfica que se caracteriza por los descensos de la mortalidad, precisamente por la prolongación de la vida, y de la fecundidad.¹

1 Jackiel J. Agosto de 2000. Envejecimiento de la población latinoamericana ¿hacia una relación de dependencia favorable? Centro Latinoamericano y Caribeño de demografía (CELADE) División de Población. Santiago de Chile. Consultado 10 de diciembre de 2010. www.eclac.org/publicaciones

La humanidad a lo largo de su historia siempre ha estado preocupada por el envejecimiento físico y no han ahorrado esfuerzos en la búsqueda de evitarlo y poder mantener la

juventud eterna. El envejecimiento biológico es fácilmente observable a través de ciertos signos corporales, mientras que desde la percepción social, algunos utilizan la palabra viejo como signo de incapacidad termino absolutamente erróneo. La vejez como cualquier otra edad posee su propia funcionalidad, las barreras de los ancianos surgen con frecuencia de las deformaciones y mitos más que de reflejos de deficiencias reales.

Mientras que desde la perspectiva de la secuencia temporal que ha seguido la propia sociedad, la percepción de la vejez ha evolucionado a lo largo del tiempo. En la década de los 50 suponía pérdida de capacidades mentales y psíquicas, aislamiento donde primaba la decadencia y el deterioro.²

En los años 70 esta visión sigue sin avanzar, mostrando a los adultos mayores como personas pasivas intolerantes y retraídas. Ya en estudios más recientes realizados por el Centro de Investigaciones de la Realidad Social (CIRES 1995) muestran un cambio significativo en los adjetivos que definen a las personas mayores adquiriendo preeminencia aquellos que realizan los rasgos positivos de este colectivo, tales como sabios, serenos e inteligentes.^{3,4}

Los estudios demográficos y las proyecciones efectuadas para los próximos años nos hablan de un espectacular aumento de este grupo en el mundo, así tenemos que sobre 214 millones de Adultos mayores en 1950, en el 2005 la cifra ascendió a más de 1.000 millones es decir que la proporción aumentó del 8,5% al 13,7% lo que significaría que para el año 2025 una de cada 7 personas estará en la categoría de adulto mayor^{5,6}.

América Latina, muestra una situación intermedia respecto al grado de envejecimiento. No obstante, este grupo de edad es cada vez más importante, ya que del total de la población el 7.2% cuenta con 60 años o más y 4.8% con 65 y más. La población de la tercera edad pasará de 42.5 millones en el año 2000 a 96.9 millones en 2025, lo que significa una duplicación en menos de 25 años.⁷

La población de adultos mayores es mayor a medida que pasan los años y por ende una población inactiva con un gran porcentaje de individuos sin ejercer actividad económica; por lo cual sus horas de ocio son mayores y las probabilidades de consumir alcohol y drogas tanto lícitas como ilícitas también; esto debido entre otros factores a la falta de inserción social, por lo que es un tema que tomará niveles de gran complejidad en esta nueva era y debe ser abordada con rapidez y conciencia en el futuro. Entre los adultos mayores hallamos un uso frecuente de sustancias psicoactivas, entre las que se encuentran fundamentalmente el alcohol, las sustancias hipnótico-sedantes o ansiolíticas, así como los analgésicos de tipo opiáceo, el potencial de abuso y dependencia de todas ellas es bien conocido^{8,9}.

2 Agullar-Navarro S., Reyes-Guerrero J., Borgues G. 2007. Alcohol, tabaco y deterioro cognoscitivo en adultos mexicanos mayores de 65 años, Salud Pública de México, Vol. 49, suplemento 4. SciELO Public Health

3 Gáranda J.J., Mayo 1995. Envejecer en soledad. Repercusiones psicopatológicas de la soledad en los ancianos. Madrid Popular, 1995. Centro de Investigación de la Realidad Social (CIRES) Encuesta. Los Mayores.

4 León J.M., Gómez T. 1988. Percepción Social. Psicología social. Orientaciones teóricas y ejercicios prácticos. Madrid: McGraw-Hill

5 Martínez H.D., Kiguen J., Castro Toschi R. A. 2010. Los Adultos Mayores. Una Aproximación desde la Gerontología Preventiva. p, 23-29. Servicios Gráficos HARAVEK. Córdoba. Argentina.

6 CONAPO. El envejecimiento de la población mundial. Transición demográfica mundial. www.conapo.gob.mx/publicaciones/enveje2005 (Consultado el 20 de noviembre de 2010)

7 Dachs J.N.; Ferrer M., Florez C.E., Barros A.J., Narvaez R., Valdivia M., 2002. Inequalities in health in Latin American and Caribbean: descriptive and exploratory results for self-reported health problems and health care in twelve countries. Rev Pana Salud Pública.; 11: 335-55

8 Documentos: Fecha de Ingreso: 13 de octubre de 2010. El consumo de drogas en España y Andalucía. Características y Propiedades de las principales sustancias de Consumo. Neurobiología de la Drogadicción. Documento sobre drogas en General. <http://www.seguridadpublica.es/2008/10/amplio-documento-sobre-todas-las-drogas/>

9 Martínez Hurtado, M., 2005. Cuando el camino no se ve. Instituto Cubano del Libro. Editorial Oriente, Santiago de Cuba. ISBN 959-11-0481-2. <http://www.cedro.sld.cu/bibli/l/11.pdf>.

Una primera diferenciación entre las personas de tercera edad que resientan abuso y problemas con el alcohol, consiste en considerar por una parte el grupo de sujetos que han presentado este patrón de bebida a lo largo de toda su vida, los cuales muy probablemente han sido ya alcohólicos antes de la ancianidad, y siguen siéndolo actualmente, y por otra parte estaría el grupo de sujetos que han empezado a tener problemas con el alcohol e incluso a consumirlo en esta última parte de su vida. Aunque ambos grupos puedan beber en público, sin embargo es más frecuente que suelen hacerlo a escondidas. En ambos casos tenderán a minimizar su consumo de alcohol. Esto quizás se debe a que en la tercera edad con frecuencia los adultos han sufrido la pérdida de un ser querido, tienen problemas de comunicación con sus familiares, viven solos o son personas que acaban de retirarse del trabajo habitual.¹⁰

El abuso del consumo de sustancias como alcohol es un tema pobremente reconocido en el anciano. Los trastornos relacionados con sustancias se dividen en dos grupos: trastornos por consumo de sustancias (dependencia y abuso) y trastornos inducidos por sustancias (intoxicaciones, abstinencia, demencia persistente y trastornos amnésicos).

