

2010

Alcoholismo en la vejez : relación con los eventos críticos y la red de apoyo social en el curso vital

Albaitero, Guillermina

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/428>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

98
Inv. 4113



**UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA**
.....

TESIS FINAL

***“Alcoholismo en la Vejez:
Relación con los eventos críticos y la red de apoyo
social en el curso vital”***

Albaitero, Guillermina

Berardo, Mariana Alejandra

Prati, Sofia.

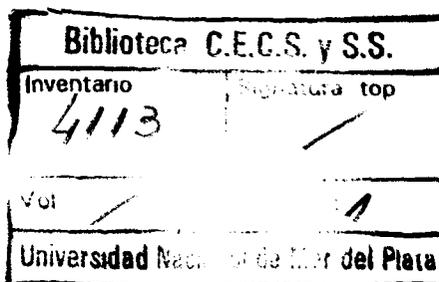
Directora de Tesis: Dra. Esp. Deisy Krzemien //

Co-directora de Tesis: Lic. María Cristina Álvarez,

Octubre 2010. Mar del Plata

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
Agradecimientos	4
1. INTRODUCCION	5
2. ESTADO DE LA CUESTION Y MARCO TEORICO	9
2.1. Vejez y envejecimiento	13
2.2. Eventos de vida críticos	26
2.3. Apoyo Social	27
2.4. Alcoholismo	41
2.5. Grupo de autoayuda: Alcohólicos Anónimos.	49
3. TRABAJO SOCIAL Y VEJEZ	
3.1. Intervención profesional con adultos mayores	53
3.2. Rol profesional y especificidad	54
3.3. Practica profesional y vejez	56
4. OBJETIVOS E HIPOTESIS	
Objetivos	58
Hipótesis	59
5. ASPECTOS METODOLOGICOS	
Diseño metodológico	60
Participantes	62
Técnicas de recolección de datos	63
Procedimiento y análisis de datos	65
6. RESULTADOS	



01 OCT 2012

Características de la muestra	66
Datos referentes al Grupo Alcohólicos Anónimos	69
Datos referentes al abuso del alcohol en adultos mayores	71
Datos referentes a los eventos de vida críticos	72
Datos referentes al apoyo social	78
7. DISCUSIÓN	86
8. CONCLUSIÓN Y APORTE DE LOS RESULTADOS	91
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	96
ANEXO 1. Información acerca de Alcohólicos Anónimos (AA MDP)	103
ANEXO 2. Instrumento	106

Agradecimientos.

A la Dra. Deisy Krzemien, por la orientación y el asesoramiento teórico-metodológico brindado. Por su acompañamiento y valiosa dedicación.

A la Licenciada María Cristina Álvarez, por su colaboración y aportes desde el Trabajo Social.

Al Grupo de Alcohólicos Anónimos Mediodía, por brindarnos el espacio físico y la información necesaria.

En especial a cada una de las personas que compartieron sus historias de vida, contribuyendo desinteresadamente a nuestra investigación.

Dedicatoria.

A quienes desde siempre y cada día, con su amor y compañía nos alientan para seguir adelante.

CAPITULO 1

INTRODUCCION

Los cambios demográficos denotan el progresivo aumento de la población de adultos mayores, junto con el aumento de la longevidad y el descenso de la tasa de natalidad.

La Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS), en el Proyecto sobre Personas Mayores, Dependencia y Servicios Sociales en los países del Cono Sur refiere que Argentina es uno de los países mas envejecidos de Latinoamérica, mostrando signos de su envejecimiento desde 1970.

Las consecuencias que ello tiene a nivel individual, sociocultural, económico y política, y reconociéndose la heterogeneidad de este grupo etéreo fundamenta la necesidad de investigar y adquirir conocimiento relativo a la adaptación a los eventos de vida críticos que experimentaron las personas envejecientes, hacia la promoción de un envejecimiento saludable.

Una de las problemáticas en las que se ha centrado la preocupación de los organismos internacionales de investigación y desarrollo humano -como

el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía y Comisión Económica para América Latina (CELADE-CEPAL), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS)-, es, por un lado, el estudio y control de los factores de riesgo que afectan y comprometen tal envejecimiento saludable, y por otro lado, los entornos y estilos de vida promotores de salud y autocuidado en la mediana edad y vejez (CEPAL-CELADE, 2006). Entre dichos factores, se destaca el consumo de bebidas alcohólicas y la reducción o eliminación del aislamiento social (conf. p. 95), ya que varios estudios mostraron que se asocian a la prevalencia de enfermedades.

En este sentido, el presente trabajo se orienta a la exploración y comprensión de la adaptación a los eventos de vida críticos del curso vital de los adultos mayores que han abusado en la ingesta de alcohol en relación a la red de apoyo social de la que han participado o formado parte.

Nos posicionaremos desde la perspectiva del paradigma del ciclo vital que concibe a la vejez desde un enfoque multidimensional y multidireccional, caracterizada por cambios en la capacidad adaptativa, la plasticidad y potencialidad y la variabilidad intra e interindividual.

Este paradigma plantea que no hay una sola forma de envejecer, ya que el envejecimiento es un proceso dinámico y diverso en tanto está influenciado por aspectos culturales, históricos y sociales como por la propia historia de cada persona

El curso vital supone un proceso de continuidad y cambio, al mismo tiempo que de crisis determinadas por factores relativos a la edad, a hechos generacionales y experiencias individuales relativos a eventos de vida críticos.

Entendidos estos como hechos o acontecimientos que plantean una disrupción en el curso vital, tanto en forma positiva como negativa. Estos eventos de vida críticos producen inestabilidad en los adultos mayores y cambios en las funciones sociales que realiza.

Para hacer frente a estos eventos de vida críticos y desarrollar resoluciones creativas, es en gran parte necesario que el adulto mayor disponga de apoyo social, entendido como la ayuda emocional o instrumental que se deriva de la estructura social o red social en la que se halla y participa la persona (Zapata, 2001)

En cambio cuando la persona cuenta con una red de apoyo social con vínculos negativos, reducidos o inexistentes puede afectar la posibilidad de adaptación a las crisis o eventos de vida críticos pudiéndose suscitarse comportamientos de riesgo para la salud, entre ellos el abuso en la ingesta de alcohol.

Esta investigación requiere un abordaje de perspectiva cualitativa y cuantitativa, a fin de explorar, describir y comprender la problemática de estudio de manera holística y con una visión dinámica de la realidad, desde el discurso de las personas en su escenario natural, reconociendo las diversas variables que afectan el objeto estudiado y desde un enfoque ideográfico e idiosincrásico. Se administró, mediante una entrevista en profundidad, una

historia vital y una escala de evaluación del apoyo social a seis adultos mayores pertenecientes al grupo Alcohólicos anónimos

Los resultados permitirán esclarecer el conocimiento científico de la problemática del alcoholismo y la vejez, reconociendo los factores antecedentes que han influido en ese comportamiento, en particular en cuanto a lo relativo a los eventos críticos del curso vital y al apoyo o aislamiento social en los adultos mayores

Esto reviste de especial interés ya que puede aportar desde un enfoque preventivo, revertir los factores de riesgo relacionado con la crisis y el escaso apoyo social tendiente a un envejecimiento competente. Por otro lado, desde la intervención social puede aportar al diseño de programas de intervención comunitaria para favorecer el envejecimiento activo y saludable mediante el fortalecimiento del apoyo social y la resolución de las crisis previas. Como así también capacitar a las personas que trabajan en el campo de la gerontología en cuanto a la prevención de conductas de riesgo y promoción de un envejecimiento saludable.

Adherimos a Travi cuando sugiere que “el Trabajo Social realiza un aporte de incalculable valor en el proceso de la existencia explícita a situaciones naturalizadas de hecho, a la práctica cotidiana de los sectores populares, de hacer público lo privado, de hacer visible lo invisibilizado, de ponerle palabras a lo no dicho, a lo silenciado, haciendo trascender a lo colectivo la práctica y las experiencias particulares, transformando situaciones dadas en problemas sociales que entren en la agenda de los poderes públicos(...)”(Travi, 2002)

CAPITULO 2

ESTADO DE LA CUESTION Y MARCO TEORICO

ESTADO DE LA CUESTIÓN

Las propuestas teóricas que atribuyen a las relaciones sociales próximas funciones protectoras contra la enfermedad (Cassel, 1974, Berkman y Syme, 1979) han constituido un importante incentivo a la numerosa investigación posterior acerca del Apoyo Social. Una larga tradición investigadora ha demostrado que las relaciones sociales contribuyen directamente al bienestar en la medida que satisfacen necesidades sociales básicas. (Ward, 1985). En particular, la relevancia de la familia como fuente de prestación de apoyo entre las personas de edad y los amigos parece ser un recurso valioso (Díaz Veiga, 1985).

En la vejez variados estudios han mostrado la incidencia de la falta de redes y soporte social sobre la aparición de síntomas depresivos, en el caso de los adultos mayores que viven en hogares particulares (Antonucci, Fuhrer y Dartigues, 1997). De manera complementaria, diversas investigaciones comprobaron la relación de la posesión de redes sociales adecuadas con el incremento de la satisfacción vital (Muchnik, 1984; Levit, Antonucci, Clark y Rotton, 1986)

Existe un amplio consenso acerca de la incidencia positiva que las redes sociales suficientes poseen sobre la salud física, el estado funcional de los adultos mayores (Liu, Liang y Gu, 1995; Uchino, Cacioppo y Kiecolt-Glaser, 1996; Unger, Mc Avay, Bruce, Berkman y Seeman, 1999), y el desarrollo de las actividades de la vida diaria (Mendes de Leon, Glass, Beckett, Seeman, Evans y Berkman, 1999). Se ha comprobado que el poseer una red social adecuada disminuye los tiempos de hospitalización y de recuperación de la salud (Sutherland y Murphi, 1995; Di Ioro y otros, 1999), así como el riesgo de mortalidad posterior al alta.

Desde la perspectiva de las Ciencias de la Salud se ha estudiado la importancia de las relaciones existentes entre apoyo social y adaptación durante los periodos de enfermedad (Duhl, 1963) y la potencial utilidad que los sistemas de apoyo social tienen para el individuo sometido a determinadas circunstancias vitales críticas. (Costa y López, 1986). En este sentido algunos investigadores han analizado el papel que juegan los recursos sociales ante la ocurrencia de "sucesos vitales" frecuentes durante la vejez (Lowenthal y Haven 1968; Monchietti y Krzemien, 2002; 2008) Los estudios que sostienen la denominada "hipótesis de la amortiguación" han hallado que las personas ancianas que no cuentan con apoyo social son más vulnerables a los cambios vitales, en especial los negativos. (Thoits, 1982).

Por otra parte, las personas de edad que presentan déficits en lo que respecta a sus redes de apoyo han mostrado una mayor tendencia al abuso de drogas (Allard, Allaire, Leclerc y Langlois, 1995; Warren, Stein y Grella, 2007) y de alcohol (Brennan y Moos, 1990; Schonfeld y Dupree, 1991) y se ha

identificado a la insatisfacción con el apoyo social del cual se dispone, como una de las variables predictoras de la ideación suicida en los adultos mayores (De Leo y Ormskerk, 1991; Mireault y De Man, 1996; Vanderhorst y Mc Laren, 2005).

Ahora bien, se ha hallado en nuestro contexto social que la participación e integración comunitaria, eleva los niveles de satisfacción vital de los adultos mayores concurrentes a sistemas de apoyo social formales e informales (Golpe y Arias, 2005).

Entre los estudios locales recientes en muestras añosas marplatenses, uno de ellos evaluó las redes de apoyo social, observando que las mismas varían ampliamente su tamaño, lo cual demuestra la imposibilidad de identificar un tipo de red social propio de los adultos mayores debido a la heterogeneidad del proceso de envejecimiento, siendo posible incorporar nuevos vínculos significativos dado que las mismas no son invariablemente escasas e insuficientes. (Arias 2004). Otro de los estudios marplatenses en mujeres mayores, evaluó el estado de salud físico y mental y la participación en actividades y relaciones sociales valoradas social y subjetivamente, hallando que las ancianas que no participan socialmente o se hallan en aislamiento evidencian un estado de salud psíquica significativamente menor que aquellas quienes muestran un estilo de vida socialmente activo. Es decir, la participación social significativa promueve un modelo de envejecimiento saludable (Krzemien y Lombardo, 2003).

En relación al alcoholismo en la vejez un estudio ha revelado que la prevalencia del consumo patológico de alcohol en personas mayores de 60 años en la sociedad es de aproximadamente el 5,3% (Lomelí. 2006). Este mostró que en el 86% de los casos existen factores psicológicos, sociales y ambientales que contribuyen al mantenimiento del consumo. Es importante aclarar que en Argentina, alrededor del 20% de la población total abusa en la ingesta de alcohol.

No obstante, se observa una escasa investigación sistemática acerca del alcoholismo en la vejez, siendo aun una cuestión pendiente de estudio y en particular, en relación a otros constructos psicosociales de interés en el envejecimiento como el apoyo social y los factores de crisis. Si bien en el ámbito de nuestra unidad académica se han realizado algunos estudios referidos al alcoholismo y a la vejez, se los ha considerado como variables no interrelacionadas.

MARCO TEORICO

2.1.LA VEJEZ Y EL ENVEJECIMIENTO

Breve reseña histórico social de la concepción de la vejez y la edad.

A lo largo de la historia los valores imperantes en cada cultura y momento social han influido en las concepciones y actitudes referentes a la vejez.

Si bien la edad ha sido históricamente considerada como una variable discriminadora y determinante del inicio de la vejez y explicativa del desarrollo, observamos en la actualidad una variabilidad interindividual e intergrupala en las formas de envejecimiento que permiten describir a la vejez como un proceso multideterminado por diversas variables personales, sociales, culturales, etc. No obstante, conviene diferenciar los aspectos cronológicos de la definición de vejez y su construcción social.

Según el criterio cronológico, establecido por la mayoría de los países en sus respectivas legislaciones, dicha etapa se inicia a partir de los 60 años, frontera que ha ido variando más en los últimos tiempos que en toda la historia occidental. En el siglo XIII se era viejo a los 30 años, a principio del siglo XIX a

los 40 y hoy en día la edad a partir de la cual se considera a una persona mayor está en entredicho.

La definición cronológica de la edad es un asunto socio-cultural; en general desde una perspectiva biomédica y biológica la edad establecida se correlaciona con la pérdida de ciertas capacidades instrumentales y funcionales para mantener la autonomía y la independencia, lo que si bien es un asunto individual tiene relación directa con las definiciones normativas que la cultura otorga a los cambios ocurridos en la corporalidad (Iacub. 2002)

En este contexto la vejez puede ser tanto una etapa de pérdidas como de plenitud, dependiendo la modalidad de envejecimiento de la combinación de recursos y la estructura de oportunidades individuales y generacionales a la que están expuestos los individuos en el transcurso de su vida, de acuerdo a su condición y posición al interior de la sociedad.

En la actualidad coexisten perspectivas positivas y negativas acerca de esta etapa de la vida.

Las primeras conceptualizaciones científicas se remontan a las décadas del 50 y 60 enfocadas en la patología, el deterioro neuropsicológico, la dependencia e incapacidad funcional, denotando la influencia del enfoque biomédico.

“(…) por su parte la perspectiva psicoanalítica había enfatizado los procesos de involución y regresión psíquica como característicos del envejecimiento. Teorías psicológicas y sociales también abonaban a una concepción deficitaria de la vejez, como la teoría de la desvinculación de

Tummingis y Henry de 1961, concibiendo el aislamiento social y el retroceso a la propia interioridad como aspectos no solo inherentes y universales al envejecimiento sino esperados por los mismos ancianos (...)" (Krzemien, 2009)

Luego de la Segunda Guerra Mundial los estudios se centran en las problemáticas sociales pero las investigaciones eran más descriptivas que explicativas.