En estudios epidemiológicos llevados a cabo para el estudio de la incidencia y prevalencia del alcohol en muestras de sujetos ancianos, destaca el hecho del amplio rango de prevalencia que se observa en dichos estudios, la cual podría explicarse por la variabilidad en la definición de la casuística y en el método empleado para detectar problemas con el alcohol.

Uno de los primeros estudios epidemiológicos llevados a cabo en poblaciones de ancianos es el de Bailey (1965), en el que se utilizó una muestra de ciudadanos de Nueva York de edades comprendidas entre los 65 y los 74 años, y en el que se halló una prevalencia de probable alcoholismo del 22 por mil, cifra que se redujo al 12 por mil al considerar a los sujetos de 74 años en adelante. Barnes (1979) en Nueva York halló que el 7% de los sujetos mayores de 60 años (16% de hombres y 1% de mujeres) eran bebedores de riesgo.^{11, 12}

Se observa que los trastornos relacionados con el consumo del alcohol, incluyendo sus interacciones con los fármacos de prescripción médica, representan el mayor porcentaje de casos de abuso de sustancias entre la población mayor. En la literatura estadounidense se maneja una prevalencia entre 3% y 25% para la dependencia al alcohol entre los adultos mayores y hasta 9% para los casos de abuso. Donde estudios recientes reportan que hasta 15% de los hombres y 12% de las mujeres mayores de 60 años, que ingresan a tratamiento en unidades de atención del primer nivel, reúnen criterios para el abuso de alcohol. Se ha observado un aumento del riesgo en adultos mayores de 70 años que viven solos.^{13, 14, 15, 16}

Miguel A. Martínez-González. Dice "Asistimos a una peligrosa aceptación del consumo de alcohol en cantidades excesivas como un hábito muy tolerado socialmente, mientras que se mantiene un gran rechazo social frente a otro tipo de drogas clasificadas como ilegales.

El alcohol es una sustancia psicoactiva que afecta al cerebro y a la mayoría de los órganos del cuerpo. Su consumo afecta al consumidor mismo y a quienes lo rodean, por estar relacionado con violencia familiar, accidentes fatales de tránsito y violencia interpersonal.

10 Sánchez Turet M., Arroyo S., 2000. Epidemiología del abuso de drogas en la tercera edad. Rev Psiquiatría Fac Med Barna; 27(5):286-290.

11 Bailey MB, Haberman PW. and Alksne, H. 1965. The epidemiology of alcoholism in an urban residential area. Q J Stud Alcohol; 26:19-40.

12 Barnes G.M. 1979. Alcohol use among older persons: findings from a western New York State general population survey. J Am Geriatr Soc; 27:244-50. (3,4)

13 Ewing J.A., Detecting alcoholism. The CAGE Questionnaire. JAMA; 252:1905-1907.

14 López-Ibor-Aliño J., Valdés-Miyar M. 1984. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. 4a. ed. Madrid: Masson, 2002:45-50.

15 Moore A. A., Seeman T., Morgenstern H., Beck J.C., Reuben D.B. 2002. Are there differences between older persons who screen positive on the CAGE, questionnaire and the Short Michigan Alcoholism Screening test-geriatric versión, J Am Geriatr Soc; 50:858-862.

16 Rochín Guereña J. consultado el 20/11/2010. El trastorno por dependencia a sustancias en el adulto mayor. www.infoadicciones.net www.dialnet.unirioja.es

Se estima que la prevalencia del alcoholismo en la población general es del 5 -6 % y un 15% adicional presenta problemas relacionados con el consumo del alcohol. (56) La OMS (Organización Mundial de la Salud) en 1976 acuñó el término de síndrome de dependencia alcohólica que corresponde a “un estado psíquico y habitualmente también físico resultado del consumo de alcohol, caracterizado por una conducta y otras respuestas que siempre incluyen compulsión para ingerir alcohol de manera continuada o periódica, con objeto de experimentar efectos psíquicos o para evitar las molestias producidas por su ausencia”

Donde según V. Jiménez, 2006, la prevalencia del consumo patológico de alcohol en las personas mayores de 60 años en la sociedad actual de aproximadamente el 5.3%, según los resultados de este estudio en el 86% de los casos existencia factores psicológicos, sociales y ambientales que contribuyen al mantenimiento del consumo.

Por lo cual podemos decir que alcohol constituye la más generalizada toxicomanía e integra el grupo de los principales problemas médicos sociales, expresándose en nuestro país cada vez con mayor magnitud debido al aumento del consumo a escala social.

Mientras que desde la Sociología se considera que la valoración que el hombre hace de su existencia, está asociada a procesos movilizadores como necesidades, motivos, conflictos a formaciones psicológicas complejas como el sentido de la vida, la autovaloración, los ideales, así como las relaciones que establecen en los diferentes planos de su vida. El análisis del alcoholismo puede partir de su consideración como forma de desviación social. La raíz del alcoholismo, está ante todo en la enajenación de la personalidad; el no-reconocimiento por parte de ellos de las normas imperantes en las relaciones sociales.¹⁷

Los patrones de consumo de alcohol, más característicos (varones) son el moderado alto (consumo mensual con 5 copas o más por ocasión) con 16.9% y el consuetudinario (5 copas o más al menos una vez por semana) con 12.4%; para las mujeres su principal patrón de consumo es mensual con menos de 5 copas por ocasión (4.8%), aunque el patrón de consumo episódico-explosivo el segundo en importancia y se ha incrementado del 2.6 al 3.7% entre 1998 y 2002 (ENA, Encuesta Nacional de Adicciones, Mex. 2002).