En las últimas décadas se produce una revisión paradigmática, prevaleciendo una concepción positiva de la vejez, superadora de "(...) concepciones unidimensionales y estáticas del desarrollo que plantean la dicotomía crecimiento- declinación reconociendo que cualquier momento de la vida se caracteriza por pérdidas y ganancias." (Krzemien, 2009)

Un cambio paradigmático ha significado la aplicación de las políticas del enfoque de derechos, que promueve el empoderamiento de las personas mayores y una sociedad integrada desde el punto de vista de la edad. Todo implica que todas las personas mayores son sujetos de derechos no solamente como objeto de protección. ("Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez." CELADE)

La vejez en el curso vital

La vejez como una etapa más del desarrollo, una experiencia dinámica y holística. Etapa en la cual se producen un proceso de cambios y

acontecimientos a nivel biológico, psicológico y social, que representa una continuidad y discontinuidad dentro del ciclo vital (Baltes, Lindenberger & Staudinger, 2006)

Desde la perspectiva del paradigma del ciclo vital, la vejez es una etapa caracterizada por la multidimensionalidad y multidireccionalidad, con plasticidad, potencialidad y variabilidad intra e interindividual.

Con respecto a la multidimensionalidad se hace referencia a la complejidad de los diversos factores psicosociales y contextuales, cuya interacción varía a lo largo del curso de vida. Entre ellos se puede mencionar: el lenguaje, las actitudes, los valores, las relaciones interpersonales, entre otros.

.La multidireccional es relativa a la diversidad de los cambios que se producen en distintas direcciones a lo largo de la vida, los cuales no siempre abarcan todo el ciclo vital, ni se presentan en una sola dirección en cada momento de la vida; de manera que los cambios que vive una persona se producen en una variedad de diferentes aspectos o dominios y en diferentes direcciones.

La plasticidad y potencialidad refiere a la adaptabilidad del adulto mayor ante los cambios o crisis que se producen en esta etapa.

En tanto la variabilidad interindividual refiere a las particularidades de los estilos de vida, de experiencias, que varían de un individuo a otro y dentro de cada individuo. Deben considerarse los diferentes cambios en el desarrollo: cambios dentro de una persona singular (interindividual) y diferencias entre grupos o cohortes (intraindividual) (Smyer, 1984).

27

El paradigma del curso vital plantea que no hay una sola forma de envejecer, ya que el envejecimiento es un proceso dinámico y diverso en tanto esta influenciado por aspectos culturales, históricos y sociales como por la propia historia de cada persona.

Moragas Moragas detalla tres concepciones acerca de la vejez o ancianidad:

d) *La vejez cronológica*: basada en la edad cronológica, en los 65 años, cuando comienza a ser pasivo. Esta concepción precede desde Bismark en el siglo XIX, teniendo en cuenta la edad del organismo de una persona. Esto tiene como inconveniente pensar que todas las personas nacidas en el mismo año tienen la misma edad, sin tener en cuenta que el tiempo influye en cada persona de manera diferente, según su forma de vida, salud y condiciones del trabajo. La edad cronológica es un dato importante a tener en cuenta pero no determinante de las capacidades, habilidades de una persona.

e) *La vejez funcional*: es aquella que relaciona al viejo con incapaz, limitado. Si bien la vejez humana origina reducciones en ciertos dominios del desarrollo, estas limitaciones no impiden desarrollar una vida plena, no solo en lo físico, sino lo social y psicológico. La vejez posee su propia funcionalidad y las concepciones que homologan limitaciones a esta funcionalidad y envejecimiento son producto de mitos, creencias y percepciones distorcionadas sobre la vejez, que a menudo supone la representación social predominantemente negativa acerca de la vejez y la persona vieja (Monchietti, 2000).

3) *Vejez, como etapa vital:* esta concepción es la más equilibrada y moderna acerca de la vejez, la cual considera que el paso del tiempo produce ciertos efectos sobre las personas, que se diferencian de los efectos de las etapas previas. Esta etapa encuentra limitaciones externas, y además, las de cada individuo en particular. Por otro lado, tiene potenciales únicos y distintivos: serenidad del juicio, experiencia, madurez vital, entre otras, que compensan las limitaciones de esta etapa de la vida.

Se ha pasado de un modelo concebido como déficit-decrepitud en la vejez a un modelo de competencia. De acuerdo al paradigma del curso vital, hay determinados factores que van a influir en el desarrollo de la persona y estas son:

- Factores normativos: son las influencias normativas de la edad y que son definidos como determinantes biológicos y ambientales íntimamente relacionados con la edad cronológica. Pueden ser:
 - Jubilación
 - Nido vacío
 - Escolarización
- Factores normativos relacionados con la historia: son acontecimientos o normas completamente generales experimentados por una unidad cultural en conexión con el cambio biosocial. Son normativos si afectan a la mayoría de los miembros de una misma generación de forma similar. Puede ser:

- Depresiones económicas
 - Guerras
 - Epidemias
 - Cambios políticos importantes
- Factores no normativos en el desarrollo del ciclo vital: se refieren a determinantes biológicos y ambientales que son significativos en su efecto sobre las historias vitales, individuales no generales.
 - Acontecimiento de salud de una personas
 - Cambios de trabajo
 - Muerte de un familiar cercano
 - divorcio

La vejez, es una etapa mas en la experiencia humana, dados unos mínimos de aptitud funcional, status socioeconómico, debe verse como una fase positiva de desarrollo individual y social.

La vejez debe ser enfocada desde la objetividad, esto es conocer la edad cronológica y también las condiciones psíquicas, económicas, sociales de la persona para comprender la totalidad o integralidad del individuo y así superar prejuicios y actitudes negativas.

Moragas Moragas rescatando los aportes de Baltes, y sus colegas del Grupo de Berlín, refiere que existen aspectos positivos y negativos del

envejecer; suele hacerse menos hincapié en los positivos como lo son la acumulación de experiencias y sabiduría, la conservación de la capacidad funcional, entre otros. En cambio los negativos son mas conocidos entre ellos la pérdida del status socioeconómico, pérdida de objetivos en la vida, pérdida de relaciones sociales, soledad, aislamiento, cercanía hacia la muerte.

El estudio del proceso de envejecimiento se ha orientado hacia la reconstrucción del curso de vida de las personas de diferentes cohortes y contextos, especialmente a través de entrevistas, biografías y narraciones, que dan cuenta de la influencia de los cambios socioculturales e históricos.

Proceso de envejecimiento.

Desde el enfoque del curso vital se considera a la vejez como un proceso dinámico y desde una perspectiva multidisciplinaria. Comprendiendo a la persona como un ser bio-psico-social-espiritual y reconociendo "(...) la diversidad de aspectos, dominios, estilos de personalidad, capacidades y aptitudes, que muestran una sincronía y diacronía propia, una interrelación compleja y un potencial a realizar en cada momento del curso vital." (Krzemien.2009)

Algunos autores señalan que hablar de "vejez" como estado, sólo refiere a una sucesión cronológica, de modo que prefieren hablar de "envejecimiento" en tanto denota un (...) "proceso que comienza tempranamente al término de la juventud y que a lo largo de la vida adulta se combina con procesos de maduración y desarrollo" (Buendía 1994)). Baltes lo concibe como un proceso

que comienza con la vida y finaliza con la muerte, es decir, abarcando todo el curso vital.

El curso vital supone un proceso de continuidad y cambio, al mismo tiempo que de crisis determinadas por factores relativos a la edad, a hechos generacionales y experiencias individuales en relación a eventos de vida críticos.

Organismos internacionales: Propuestas en torno al envejecimiento.

El envejecimiento de las sociedades y las implicancias económicas sociales, políticas y culturales que ello conlleva constituyen desafíos asumidos a nivel mundial.

El impulso que han dado las Naciones Unidas desde la Primera Asamblea Mundial sobre Envejecimiento en 1982, seguido de otros hitos como la aprobación de los Principios de las Naciones Unidas a favor de las Personas de Edad en 1991 y la realización de la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento en 2002, han sido fundamentales para colocar el tema en la agenda de los gobiernos.

El propósito es el lograr una calidad de vida que permite envejecer con seguridad y dignidad, y paralelamente garantizar a las personas mayores la continuidad de su participación como ciudadanos con plenos derechos en sus

respectivas sociedades.” (Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento en 2002)

Para ello se han formulado una serie de recomendaciones para la adopción de medidas que permiten cumplir los objetivos planteados en torno a tres orientaciones prioritarias:

- las personas de edad y el desarrollo,
- el fomento de la salud y el bienestar en la vejez, y
- la creación de entornos propicios y favorables.

En tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea que gozar de buena salud y bienestar en la vejez, es una responsabilidad que deben asumir tanto las personas como los gobiernos, pues se requiere de un esfuerzo personal para llevar un modo de vida saludable y de un entorno favorable a la salud y al bienestar creados por los gobiernos. (Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre envejecimiento, Madrid, 08 al 12 de Abril de 2002).

El “Año Internacional de las personas de Edad” (1999) es un punto de referencia en la evolución del trabajo de la OMS sobre el envejecimiento y la salud.

A partir de ese momento dicho organismo ha promovido la idea del “envejecimiento activo” entendido el mismo como “el proceso de optimización de las oportunidades para mantener el bienestar físico, social y mental durante toda la vida, con el fin de extender la esperanza de vida saludable, la productibilidad y la buena calidad de vida en la vejez.” (Krzemien. 2009)

En el año 2000 el nombre del programa se redefine como “Envejecimiento y curso vital”, adoptando una perspectiva que desde un enfoque multidisciplinario considera y entiende al envejecimiento como (...) un proceso que se desarrolla a lo largo de la vida y que la salud en la vejez puede como comprenderse si se tiene en cuenta como se ha vivido y como se han afrontado los acontecimientos y crisis a lo largo del curso de la vida.” (Krzemien. 2009).

Envejecimiento normal y patológico

El envejecimiento es un fenómeno universal, un proceso inevitable. La manera de envejecer es particular, y la calidad de vida en este periodo se relaciona directamente con los recursos intelectuales, sociales, biológicos y materiales acumulados durante su historia vital, y el intercambio de estos con su contexto. (Zolotow. 2002)

En la literatura gerontológica suele calificarse al envejecimiento como normal o patológico. El *envejecimiento normal*, es aquel saludable, carente de enfermedad. La acumulación de años no tiene porque ser patológico. Existe el prejuicio que a los 65 años cesa en el trabajo, comienza la inactividad personal y social y se es propenso a las enfermedades. Como ya hemos hecho mención, el envejecimiento, al igual que otras etapas de la vida tiene características propias no deben asociarse necesariamente con enfermedades. (Moragas Moragas. 1991)

El *envejecimiento patológico* es aquel que considera que si bien la vejez no es una enfermedad en si misma, la probabilidad a enfermarse y que esto traiga consigo consecuencias negativas en el organismo es mucho mayor que en las otras etapas.

X El status en la actualidad *“es el resultado de una pluralidad de factores, la mayor parte de los cuales se deben al esfuerzo de la persona, es decir, son adquiridos”*. Y plantea características positivas y negativas del status de ancianidad que se pueden observar en la Tabla1 (Moragas Moragas. 1991).

D
0

Tabla 1. “Características positivas y negativas del status de la ancianidad”

AREAS	POSITIVAS	NEGATIVAS
BIOLOGICA	Inmunizado Desarrollado Maduro (Mujer) liberada. Reproducción sexual	Débil Enfermo Limitado (mujer) perdida capacidad reproductiva
PSIQUICA	Equilibrio Estable Experimentado sereno	Lento Inseguro Desmemoriado Confuso
SOCIAL	Liberado del trabajo obligatorio Disponibilidad de tiempo Menor numero de responsabilidades	Perdida de poder sociolaboral Limitación de contactos sociales Menor relevancia y poder social
ECONOMICA	Seguridad pensión vitalicia Asistencia sanitaria gratuita Ventajas fiscales Servicios en especie gratuitos	Revisión pensiones insuficientes Mayores necesidades asistencia sanitaria Impuestos crecientes Perdida poder adquisitivo

El envejecimiento desde el Paradigma del Curso Vital

Entre 1930 y 1950 se realizan los primeros trabajos que abarcan el estudio de todo el curso vital, cobrando mayor interés el tema a partir de la década del 80.

El paradigma del curso vital puede definirse como “el estudio interdisciplinario del transcurrir de la vida humana (ontogénesis humana), es decir el análisis y la integración en un marco teórico común de las interacciones e interdependencias entre: a- los procesos de desarrollo biológico y psicológico. b- el contexto socio-histórico y las dinámicas que lo afectan así como sus mediaciones institucionales y dentro de ellas, particularmente, los modelos de trayectos de vida como fórmulas de regulación social y c- los trayectos de vida individuales que se desarrollan en el marco de las obligaciones y de las posibilidades delimitadas por a y b, todo esto en función de los recursos propios de cada individuo, del trabajo de reflexividad que éste maneja y de su propia identidad narrativa”. (Ricoeur, 1985)

Se trata de una perspectiva que aborda el desarrollo humano desde la concepción hasta la muerte, constituyendo un marco de referencia de tipo contextual y dialéctico, que no solo considera los factores vinculados a la edad sino también los aspectos históricos, sociales, culturales y las experiencias vitales particulares y sus mutuas interrelaciones.

El curso vital supone un proceso de continuidad y cambio, al mismo tiempo que de crisis determinadas por factores relativos a la edad, a hechos generacionales y experiencias individuales relativos a eventos de vida críticos. Entendidos estos como hechos o acontecimientos que plantean una disrupción en el curso vital, tanto en forma positiva como negativa

2.2. EVENTOS DE VIDA CRÍTICOS

Los eventos de vida críticos producen inestabilidad en los adultos mayores y cambios en las funciones sociales que realiza.

Los eventos de vida estresantes o de transición, entendidos como una influencia principal en el desarrollo del adulto (Schlossberg, 1981; Smyer, 1984). Resulta claro que cada etapa vital es un tiempo de cambio y desafíos incluso dentro del envejecimiento normal, deben ser hechos constantemente ajustes a la circunstancia de cambio.

Moos y Schaefer (1993) presentan una formulación de la crisis de vida y de cómo las personas manejan las transiciones de vida y su impacto crítico sobre los patrones de funcionamiento personal y social. Una transición de vida crítica es una situación que por su novedad o importancia excede los recursos de la persona y las respuestas habituales son insuficientes, dando lugar a un estado de crisis o desestabilización, que representa una oportunidad de crecimiento, progreso y madurez o de deterioro y estancamiento. Se trata de una situación de crisis o perturbación en la interacción persona y medio, que puede dar lugar a una adaptación saludable si promueve un crecimiento

personal y se usan estrategias de afrontamiento efectivas que puedan promover una integración cognitiva que ayude a manejar los aspectos problemáticos de la situación. La evidencia empírica ha mostrado que uno de los principales recursos de afrontamiento efectivos es el apoyo emocional y social (Moos, 1988; Krzemien y Urquijo, 2009).

Para hacer frente a estos eventos de vida críticos y desarrollar soluciones creativas, es necesario que el adulto mayor disponga de una red de apoyo social, conformada por un conjunto restringido de relaciones familiares y no familiares proporcionando ayuda mutua y sostén.

2.3.APOYO SOCIAL

Existen diversas concepciones del apoyo social (AS) ya que constituye un constructo multidimensional. El apoyo social entendido como la ayuda emocional o instrumental que se deriva de la estructura social o red social en la que se halla y participa la persona (Zapata, 2001) cumple un papel sumamente importante puesto que ayuda a “proveer sentido a la vida”, aporta “retroalimentación cotidiana acerca de las desviaciones de la salud”, propicia una serie de “actividades personales que se asocian positivamente con sobrevivencia” (Sluzki, 1996, p. 81) y que se orientan al cuidado y a la promoción de la salud. Según Gil Lacruz y Frej Gómez (1993) “el apoyo o soporte social se refiere a la percepción subjetiva y personal del sujeto, de que, a partir de su

inserción en las redes, es amado y cuidado, valorado y estimado y de que pertenece a una red de derechos y obligaciones”.