La prevalencia de consumo de alcohol o tabaco son algo superiores en el grupo 15-34 años que en el grupo 35-64, con cifras en los últimos 12 meses de 76,9% y 46,2% entre los primeros y 71,1% y 38,8% entre los segundos. Finalmente, el grupo de 35-64 años consumen en mayores proporciones tranquilizantes o somníferas (8,4% y 4,6% respectivamente) que el grupo 15-34 (4,4% y 1,8%). En las diferencias por edad, se observa que la prevalencia mensual de consumo fue ligeramente superior en los jóvenes de 15-34 años (61,7%) que en la población de más edad (59,4%). Sin embargo, estas diferencias aumentan cuando se trata de consumos intensivos, como las borracheras (prevalencia anual en 15-34 años 31,8% frente a 10,1% en los de más edad) o el consumo puntual de 5 ó más vasos en la misma ocasión (18,0% en 15-34 años frente a 8,8% en población de más edad). En cambio, en el consumo diario el sentido de las diferencias se invierte, siendo la prevalencia más elevada en la población de 35-64 años (14,5%) que en la de 15-34 (4,0%).¹⁸

El abuso de bebidas alcohólicas y la dependencia del alcohol representan un problema de salud pública, tanto por los costos que generan a la sociedad, como por efectos en los individuos y las familias. Donde las consecuencias del consumo de alcohol absorben el 16% del gasto sanitario. Es decir se deben tener en cuenta no solo las consecuencias fisiopatológicas causadas por el alcohol, sino de que también deben considerarse los efectos que crea en el ámbito del comportamiento y las relaciones humanas, destacando en este terreno el incremento de accidentes de todo tipo derivados de su uso (de tránsito, laborales) y los problemas de convivencia en forma de altercados, disputas o agresiones, todas estas formas de violencia.

17 Andreiva G. A., Homas C. W., Mills T., Parsons R. K., Merton. 1973. Una mirada sociológica al alcoholismo como problema social. El Editorial de ciencias sociales, Instituto Cubano del libro, La Habana.

18 Observatorio sobre Drogas, consultado el 1 de dic. De 2010. www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/home.htm

Una gran variedad de elementos contribuyen a la comprensión de la situación: la pobreza, la exclusión social, la inseguridad, la distorsión de valores, las carencias afectivas y las presiones en el ámbito laboral que incrementan la vulnerabilidad del individuo y de su entorno.

Los cambios sociales de las últimas décadas derivados de las variaciones de la estructura demográfica de la población, en donde hoy para Latinoamérica coexisten en números absolutos mayor cantidad de adolescentes y de personas de la tercera edad, crisis económicas, pobreza, y una acelerada apertura social y cultural frente al proceso de modernización y globalización, han afectado las vidas de las personas en los ámbitos individual, familiar y social.

En sí, las adicciones no representan solo un trastorno social, sino que traen grandes problemas sociales, médicos y familiares. Donde los problemas que merecen mayor atención sean los accidentes y las distintas formas de violencia. La literatura asocia consistentemente el abuso de sustancias con la violencia y se reconoce que existe una relación, pero aún está lejos de ser comprendida. En estos procesos intervienen características farmacológicas de las sustancias que facilitan o inhiben la conducta agresiva, las variaciones individuales y la validación o control de conductas en el medio social.^{19, 20}

También la relación entre uso de sustancias y violencia se observa en víctimas de agresiones físicas. Esta asociación puede darse en dos sentidos, por una parte, el hecho de que la persona esté intoxicada la hace más vulnerable frente a la violencia de otros, al tiempo que la violencia puede seguir a experiencias de abuso.

El consumo de sustancias lícitas e ilícitas se considera un problema mundial que repercute tanto en el sector social, económico y político como en el de salud. Las muertes y accidentes, por violencia tales como accidentes de tránsito, suicidios y homicidios, se consideran hechos con fuerte influencia del alcohol y drogas.²¹

Por otra parte el consumo de sustancias adictivas constituye una obvia amenaza para la salud pública, muchos gobiernos están lejos de adoptar medidas contundentes para reducir su consumo. La producción, el tráfico y el consumo de drogas en las Américas crean violencia, enfermedad y muerte y afecta la gobernabilidad de los países de la región. Al mismo tiempo, el problema de las drogas exacerba propia marginación social y la pobreza que genera. Las respuestas de los países de las Américas al consumo de drogas de abuso han sido insuficientes.

En la Argentina otros estudio señalan que uno de cada diez argentinos que tiene entre 16 y 64 años consumió alguna vez en su vida una sustancia ilegal como Marihuana, Cocaína, Sustancias Inhalables, Alucinógenos, Pasta base, Opiáceos-anestésicos o Crack. El monoconsumo o consumo de una sola sustancia incluye al 66.5% de la población que 66.5% de la población que consumió drogas ilegales. Predomina en esta forma la marihuana. El uso frecuente se evidencia en porcentajes en los más jóvenes donde no hay casos de consumo por encima de los 50 años.²²

Excepto en el caso de los tranquilizantes o somníferos, en 2007 los consumidores de sustancias psicoactivas fueron predominantemente jóvenes de 15-34 años. Esto es especialmente cierto para las drogas ilegales, cuya prevalencia de consumo en los últimos 12 meses es en todos los casos mucho más alta en el grupo 15-34 años que en el grupo 35-64 años.

19 Medina Mora M.E., Natera G., Borges G., Cravioto P., Fleiz C., Tapia R. Del Siglo XX al Tercer Milenio. Las adicciones y la salud pública: Drogas, Alcohol y Sociedad. www.medigraphic.org.mx.

20 Medina M. E., Rojas E., Juárez F., Berenzon S., Carreño S., Galvan J., Villatoro J., Lopez E., Olmedo R., Ortiz E., Nequiz G. 1993. Consumo de sustancias con efectos psicotrópicos en la población estudiantil de enseñanza media y media superior de la República Mexicana. *Salud Mental*, 16: 2-8.

21 Johnson TP, Mott JA. 2001. The reliability of self-reported age of onset of tobacco, alcohol and illicit drug use. *Addiction*; 96:1187-1198.