La red de apoyo social está conformada por un conjunto restringido de relaciones familiares y no familiares que brindan alguna o varias formas de apoyo. Si bien la persona no recibe permanentemente estas ayudas, puede disponer de ellas en situaciones críticas y fundamentalmente para desarrollar soluciones creativas frente a conflictos y problemas (Arias, 2004).

Desde esta perspectiva, el AS se relaciona con la participación social, la cual se concibe como *“el proceso de tomar parte en forma activa y comprometida en una interacción social. Incluye parámetros subjetivos, es decir, no sólo que la persona establezca vínculos significativos sino que los perciba como tales”* (Krzemien & Lombardo, 2003, p. 43). Es decir, la manifestación de esta forma de participación sería la satisfacción que experimentan los individuos como resultado de su participación en las actividades sociales que realizan en el medio familiar, en el centro de trabajo, o en el ámbito comunal y nacional. En el Manual de Indicadores de Salud de la CEPAL-CELADE (2006, p. 139) se hace referencia a la importancia de tal concepto en la vejez, dado que *“la participación en actividades sociales e interacciones significativas es una necesidad vital cuya satisfacción resulta indispensable para la autorrealización personal, pues permite a las personas mayores el desarrollo de sus potencialidades y recursos”* (Monchietti & Krzemien, 2002).”

Estudios previos señalan la vital importancia del apoyo familiar para afrontar satisfactoriamente las crisis vitales así como para mejorar la

adaptación a las transiciones de la vida. En particular, Pelechado y De Miguel (1994) destacan las habilidades interpersonales y el apoyo social para la adaptación en la vejez. El apoyo familiar y social mejora la adaptación física y psicológica del sujeto al nuevo período del ciclo vital y por tanto a la resolución de la crisis evolutiva (Meléndez, 1998; Krzemien y Lombardo, 2003).

En las últimas décadas, tanto los hallazgos de investigación como la evaluación de los logros de variadas intervenciones, han aportado evidencia acerca del impacto benéfico del apoyo social formal e informal sobre el bienestar integral de las personas de edad, planteándose más fuertemente como posibilidad de dar respuesta a una variedad de nuevas demandas que plantea el envejecimiento poblacional (Arias 2008).

La asociación positiva entre bienestar, salud e interacción social ha sido largamente documentada (Lowental y Haven, 1968). Además las investigaciones en este campo, han demostrado que las personas mayores que participan en grupos sociales mantienen una calidad de vida superior a los que están socialmente aislados, encontrándose correlaciones positivas entre percepción subjetiva de bienestar y estilo de vida activo (Krzemien, 2002), así como también altos niveles de participación social se asocian con menores niveles de suicidio, mejor salud física, menor mortalidad (Hause, Landis y Umberson, 1998) y mayores niveles de bienestar psicológico. El bienestar psicológico hace referencia a la valoración que un sujeto efectúa de su vida. (Arias Soliveréz 2009) Para Rowe y Kahn (1997) un compromiso activo y productivo con la sociedad es un componente central de una vejez exitosa.

El apoyo social “incluye parámetros subjetivos, es decir, no sólo que la persona establezca vínculos significativos sino que los perciba como tales” (Krzemien y Lombardo, 2003). No se trata sólo de la inserción en una red social sino la existencia de relaciones significativas de apoyo social (Clark y Grote, 2003).

La conceptualización del apoyo social se ha enriquecido con los modelos ecológicos y los aportes de la Psicología Comunitaria, que intentan la comprensión y explicación de la conducta humana en función de la interrelación entre individuos y ambiente. Según el enfoque ecológico, el desarrollo ontogenético de una persona es entendido como un proceso complejo, que responde a la influencia de una multiplicidad de factores estrechamente ligados al ambiente o entorno en el que dicho desarrollo tiene lugar (Bronfenbrenner, 1999). Bronfenbrenner (1999) sostiene que los ambientes naturales son la principal fuente de influencia sobre la conducta humana. La persona durante el curso vital va adaptándose a los ambientes que le rodean y forman parte de su vida cotidiana (familia, amigos, vecinos, grupos, etc.) y viceversa (también los entornos próximos deberán transformarse en función de las nuevas circunstancias personales de la persona a medida que envejece).

Este marco implica alejarse de la concepción del envejecimiento centrada en déficit y disfuncionalidades, privilegiando las competencias (Fernández Ballesteros, 1992). Fernández Ballesteros elaboró un modelo de actuación, que se basa en los aspectos positivos del individuo y del contexto, proponiendo así, intervenir desde dos vías, potenciando los recursos de la comunidad,

incrementando las redes de comunicación y apoyo social, y por otro lado, mejorando la capacidad individual para enfrentar y superar situaciones difíciles, o bien recuperar el equilibrio.

De acuerdo a todo lo expuesto se puede considerar que las relaciones de apoyo social fomentan, desarrollan y ayudan a mantener la percepción y sentido de control de un individuo (Meléndez, 1998). Meléndez en su estudio sobre apoyo social, tercera edad y autopercepción dice *“Pensamos que el apoyo social puede tener una fuerte interrelación con la percepción que el sujeto tenga de sí mismo y que puede ser una base fundamental para la adecuada percepción del sujeto en su entorno, como para la percepción de un incremento de sus posibilidades personales”*.

Niveles de Apoyo Social

De acuerdo a la literatura científica y a los estudios presentados en la “Reunión de Expertos en Redes de Apoyo Social a Personas Adultas Mayores” convocada en 2002 por la CEPAL-CELADE (2003), se concibe en esta investigación tres niveles de AS, atendiendo al nivel de referencia de la participación y apoyo social, los cuales son considerados por la propuesta de Conde y Franch (1984), y que corresponden a:

- AS alto. Pertenencia a ámbitos familiar, medio inmediato y medio socio-comunitario. Referido a cuando la persona mantiene relaciones familiares y extrafamiliares (relación de amistad, vecinal, ocupacional, institucional y comunitaria), recibe apoyo social de diverso tipo (emocional, instrumental e informacional), cuenta con personas confidentes, y participa en reuniones sociales y/o actividades institucionales y/o comunitarias.

- AS medio. Pertenencia a ámbitos familiar y/o medio inmediato: Corresponde a la socialización basada en relaciones familiares, de amistad y/o vecinales, donde la persona recibe algún tipo de apoyo (emocional, instrumental e informacional), cuenta con al menos una persona confidente, pero su participación en actividades sociocomunitarias es restringida.
- AS bajo. Aislamiento social o escasa integración social: se refiere a la carencia o a escasos vínculos familiares y sociales, se establecen relaciones interpersonales circunstanciales y no existe participación en actividades sociocomunitarias.

El sistema de apoyo social se puede conceptualizar, desde una mirada amplia, como un conjunto organizado de subsistemas interactuando entre sí, donde la persona ocupa el lugar central. Estos sistemas aunque funcionan de manera independiente, en ocasiones se mezclan.

En la red personal se observan dos sistemas de apoyo, el informal y el formal. El primero incluye los parientes, amigos íntimos y vecinos, es decir aquellas personas con las que comparte afectos, intereses, ideas, objetivos sociales. El segundo está en relación a los vínculos que se entablan con organismos religiosos y comunitarios, instituciones públicas y privadas y las políticas públicas.

Apoyo formal

Guzmán, Huenchuán y Montes de Oca (2002) plantean que los apoyos brindados por fuentes formales pueden provenir del ámbito público o privado, poseen una estructura burocrática y objetivos orientados a ofrecer ayuda en determinadas áreas específicas. Los apoyos pueden ser proporcionados a partir de políticas públicas, otorgamiento de subsidios y programas de prestación de servicios de diversa índole (servicios públicos, seguridad social y salud) en la que trabajan profesionales o voluntarios. La disponibilidad de este tipo de apoyo se vincula con el nivel de institucionalidad existente en un territorio determinado.