22 Miguez H. 2000. consultado el 1 de dic. de 2010. Consumo de sustancias psicoactivas en Argentina, OPS, *Psicoactia* 18: 1-17,

Así, por ejemplo, la prevalencia de consumo en los últimos 12 meses para cannabis, cocaína y éxtasis fue de 18,9%, 5,3% y 2,4%, respectivamente, en el grupo 15-34 años frente a 3,9%, 1,3% y 0,4% en el grupo 35-64 años.²³

Piñero S. y colaboradores de la Universidad de Carabobo en Venezuela estudiaron la prevalencia del consumo en pacientes atendidos en urgencias en adultos, y sus hallazgos demostraron que uno de cada cuatro ingresos por causa traumática, está asociado al abuso de drogas, solas o en combinación, revelando una estrecha relación causa-efecto.²⁴ Mientras que Mota G. observó en el mismo trabajo un alto consumo de sustancias, en pacientes ingresados por accidentes de tránsito, de los cuales 81.6% consumían cocaína.

El estudio realizado en México en las salas de urgencias, muestran que los traumatismos con altos niveles de alcohol en sangre son bastante más frecuentes que en otros países.^{25, 26, 27} La prevalencia de consumo de alcohol en los accidentes de tránsito, incluyendo los choques y los atropellados, fue de 16%. El 17% dijeron haber bebido dentro de las seis horas previas al accidente y el 29% aceptó haber estado bebiendo en el momento del accidente. Debido a las elevadas tasas de mortalidad y morbilidad que se han registrado a consecuencias de los accidentes en la vía pública, este fenómeno social constituye hoy un problema de salud pública.²⁸

Si bien la carga de enfermedad que genera el consumo de drogas ilegales no llega a la magnitud de la ocasionada por las legales, sus consecuencias son mayores. La producción, el tráfico y el consumo de drogas en las Américas crean violencia, enfermedad y muerte y afecta la gobernabilidad de los países de la región al mismo tiempo, el problema de las drogas exacerba la propia marginación social y la pobreza que la genera.²⁹

En un estudio realizado por un laboratorio de Toxicología se observó que el resultado positivo fue incrementándose desde un 5% en 1995 a un 34.5% en el 2006. Donde en el 90% de los casos se encontró un único agente y en el 10 % se detectaron dos Cocaína y Tetrahidrocannabinol (Marihuana), donde la marihuana fue la más extensamente utilizada 50,66%, donde el aumento paulatino durante el período estudiado concuerda con lo señalada por los Centro de Información y Asistencia Toxicológica de Argentina y donde las edades de inicio son cada mes menores un mayor número de consultas de adultos de más de 30 años. Esto puede inferir que los adultos mayores ya tienen mayores probabilidades de que sus índices aumenten progresivamente de acuerdo a estos estudios.³⁰

Los consumidores de drogas: de alcohol, marihuana, inhalantes, anfetaminas y cocaína, cometen un número significativamente mayor de actos antisociales en donde se incluyen los accidentes de tránsito, que los individuos que no las consumen.³¹

El Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes de Chile, CONACE, realizó en 2001 un estudio que consistió en analizar muestras de orina a un total de 3.034 consultantes

23 Observatorio sobre Drogas. 2010. www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/home.htm

24 Piñero S., Medina-Orozco E., Rojas M. 1998. Prevalencia del consumo de drogas en pacientes atendidos en urgencias de adultos". *Salud Pública Méx* V.40, N.3: 234-240.

25 García G., Borges G. 1991. El alcohol y el riesgo de traumatismos en tres servicios de urgencias de Acapulco, México. *Bol Sanit Panam*, 111(3):231-239.

26 Rosovsky H., García G., López J., Narvaez A., 1988. El papel del consumo de alcohol en las urgencias médicas y traumáticas. IV Reunión de Investigación. Instituto Mexicano de Psiquiatría, 22:261-267, 36.

27 Rosovsky H., Borges G., Accidentes y alcohol en América Latina. En: *Adicciones, Hacia un Enfoque Multidisciplinario*. Secretaría de Salud/Consejo Nacional contra las Adicciones, 2:147-157.

28 Casanova L., Borges G., Mondragón L. Medina-Mora M.E., Cherpitel C. octubre de 2001. El alcohol como factor de riesgo en accidentes vehiculares y peatonales. *Salud Mental*, vol. 24, N° 5.

29 Peruga A., Rincón M., Selin H. 2002. El consumo de sustancias adictivas en las Américas. Sección Latinoamericana. OPS/OMS. *Adicciones*, Vol. 14 Núm. 2 pp: 227-238. Consultado el 01/11/2010

30 Quiroga P.N., Yohena I., Contartesse C.M., González H., López C.M. 2008. Perfil de consumo de cocaína, cannabis y opiáceos en el laboratorio toxicológico CENATOXA, *Acta bioquímica Clínica latinoamericana*, versión On-line, v42 n4, La Plata oc. /dic. (consultada el 02/12/2010)

31 Piñero S., Medina-Orozco E., Rojas M. 1998. Prevalencia del consumo de drogas en pacientes atendidos en urgencias de adultos". *Salud Pública Méx* V.40, N.3: 234-240.

de seis Postas de Urgencia. Los resultados indican que del total de personas testeadas, 429 casos (14,1%) resultaron positivos al consumo de alcohol. Los adultos jóvenes (entre los 26 y 34 años), registran el mayor porcentaje de casos (25,6%) que llegan a las postas de urgencia por accidentes de tránsito y presentan registro positivo de alcohol.

El abuso de sustancias, particularmente del alcohol y de los fármacos de uso médico, entre los adultos de 60 años de edad y mayores, es uno de los problemas para la salud pública de mayor incremento. Debido a la poca literatura relacionada con el tema, a los pocos datos y la escasa falta de atención y cuidado a este grupo es que realizar un diagnóstico puede ser una difícil tarea para abordar. Desde hace pocos años existe una creciente preocupación acerca de la implicación de las drogas en los accidentes de tráfico. La administración Nacional para la Seguridad Vial reporta que mueren 16.000 personas al año debido a conductores ebrios o drogados. Donde existe una mayor probabilidad de que los jóvenes adultos conduzcan bajo la influencia de sustancias que los adultos mayores y que también se ha reconocido con mayor frecuencias que hay otras drogas aparte del alcohol, que actúan en el cerebro y que constituyen un peligro para la seguridad vial.³²

Los accidentes en la población adulta representan uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial y tiene implicaciones a nivel individual, familiar y socioeconómico y es una de la más importante causa de años de vida potencialmente perdidos por discapacidad.