Las políticas públicas se implantan en cinco puntos: seguridad social, salud, vivienda, educación y empleo. Las agencias gubernamentales son las encargadas de traducir las políticas sociales en servicios para atender las necesidades cotidianas de las personas mayores.

Apoyo informal

Los apoyos proporcionados por fuentes informales corresponden a las redes personales (tanto vínculos familiares como no familiares) y a las comunitarias que no estén estructuradas como programas de apoyo. El apoyo informal ha sido valorizado por prestar a las personas de edad ayudas y “cuidados no estructurados, complementarios a los que proporcionan los gobiernos” (Naciones Unidas, 2002, p.4).

Las personas pueden debilitarse social, física y emocionalmente si no reciben o perciben señales de amparo de sus seres significativos que le hagan sentir seguros y valiosos. Los sistemas informales son recursos esenciales en la provisión de asistencia afectiva y financiera, ayuda en las tareas del diario vivir y actúan como un enlace con las agencias de servicios sociales.

Las dimensiones estructurales de las redes son: el tamaño o el número personas de la red social, la densidad o interrelación entre los miembros de una red y la dispersión geográfica. Las interrelaciones que se producen varían de acuerdo a la multiplicidad o variedad de funciones de las personas que la componen, reciprocidad en el intercambio, homogeneidad entre los miembros, frecuencia, devoción, antigüedad y tiempo invertido en los contactos.

Apoyo social en la vejez

El ámbito en el que se deben enfrentar cambios con el avance de la edad es en el de las relaciones interpersonales, ya que la persona mayor, a menudo comienza a ver disminuida su red social, ya que comienzan a morir sus padres, esposos o esposas, sus hijos se van de la casa, nacen nietos y con ellos la función de abuelos, y mueren amistades. El retiro o la jubilación del trabajo limitan los vínculos con compañeros de trabajo. En algunos casos se produce un notable descenso de la actividad social. Frente a esta situación, se hace necesario elaborar otras estrategias para continuar desarrollando actividades sociales, teniendo en cuenta el obstáculo económico, que limita las

actividades posibles a realizar. Es importante mencionar, que una merma en los contactos sociales no debe identificarse con la inexistencia de redes sociales, proveedoras de apoyo social.

Los miembros de esta red informal son seleccionados por el anciano entre su familia, amigos y vecinos. A estos sistemas informales son a los que recurre el anciano cuando necesita algún tipo de ayuda.

Estos componentes del sistema de apoyo informal han sido distinguidos como elementos esenciales para el bienestar psicosocial de la persona anciana. La red social de los sujetos durante la vida adulta es amplia y heterogénea en lo referido a las relaciones que la componen. Esto es producto de que se desarrollan múltiples funciones y roles. Aunque en la tercera edad se produce una disminución del tamaño de la red, esta no necesariamente decae.

Las relaciones de amistad y vecindad son formas prevalecientes de contacto social a través de las cuales se intercambian servicios, ayuda, información, consejo, no siempre disponible en el seno familiar.

Aunque las características personales explican en parte la forma en que las personas desarrollan y mantienen relaciones sociales y redes de apoyo también intervienen diversos factores sociales y estructurales que son determinantes de la calidad de las redes de la persona anciana. Los elementos culturales, modificaciones en la red social como resultado del retiro, muertes de familiares o amigos, limitaciones en el ingreso o en el estado de salud, ejercen una influencia en las redes sociales.

La mayor parte de los adultos mayores están vinculados con la familia en primer lugar, luego con los amigos y vecinos, que proveen servicios de apoyo social muy importantes.

Las relaciones familiares continúan siendo un recurso fundamental en la vida de las personas ancianas. Las relaciones de procreación (esposa, esposo, hijo, hija) se encuentran entre las vitales y esenciales. La convivencia familiar y el sistema de apoyo familiar es una de las fuentes de más satisfacción y valía para la persona mayor. Estudios realizados en EEUU revelan que la familia constituye una institución primaria de apoyo.

La familia sigue siendo la institución social primaria de ayuda para las personas de edad avanzada a pesar de su estructura y funciones cambiantes. La familia brinda al adulto un auxilio de tipo material, emocional y social. La familia sostiene el peso mayor en la prestación de cuidados y servicio del anciano y representa el factor principal para reducir la institucionalización.

La familia mantiene una posición de prominencia dentro del espacio vital psicológico de estas personas por su habilidad para proveer seguridad emocional y material. La presencia o ausencia de esta red pronostica el nivel de autonomía y bienestar de una persona anciana. Los hijos, hijas y cónyuges son a los que acuden en primera instancia. La contribución que realiza la familia incluye asuntos como: alojamiento, transporte, escolta, enlaces con agencias de servicios, adquisición de alimentos, medicinas, compañía, demostración de afectos, cuidado durante enfermedades, higiene personal, limpieza domiciliaria, ayuda en quehaceres domésticos, además de otros

servicios que la persona necesite. El tipo de asistencia, la forma, y la frecuencia en que se ofrece esta relacionada a la dinámica familiar, factores socio estructural y demográfico

El estar casado ha sido considerado una característica favorable a la configuración de las relaciones informales en los adultos mayores. El matrimonio proporciona un conjunto de experiencias compartidas y un nivel de interdependencia que no tiene paralelo con otro tipo de relación, además facilita los vínculos con hijos, e hijas y otros familiares.

La naturaleza del apoyo y las fuerzas que mantiene unidas a las generaciones envuelven factores como: afecto, obligación, amenaza de desaprobación social y poder económico. El tipo de apoyo varía de un ambiente a otro.

La responsabilidad filial es otro lazo que une a los miembros de una familia. El deber filial se mantiene como un valor fuerte en nuestras familias. Este sentido es la motivación primordial que tienen los hijos para responder a un padre o madre que requiere cuidados en su edad avanzada. La asistencia filial se funda en el valor de la interdependencia familiar.

Las hijas, más que los hijos, son quienes asumen la responsabilidad principal del cuidado de sus padres, de que lleven un tratamiento médico, los acompañan en sus citas, y es el hogar de su hija donde va a residir el adulto mayor cuando no pueda llevar una vida independiente.

La familia suministra el patrocinio complementario a las relaciones basadas en la amistad que satisfacen las necesidades de socialización y surten

información y consejos prácticos. La familia proporciona cuidados de larga duración y sostiene la vida comunitaria de las personas ancianas.

La protección familiar puede ser combinada o ser refuerzo a otros apoyos informales proporcionados por vecinos o grupos comunales y a la asistencia formal brindada por el estado.

En los últimos años, la estructura familiar ha sufrido modificaciones sociodemográficas, que ponen en riesgo la provisión de ayuda informal al anciano.

Los grupos de apoyo son una red formada por familiares, amigos, y demás personas interesadas en intercambiar información, dar y recibir apoyo mutuo o intercambiar destrezas para manejar y lidiar con asuntos relacionados al cuidado de ancianos.

La situación particular que rodea a la población de edad avanzada demanda la inclusión de otras personas significativas que expandan la interacción a nivel afectivo y social (Sanchez, 1990). Las amistades en la vejez, son una fuente de valor emocional y de defensa para sobrevivir en la cotidianidad. Esto proporciona lazos de intimidad emocional. En nuestra cultura los amigos y vecinos participan de los eventos familiares como parte de la familia, aún cuando no existen lazos de consanguinidad.

Las relaciones de amistad, representan para a los mayores una fuente de satisfacción mas significativa que constituyen a los sentimientos de bienestar. También actúan para reafirmar la propia estimación. El sentirse necesitado es un sentimiento crucial.

La persona de edad acude a sus amistades cuando se encuentra preocupada o sola. Además las relaciones de amistad ponen al alcance una ayuda en las tareas cotidianas y en situaciones de emergencia de corta duración. Los vecinos, constituyen un recurso de apoyo para los que han vivido un largo periodo en el mismo vecindario.