La información sobre los efectos y consecuencias que ocasiona el consumo de sustancias en los adultos mayores, asociado al carácter del problema de la drogadependencia en todo el mundo, y siendo el abuso de sustancias (psicotrópicos) uno de los más comunes, cualquier esquema de planificación no puede concebirse sin políticas de conjunto, que contemplen globalmente la búsqueda de soluciones para los flagelos que azotan a nuestra sociedad: aislamiento soledad, abandono, marginalidad, pobreza, desocupación, haberes exiguos, jubilaciones económicamente insuficientes y socialmente excluyente.

Existe poca conciencia sobre la contribución de los accidentes en población adulta a la carga global de enfermedad a nivel mundial, tanto para morbilidad como para mortalidad por lesiones (48). Por lo cual se ha descuidado la investigación y la implementación de políticas públicas necesarias para disminuir su impacto tanto a nivel nacional como internacional.

Estudios en Australia y similares en los Estados Unidos revelaron que el trastorno por dependencia al alcohol es reconocido sólo en un tercio de los casos de los adultos mayores que son hospitalizados, una de las razones consideradas para estos casos es que los signos y síntomas de abuso son en su mayoría aplicables sólo a poblaciones más jóvenes, pues los adultos mayores se salen de ciertos parámetros diagnósticos al tener menos redes de convivencia social, laboral y hasta familiar.³³

Existe una estrecha relación entre el inicio a temprana edad de un trastorno por dependencia a sustancias y la recurrencia de la dependencia en etapas ulteriores de la vida, algunos alcohólicos en proceso de recuperación, que se mantuvieron abstemios durante largas etapas de la vida, suelen recaer al experimentar pérdidas importantes, o bien por el inadecuado uso del exceso de tiempo libre cuando disminuye su actividad laboral. El consumo a edades tempranas también es un predictor de una mayor incidencia de trastornos psicopatológicos durante la etapa senil.

Dentro de las encuestas realizadas por el SEDRONAR (Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico), se encontraron pacientes en urgencias considerados adultos, dentro de este grupo se revela la franja etárea mayor

32 Observatorio de los derechos Humanos. 10/03/2008. Accidentes de tránsito en la Argentina. Lic. Mirita del Valle. www.observatoriodelosderechoshumanos.org

33 Rochín Guereña J. (consultado el 20/11/2010) El trastorno por dependencia a sustancias en el adulto mayor. www.infoadicciones.net www.dialnet.unirioja.es

a 60 años y que los estudios realizados al presente toman otras poblaciones ya sea por género o por edad. Por ello se pretende conocer si entre los pacientes de 60 años o más ingresados en urgencia a existe una correlación entre el consumo de drogas legales e ilegales y las causas de ingresos por violencias.

Teniendo en cuenta que la familia actual tiende conservar a los jóvenes en su núcleo y no así a los adultos mayores vemos que es impostergable la formulación de planes para la atención de este grupo hoy vulnerable dentro del estado socio económico.

Conocer esta situación permitiría desarrollar estrategias de la prevención que involucre no solo a los grupos etáreos donde el riesgo ya es reconocido, sino también a los adultos mayores de 60 años.

Sabemos que la prescripción de fármacos de uso médico es tres veces más frecuente entre personas mayores de 60 años que entre la población general, por lo que se trata de pacientes que se ven expuestos de manera frecuente a los efectos secundarios indeseables de los propios fármacos, al potencial para desarrollar interacciones medicamentosas nocivas y a la posibilidad de presentar fenómenos de tolerancia y dependencia física y/o psicológica. Así también, influye el desconocimiento y el descuido con respecto al valor que se le da a la salud mental y a la calidad de vida de estos pacientes, entre la gran mayoría de los servicios de salud de primer nivel.

Objetivos

Objetivo Principal: Caracterizar la población de pacientes de 60 años y más ingresados a sala de urgencias y sus antecedentes inmediatos de uso indebido de alcohol y drogas.

Objetivos Secundarios: Analizar ingreso a sala de urgencia por causa del uso indebido de alcohol y drogas en relación a violencia, en el grupo de pacientes de 60 años o más. Analizar la proyección de los grupos etáreos de 40 a 59 años y su futuro. Determinar alternativas viables para la difusión comunicacional masiva de los problemas de violencia asociada a la ingesta de alcohol.

Material y método

El presente estudio observacional, analítico y de fuente secundaria fue realizado en base a la Encuesta a Pacientes en Sala de Urgencia del SEDRONAR de diciembre de 2003 y octubre de 2005. El instrumento que se aplicó es el cuestionario pre-codificado estandarizado del Sistema Interamericano de Datos Uniformes sobre el Consumo de Drogas (SIDUC-CICAD, Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas): “Encuesta a pacientes en salas de Urgencia” (SIDUC, 2001), con las adecuaciones necesarias para Argentina.

Las variables en estudio fueron: Edad: agrupadas en pacientes adultos mayores (de 60 años y más) y pacientes de otras edades. Sexo. Nivel Educativo. Situación Conyugal. Ocupación: según una clasificación específicamente elaborada para Argentina. Estado de conciencia, en que llegó el paciente a la sala de emergencia. Motivo del Ingreso. Consumo de alcohol. Consumo de sustancias psicoactivas. (Tabaco, marihuana, solventes o inhalantes, alucinógenos, heroína, opio o morfina, cocaína, hipnóticos, ansiolíticos, sedantes y tranquilizantes, antidepresivos, anfetaminas, anticolinérgicos, pasta base, metanfetaminas, crack, ketamina, éxtasis -MDMA-, estimulantes y otros).

Se consideró la realizada en las últimas 6 horas según el paciente y/o la impresión clínica del médico.

Impresión clínica del médico sobre la relación entre la urgencia y el consumo de sustancias psicoactivas.

Violencia: Se definió como causa de ingreso violenta a la producida como consecuencia de accidente de alguna de las siguientes: accidente de tránsito, accidente de trabajo,

accidente común o casero, situación de violencia e intento de Suicidio. Como causa no violenta se consideró a la producida por cualquier otro motivo médico, excluyéndose las causas consignadas como de origen desconocido, sobredosis y síndrome de abstinencia. Estas últimas se eliminaron en el análisis de correlación entre violencia y abuso de drogas debido a su evidente o posible relación con el consumo de éstas sustancias.