La persona mayor prefiere recibir ayuda y apoyo de su red social informal y esta red puede desempeñar con eficiencia las tareas de la red formal. Además de reconocer esta importante función que realizan los sistemas informales, hay que reconocer que no se encuentran debidamente preparados para todas las cuestiones que necesitan las personas adultas mayores. Por lo tanto es esencial reconocer el establecimiento de mecanismos y programas que ayuden a mantener al adulto de edad avanzada en el ámbito familiar y comunitario.

Apoyo Social y Trabajo Social

Las posibilidades que brinda el modelo del apoyo social, para el diseño de intervenciones, son extremadamente variadas. Las intervenciones desde el apoyo social pueden efectuarse desde los niveles más macro, como puede ser la formulación y ejecución de políticas públicas desde los organismos de gobierno correspondientes, hasta el más micro, como el trabajo a nivel individual con un adulto mayor que presenta una problemática determinada. Las intervenciones pueden hacerse a nivel comunitario, institucional, grupal e

individual y con distintos fines: promoción de la salud, prevención o asistencia (Arias, 2006). El trabajo desde el apoyo social además de apuntar a la resolución de problemáticas concretas produce un beneficio adicional que se refleja en la autoconfianza, en la propia competencia, en la colaboración, la solidaridad y la pertenencia.

Dentro del sistema informal encontramos grupos de autoayuda para determinadas patologías, y fundamentalmente el apoyo de la red personal conformada por los vínculos familiares y no familiares que brindan ayuda de tipo emocional, compañía social, orientación cognitiva, ayuda práctica y económica. (Sluzki, 1996)

El trabajo conjunto de la institución, la familia y la comunidad posibilita la articulación entre fuentes de apoyo formal e informal y prioriza la inclusión de los propios adultos mayores como factor clave en el logro de los objetivos propuestos.

La valoración de los apoyos sociales formales e informales disponibles es de utilidad tanto para la prevención y promoción de la salud, -brindando oportunidades de participar e integrarse en diversas actividades sociales y comunitarias, de reconstruir vínculos, de permanecer en sus hogares, de mantener su independencia funcional entre otras posibilidades- como para el diseño de estrategias dirigidas al cuidado o asistencia de los adultos mayores frágiles.

2.4.ALCOHOLISMO

Para poder analizar porque una persona llega a ser alcohólica es necesario desechar ideas y prejuicios que forman parte de los mitos en torno al alcohol como ser: “hay que beber para hacerse hombre”, “adquirir cultura alcohólica es sinónimo de crecimiento” o que “los pobres son más alcohólicos que los ricos”, restando importancia y desviando la atención sobre dos cuestiones fundamentales:

- El alcohol puede ser perjudicial para el organismo,
- El alcoholismo no es un vicio sino una enfermedad que como tal requiere tratamiento.

Esencialmente las personas que beben lo hacen por el efecto que produce el alcohol. La sensación es tan evasiva que a pesar de reconocer lo dañino, luego de un tiempo, están irritables, inquietos y descontentos sino vuelven a experimentar el bienestar que les provoca la bebida.

En algunas circunstancias se emborrachan deliberadamente argumentando nerviosismo, depresión, preocupación o cualquier excusa que sienten como valedera.

Pero la idea de que tranquiliza, alegra o acompaña es falsa dado que en realidad esta sustancia frena o deprime centros corticales y en consecuencia desinhibe, produciendo significativos cambios en el metabolismo de los

neurotransmisores los cuales se traducen en alteraciones funcionales de la conducción nerviosa. (Wilhelm. 1992)

Este es el motivo por el cual alguien en estado de embriaguez asume conductas que no manifiesta estando sobria.

El alcoholismo es una enfermedad crónica producida por el consumo prolongado y excesivo de alcohol, caracterizado por la dependencia expresada en dos síntomas inseparables:

- La incapacidad de detenerse en la ingesta,
- La imposibilidad de abstenerse.

Para la Organización Mundial de la Salud “son alcohólicos aquellos bebedores excesivos cuya dependencia del alcohol ha alcanzado tal grado que da lugar a trastornos psíquicos, complicaciones somáticas o conflictos en sus relaciones interpersonales, funciones sociales y laborales.” (Wilhelm. 1992)

Etiopatogenia del alcoholismo

La instauración del alcoholismo es atribuida, por distintos modelos que la explican, a la pluricausalidad.

En general se señalan tres grupos de factores:

- La acción específica de la sustancia que provoca la dependencia.
- Las características específicas de la persona consumidora.
- Las características del medio social de las que dependen la disponibilidad de la sustancia. (Wilhelm.1992)

Generalidades.

Abuso.

La característica esencial del abuso consiste en un patrón problemático de consumo que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo. El problema relacionado con la sustancia debe producirse repetidamente durante un período de 12 meses o ser persistente.

Expresado por uno o más de los criterios que a continuación se detallan:

- Consumo recurrente de alcohol, dando lugar al incumplimiento de obligaciones laborales, educativas o familiares.
- Consumo reiterado del alcohol en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso.
- Problemas legales reiterados relacionados con el alcohol.
- Consumo continuado de alcohol, a pesar de los problemas sociales o interpersonales, reiterados o continuos, ocasionados o exacerbados por los efectos del alcohol.
- Los síntomas no cumplen criterios para la dependencia y no incluye tolerancia ni síndrome de abstinencia.

Dependencia.

La definición de dependencia alude a un grupo de síntomas cognoscitivos, de comportamiento y fisiológicos que señalan que la persona

continúa consumiendo la sustancia, a pesar de los problemas significativos vinculados a ella.

Incluye la presencia de tres o más de los siguientes criterios que deben considerarse dentro de un período de 12 meses:

- *Tolerancia*: la persona tiene la necesidad de cantidades crecientes de alcohol para lograr el efecto deseado. No obstante el efecto de la misma cantidad de alcohol disminuye el efecto sobre el organismo a pesar del uso continuado.
- *Síndrome de abstinencia*: entendido como “aquellas manifestaciones morbosas que se presentan al interrumpirse o reducirse bruscamente el aporte del alcohol.”(Wilhelm.1992). Existen diversos grados que van desde las leves molestias matutinas, conocidas vulgarmente como “resacas” hasta el cuadro grave de abstinencia conocido como Delirium Tremens.
- El alcohol se consume en cantidades mayores y durante un tiempo más prolongado del pretendido.
- Existe el deseo persistente de controlar o interrumpir el consumo.
- Se dedica gran parte del tiempo útil para conseguir, consumir y recuperarse de los trastornos provocados por la ingesta.
- Debido al consumo del alcohol, hay una reducción importante de actividades sociales, laborales o recreativas.

- Reiteración de la ingesta a pesar de tener conciencia de los problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes causados o exacerbados por el alcohol. (Arzeno, Belluzzi y otros. 2009).

Características de la persona abusadora

Las personas que abusan o presentan dependencia al alcohol a menudo suelen presentar las siguientes características: resistencia a consultar al médico, negación, deficiencias cognitivas y tolerancia.

En la historia de toda persona alcohólica, se pueden identificar fases evolutivas que van desde el consumo moderado y ocasional al habitual para llegar por último a la adicción.

Existe una primera fase denominada *pre alcohólica*, sintomática, durante la cual no hay conciencia de enfermedad y cuya duración se estima desde unos meses a dos años aproximadamente. En esta fase el consumidor experimenta el efecto gratificante ya que encuentra en la bebida el alivio a sus preocupaciones, aumentando la tolerancia hacia el alcohol.

En una segunda fase conocida como *prodrómica* la persona comienza a preocuparse por lo que bebe y modifica el modo en que lo hace (lo hace a escondidas) e incrementa la ingesta tratando al mismo tiempo de ocultar su hábito. Tiene conciencia de su enfermedad alcohólica y sentimientos de culpa. El consumo de bebidas alcohólicas no conduce a la embriaguez pronunciada y por ende no llama la atención de los otros. El comportamiento y la actitud de la

familia son ambivalentes de acuerdo a la conducta del alcohólico. Esta trata de esconder lo que sucede, rechazando o conteniendo.