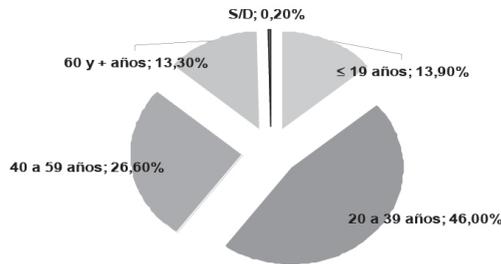
Análisis Estadístico: Las variables nominales se expresaron mediante el número absoluto y porcentaje y, cuando fue conveniente se indicó el intervalo de confianza (IC) del 95%. Cuando resultó adecuado, se agruparon las variables a fin de abreviar su descripción. Para el análisis de variables nominales se utilizó el test de Chi cuadrado o test exacto de Fisher según número de casos por celda. Las diferencias se expresaron mediante el riesgo relativo (RR) y el IC del 95%. Se utilizó el programa Epi-Info versión 3.5 para la recolección y la realización de las pruebas estadísticas.

Discusión y análisis de los resultados

En la encuesta a Pacientes en Sala de Urgencia, realizada por SEDRONAR en diciembre de 2003 y octubre de 2005, se encontró un total de 26727 pacientes, de los cuales 3561 (13,3% sobre el total) presentaba 60 años o más coincidente con los datos de expectativa de vida a nivel de Latinoamérica y casi iguales a los Europeos.

Gráfico nº 1

Grupos de edades de pacientes atendidos en salas de urgencia, diciembre de 2003 y octubre de 2005.



Fuente: Encuesta a Pacientes en salas de Urgencia.2003-2005.SEDRONAR, CICAD-OAD-OID

Al considerar solamente los pacientes de 60 años y más se encontró que el 48,0% eran masculinos (1696 pac.) (IC 95% 46,4% - 49,7%). La distribución por situación conyugal fue de casado (42,3%); viudo (29,9%); soltero (12,7%); separado (5,4%); unido (4,1%); no sabe/no contesta (Ns/Nc) (3,2%) y divorciado (2,3%). Según la ocupación, se encontró: artesanos (38,90%); pequeños comerciantes o pequeños agricultores (20,70%); técnicos (11,10%); Ns/Nc (7,40%); obrero (5,80%); personal doméstico (4,70%); peón (4,30%); oficinista (3,10%); subsidiado por plan jefes de hogar (2,20%); profesionales, científicos, propietarios de industria o medianos agricultores (1,00%); miembros de los poderes ejecutivo o legislativo, oficiales de alto rango o grandes terratenientes (0,70%) y Subalterno de las fuerzas armadas o de seguridad (0,10%). El estado de conciencia de estos pacientes fue consiente (93,20%); inconsciente (3,40%); obnubilado (2,40%) y Ns/Nc (1,10%). El porcentaje de ingreso por motivos violentos disminuyó comparando el grupo general con el particular de 60 años o más. El ingreso en este grupo de pacientes por motivo médico que no involucra violencia fue del 75,9%, las causas de ingreso directamente relacionadas con abuso de drogas: sobredosis y síndrome de abstinencia, representaron el 0,55% de los

ingresos mientras que el conjunto de las otras causas relacionadas con violencias representó el 19,7% de los ingresos a urgencias, siendo los accidentes de tránsito un 5.32%.

Gráfico nº 2

Motivos de ingreso agrupados, pacientes atendidos en sala de urgencia.

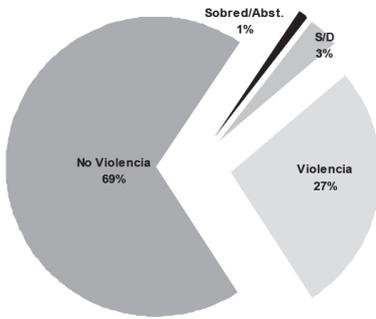
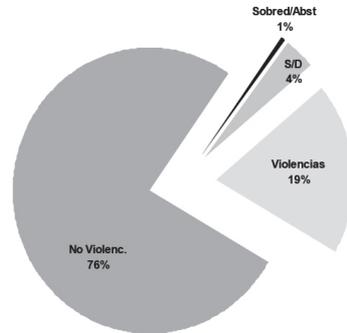


Gráfico nº 3

Motivos de ingreso agrupados. Pacientes de 60 años y más atendidos en sala de urgencia.



Fuente: Encuesta a Pacientes en salas de Urgencia.2003-2005.SEDRONAR, CICAD-OAD-OID

Se determinó con ingesta en las últimas 6 horas de: alcohol el 7,0%; y en otras drogas como: tranquilizantes, sedantes, antidepresivos, opio, marihuana, etc. fue del 13,5%. Al excluir los pacientes que presentaron sobredosis, síndrome de abstinencia, y causa de ingreso desconocida (4,2%), presentaron abuso de drogas, el 3,4%; alcohol sin otra droga, 5,0%; combinación de dos o más tipos de drogas, 2,9%; drogas ilícitas, 0,2%; otras drogas, 3,9%; ninguna droga, 76,4%; y sin datos el 8,1%.

En el trabajo realizado se obtuvo que el total del total de ingreso a las salas de urgencia en pacientes de 60 años y más, el 20,3% de los casos estuviera vinculados a estados de violencia y consumo de alcohol, donde este porcentaje asciende a 40,8% para los pacientes cuyas edades oscilaron entre los 40 y 59 años de edad, y el total de los casos de violencia vinculadas al alcohol, fue de un 55.7%, por lo que observamos valores similares a los hallados en la bibliografía internacional, ya que para este trabajo la violencia no se relacionó solamente a los accidentes de tránsito, donde podemos observar valores más bajos para los adultos mayores.

Sin embargo se debe inferir que la población de 40 a 59 años tiene valores mayores y es de esperar que sin políticas y planes de trabajo sobre esta problemática, estos no se modifiquen, produciendo en breve plazo un aumento en los adultos mayores de los casos de violencia unida al alcohol.

También debemos de considerar que el 36,1% de los pacientes de 60 años y más que ingreso por algún tipo de violencia manifestó antecedentes de consumo de alcohol dando este porcentaje la cifra de 73 casos.

El análisis de consumo de algún tipo de sustancia arrojó el 16.8% en pacientes de 60 años y más, mientras que para el grupo de 40 a 59 años subió al 20,4%, donde el abuso de alguna sustancia en forma concomitante con el alcohol fue del 7% para los adultos mayores y el 12 % para el grupo inmediato de 40 a 59 años. Asimismo observamos porcentajes similares en ambos grupos de edad para el consumo de medicamentos y significativamente inferiores en el caso de drogas ilícitas.

Hemos visto que los consumidores de drogas como alcohol, marihuana, inhalantes, anfetaminas y otros, cometen un número mayor de actos antisociales donde la violencia es el punto de inflexión que predomina tal como lo demuestran los gráficos. Observamos por ejemplo que el motivo de ingreso relacionado a violencia con uso de drogas ilícitas es del

56.9% siendo el consumo relacionado a otras causas de solo el 43%, mientras que podemos leer en la misma tabla que los motivos de ingreso que no utilizaron drogas y violencia fue de un 28,5% significativamente menor, con respecto a la violencia unida a droga.

Mayores de 60 años	Motivo de ingreso				Total
	Violencia		Otras causas		
	Casos	%	Casos	%	
Si	692	20,3	2721	79,7	3413
No	6495	29,3	15650	70,7	22145
Total	7187	28,1	18371	71,9	25558

Fuente: Encuesta a Pacientes en salas de Urgencia.2003-2005.SEDRONAR, CICAD-OAD-OID

Consumo de alcohol	Todos los pacientes atendidos				Total
	Motivo de ingreso				
	Violencia		Otras causas		
	Casos	%	Casos	%	
Si	1640	55,7	1302	44,3	2942
No	5076	25	15212	75	20288
Total	6716	28,9	16514	71,1	23230

Fuente: Encuesta a Pacientes en salas de Urgencia.2003-2005.SEDRONAR, CICAD-OAD-OID .IC del 95% 3,63 entre 3,48 y 4,09 p= 0,00000023 y RR= 2,22

Consumo de alcohol	Pacientes entre 60 años y más				Total
	Motivo de ingreso				
	Violencia		Otras causas		
	Casos	%	Casos	%	
Si	73	36,1	129	63,9	202
No	565	19,5	2338	80,5	2903
Total	638	20,5	2467	79,5	3105

Fuente: Encuesta a Pacientes en salas de Urgencia.2003-2005.SEDRONAR, CICAD-OAD-OID IC 95%= 2.34 entre 1.73 y 3.16 RR= 1.85 p= 0.0000001

Uso drogas ilícitas	Todos los pacientes atendidos				Total
	Motivo de ingreso				
	Violencia		Otras causas		
	Casos	%	Casos	%	
Si	181	56,9	137	43,1	318
No	6566	28,5	16471	71,5	23037
Total	6747	28,9	16608	71,1	23355

Fuente: Encuesta a Pacientes en salas de Urgencia.2003-2005.SEDRONAR, CICAD-OAD-OID IC 95%= 3.31 entre 2.64 y 4.14 RR= 1.99 p= 0.0000001

Uso drogas ilícitas	Pacientes entre 40 a 59 años Motivo de ingreso				Total
	Violencia		Otras causas		
	Casos	%	Casos	%	
Si	12	33,3	24	66,7	36
No	1475	23,7	4741	76,3	6216
Total	1487	23,8	4765	76,2	6252

Fuente: Encuesta a Pacientes en salas de Urgencia.2003-2005.SEDRONAR, CICAD-OAD-OID
IC 95%= 1.60 entre 0.80 y 3.22 RR= 1.40 p= 0.0095

Uso drogas ilícitas	Pacientes entre 60 años y más Motivo de ingreso				Total
	Violencia		Otras causas		
	Casos	%	Casos	%	
Si	1	9,1	10	90,9	11
No	642	20,5	2486	79,5	3128
Total	643	20,5	2496	79,5	3139

Fuente: Encuesta a Pacientes en salas de Urgencia.2003-2005.SEDRONAR, CICAD-OAD-OID
IC 95%= 0.38 entre 0.04 y 3.03 RR= 0.40 p= 0.19

Análisis de Violencia según pacientes de 40 a 59 años Vs pacientes de 60 años o más.

Grupo de Edad	Violencias				Total
	Si		No		
	Casos	%	Casos	%	
40 a 59	1599	23,4	5231	76,6	6830
60 años y +	692	20,3	2721	79,7	3413
TOTAL	2291	22,4	7952	77,6	10243

Fuente: Encuesta a Pacientes en salas de Urgencia.2003-2005.SEDRONAR, CICAD-OAD-OID
IC 95%= 1.20 entre 1.08 y 1.32 RR= 1.06 p= 0.00016

Conclusiones y recomendaciones

El 13,30 % de la población de adultos mayores estuvo involucrada en la asistencia a salas de urgencia, donde el 27% de los mismos estuvo unido a algún tipo de violencia, de este último del 3,40 % se relacionó a accidentes de tránsito y 13,40 % consumió alcohol solo o concomitante con otras drogas, valores que relacionados con el grupo inmediato superior de 40 a 59 años nos dan una visión sumamente preocupante a un futuro inmediato en la cual se debe de comenzar a replantear políticas nacionales para este grupo de gran vulnerabilidad social, ya que vemos que el abuso de sustancias particularmente el alcohol y los fármacos de uso médico es uno de los problemas de salud pública de mayor crecimiento en la actualidad, es evidente el incremento en la incidencia de adultos mayores que sufren de este trastorno.

La sociedad tiene planteado un reto importante tanto desde el punto de vista económico como ético, en relación con el uso apropiado de sedantes, hipnóticos y ansiolíticos en los sujetos ancianos.

Las políticas a implementar deberían incluir campañas de concientización a través de la estimulación del dialogo intergeneracional, solidaridad entre la mayor cantidad de miembros de la comunidad, estableciendo coordinaciones interinstitucionales y trabajos constantes en organizaciones intermedias, provisión de los electos operativos con las que desde las instituciones puedan acercar a los grupos sociales predisponentes, facilitación de distintos canales de inserción en la comunidad, buscando la participación de los miembros de la tercera edad, en la planificación, ejecución y auto evaluación crítica, de planes realizados por las diferentes organizaciones e instituciones a las que pertenezcan, donde además ya se debe de incluir el grupo de adultos de 40 a 59 años, cuyos porcentajes hacen inferir que de no mediar políticas de cambio, en escasos años, el problema se hará numéricamente superior.

Bibliografía

- 1 Barton, M., 2002, La Tercera Edad Feliz. Editorial San Pablo Buenos Aires Argentina.
- 2 Barun, Ken. 2000. Cómo evitar que sus hijos consuman drogas. Traducción: Patricia R. Hernández. Título original: How to keep the children you love off drugs: a prevention and intervention guide for parents of preschoolers, school-agers, preteens and teens. México: Selector S.A.
- 3 Becoña, E. 2003. Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- 4 Berriel, F y otros, 2006, "Sedimentos y trasformaciones en la construcción psicosocial de la Vejez". En López Gómez, A. Proyecto género y generaciones. Ed. Trilce. Montevideo.
- 5 Cornachione, M. A.; y Col., 2005, Guía para el cuidado de ancianos con problemas. Edit. Brujas Córdoba Argentina.
- 6 D'Hyver C., Gutierrez Roblado, L. M., 2006, Geriatria. Edit. Manual Moderno. Buenos Aires.
- 7 Red Latinoamericana de Gerontología. Envejecer en Latinoamérica en una sociedad globalizada, Marzo 2003 - Agenda de sensibilización en Colombia en el siglo XX.
- 8 Fornes Vives, J.; Games M. I.; Concha Rivera, R.; Hollander, M. 2005, Manual de actuaciones en accidentes. Edit. Librería Akadia. Buenos Aires Argentina.
- 9 Fundación Mapfre., 2010, Guía de prevención: riesgos domésticos entre las personas mayores. Profesionales. Edit. Fundación Mapfre. Madrid. España.
- 10 González Méndez R., 2002. Consideraciones para el manejo de la drogadicción. En: Atención a las adiciones en la comunidad. La Habana: Ciencias Médicas.p.2-19.
- 11 Gorbien, M.J., Eisenstein, A.R., May 2005; Elder Abuse and Neglect: An Overview. Clin Geriatr. Department of Internal Medicine, Rush University Medical Center, Chicago, USA. 21:(2):279-292.
- 12 Gorgen, T., Nagele, B., Feb. 2005. Domestic Elder Abuse and Neglect. Conclusion from the Evaluation of a Model Project. 2 Gerontol Geriatr. Hannover, Germany.;38(1):4-9.
- 13 Guijarro Morales, A. 2001, El Síndrome de la Abuela Esclava. Pandemia del Siglo XXI. Grupo Editorial Universitario.
- 14 OPS/OMS, 2002, Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud: Resumen. Washington, D.C. 2002;19-20.
- 15 Kosberg, J. 2005, "Prevención del Maltrato de Mayores", en Iborra Marmolejo, I. Ed. Violencia contra personas mayores. Editorial Ariel, Barcelona
- 16 Laniel L. 2003. Drogas y criminalidad: breve exploración de las relaciones entre las ciencias sociales y la política antidrogas en los Estados Unidos. Sociológica. 2003; vol. 18. Disponible en: [http://http://laniel.free.fr/INDEXES/PapersIndex/SociologicaUSA/CienSoc-](http://http://laniel.free.fr/INDEXES/PapersIndex/SociologicaUSA/CienSoc)

Pol%20USA2002ESP.htm.

17 Losada Baltar, a., 2004, Edadismo: consecuencias de los estereotipos, del prejuicio y la discriminación en la atención a las personas mayores. Algunas pautas para la intervención”.. Madrid: Portal Mayores.

18 Maira, G. 13 de julio del 2007. La Violencia intrafamiliar: experiencia ecuatoriana en la formulación de políticas de atención en el sector de la salud. En Revista: Panamericana de Salud Pública. Consultada en versión escrita en ISSN 1020- 4989. Penales, Cuba.

19 Martinez, H. D., 2004, Muerte Violenta en Adultos Mayores en al Provincia de Córdoba Durante los Periodos 1997-2001. (T. M.) FCM-UNC. Córdoba Argentina.

20 Micheli, F. Fernandez Pardal, M., 2010, Neurología 2º Edición. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires Argentina.

21 OPS/OMS, 2005, Guía para el diseño, utilización y autoevaluación de “materiales educativos en salud. Serie Paltex N° 10. Manual de técnicas para una estrategia de comunicación en salud” Serie Paltex N° 11. La atención de los ancianos, un desafío para los años 90. Serie Paltex N° 546. Promoción de la salud: una antología. Publicación científica N° 557.

22 Pastor, E. Villar, F. Boada, J. López, S. Varea, M.D. Zaplana, T. 2003; “Significados asociados a la jubilación e influencia con la actividad de ocio y la ética del trabajo”. Dpto. de Psicología Universidad Rovira i Virgili. Tarragona. Rev Mult Gerontol. 13 (1): 15-22.

23 Piña Morán, M., 2004, Gerontología social aplicada - visiones estratégicas para el trabajo social, Espacio.

24 Salvarezza L. 2005. “La vejez. Una mirada gerontológico actual. Ed. Paidós. Buenos Aires.

25 Sanchez del Corral Usaola, F. Ruiperez Cantera, I. 2004. “Violencia en el anciano” .Ed. Mc. Graw Hill. España.

26 Seoane, L., Papisidero, M., Rodriguez, M., Venzano, M., A. Gorraiz Rico, F, Torres Cerino, V.: 2010 Manejo Práctico en la emergencia, algoritmos de diagnóstico y tratamiento. Edit. Librería Akadia. Buenos Aires Argentina.

27 Tallis, R. C., Fillit, H. M., 2005, Geriatria Brocklehurst's. Tomo 1y2. Edit. Marbán.

28 Yanguas Lezaun, J. 2004. “Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional”. Colección Estudios. Serie Personas Mayores. IMSERSO

29 Zatti, D.: 2003 Ancianidad, ¿El Ocaso de una Vida? Editorial Claretiana. Buenos Aires Argentina