Luego sobreviene una fase *crítica* caracterizada por el marcado deterioro individual consecuencia de la dependencia y la pérdida total de control. La persona tiene la capacidad de abstenerse pero no de detenerse. El presunto alcoholómano manifiesta una conducta hostil razón por la cual pierde amistades y la vida familiar se altera. Ante los reproches adopta una actitud defensiva y de conmiseración de si mismo. Fija horas, días y lugares para beber con períodos de abstinencia total aunque cede ante presiones sociales. Durante esta fase la embriaguez es la regla y la necesidad física determina la forma incesante en que bebe. Como el alcohólico no está en condiciones de cumplir con las funciones que desempeñaba antes del abuso, otros miembros de la familia deben hacerse cargo de las mismas. En consecuencia se subsita un intercambio y una transformación de roles que progresivamente se irán reforzando junto con el distanciamiento afectivo de los familiares dando lugar a los primeros síntomas de desintegración familiar.

El principio de la ingestión regular matutina anuncia el inicio de la fase *crónica*, exacerbándose todo lo anterior, se llega a una dependencia con obsesión por beber, con borracheras prolongadas y pronunciado deterioro psíquico. Sobreviene la disminución de la tolerancia hacia el alcohol (la mitad de la cantidad requerida anteriormente puede ser suficiente para producir un estado de estupor). El alejamiento emocional se va profundizando y la transformación de roles se completan. Los familiares buscan pretextos para evitar la situación por la que atraviesan; es así que establecen otros contactos

en su tiempo libre y es muy común que la sobrecarga laboral se invoque como excusa para alejarse del círculo vicioso en el que se mueve el alcohólico, ese mismo que lo lleva al aislamiento.

Alcoholismo en la vejez

A cualquier edad una persona puede tener un problema con el uso de bebidas alcohólicas. En las personas mayores de 65 años el alcoholismo puede adoptar dos formas:

La forma terminal de la alcoholización caracterizada por la dependencia física a la que se llega tras 10 o 20 años de beber de manera constante. Se trata de alcohólicos crónicos que suelen presentar un marcado deterioro resultado del consumo en niveles bajos o escasa incidencia pero prolongada.

Y quienes recurren al alcohol al llegar a la vejez. Es el caso de personas que se encuentran en una mala situación socio económica, que viven solas o suelen ser rechazadas o ignoradas por su familia, o bien que no pueden asumir cambios fundamentales en sus vidas como las relacionados con el trabajo, la salud o la muerte de un ser querido (familiar o amigo).

Es decir que situaciones o acontecimientos que ocasionan soledad, aislamiento, ansiedad, aburrimiento y depresión llevan a que el beber en un principio proporcione alivio pero que progresivamente de lugar a problemas de salud.

El alcoholismo suele ser difícil de diagnosticar dado que en esta etapa de la vida, las personas son más reservadas al momento de comentar sus

excesos y ante la consulta médica se desconfía menos de los ancianos que de los jóvenes y además no son frecuentes las complicaciones legales, sociales y laborales que limiten el consumo de bebidas etílicas.

Por lo tanto para diagnosticar correctamente es importante contextualizar la vida alcohólica de la persona.

Para los adultos mayores el alcohol simboliza una época de juventud y adultez, los remonta a tiempos de diversión y esparcimiento.

Los patrones de consumo suelen ser diferentes al de los más jóvenes ya que suelen beber a diario pero en cantidades menores y en general el problema es detectado por terceros o a través de la atención médica a la que acuden por alguna dolencia o malestar que no atribuyen a la sustancia.

Es una enfermedad encubierta y negada sobre todo por las mujeres debido a la vergüenza o culpa que determina aceptar y admitir la problemática, más ante un familiar para quien en otros momentos fue ejemplo a seguir.

En esta etapa de la vida hay mayor vulnerabilidad a las consecuencias nocivas del alcohol, que producen señales a nivel neurológico, biofísico, psicológico y social. En lo que respecta a lo psicológico y social, provoca pérdida de recursos personales y comunitarios, existiendo mayor susceptibilidad a situaciones de crisis, desadaptación, entre otros.

2.5. Grupos de autoayuda

En el marco del tratamiento del alcoholismo uno de los principales recursos es el Grupo de autoayuda. Las intervenciones deben estar orientadas por objetivos que serán a corto plazo para tratar el síndrome de abstinencia, incentivar el logro y la persistencia para que la persona no vuelva a beber y promover su concurrencia a grupos de autoayuda como ser Alcohólicos Anónimos, complementariamente a la asistencia a instituciones de salud. Resultando oportuno informar a los familiares sobre la existencia de AL ANON y AL TEEN. En tanto que también se formularán objetivos a largo plazo, tendientes a mejorar la salud de la persona y brindar el apoyo para que recupere su autoestima. Considerando que durante la “carrera alcohólica” (término utilizado por los grupos de Alcohólicos Anónimos que hace referencia al estar tomando alcohol en forma continua sin parar) se han generado problemas personales, familiares, laborales y sociales, en lo posible se debe incentivar y colaborar para solucionar los mismos, procurando que haya continuidad en el tratamiento iniciado.

La terapia de grupo permite la descarga y fortalecimiento del yo. El poder normativo del grupo facilita la modificación de actitudes y pautas de conducta y ofrece múltiples posibilidades de identificación y cohesión interna. Cabe mencionar una mayor capacidad de persuasión por parte de algunos alcohólicos con experiencias similares. Además, al mismo tiempo, el grupo consigue activar la responsabilidad y la conciencia sociales, así como el contacto con la realidad.

Alcohólicos Anónimos.

Alcohólicos Anónimos (A.A) es una organización social iniciada en Estados Unidos en 1935 a partir de un encuentro casual entre un corredor de bolsa que había trabajado con muchos alcohólicos, basándose en que sólo un alcohólico puede ayudar a otro, (logrando sólo él mantenerse sobrio) y un médico que había tratado de resolver su dilema con el alcohol por medios espirituales, sin lograrlo.

Dicho encuentro es reconocido como el primer grupo de Alcohólicos Anónimos. Los dos hombres comenzaron un arduo y dedicado trabajo con aquellos alcohólicos que llegaban al Hospital Municipal de Akron (Ohio, Estados Unidos), demostrando que para la recuperación permanente era vital el apoyo de los pares entre sí y el compartir similares experiencias de sufrimiento y de recuperación de la enfermedad.

Con el tiempo se fue difundiendo y en la actualidad el programa que A.A sugiere funciona a través de 100.000 grupos locales en 150 países aproximadamente.

La organización del grupo está casi exclusivamente a cargo de sus miembros-alcohólicos, quienes tienen como meta permanecer sobrios y ayudar a otros alcohólicos a lograr la sobriedad.

Son grupos poco estructurados que celebran regularmente sus reuniones denominadas "cerradas" que son sólo para ellos y en las cuales se relatan mutuamente sus experiencias generalmente relacionadas con los "Doce Pasos" sugeridos para la recuperación y con las "Doce Tradiciones" sugeridas

para las relaciones al interior del grupo y con la comunidad. (remitir anexo 1) El anonimato está preservado mediante el uso del nombre. El intercambio de los propios problemas referentes al mantenimiento de la sobriedad y a la vida cotidiana, permite la cohesión grupal.

El quiebre de la negación es esencial para el comienzo de un cambio verdadero que posibilite un tratamiento exitoso. Lo importante es la concurrencia voluntaria y el respeto por los tiempos personales. Cada alcohólico busca un "padrino" para que lo ayude en el camino de la "recuperación", en tanto que ejercer este rol es una garantía contra las recaídas.

Los miembros de A.A pueden prestar servicios, lo que fortalece su persistencia en la abstinencia, previene las recaídas y permite cooperar con organizaciones y profesionales interesados en la problemática.

AL-ANON.

Se funda como organización para ayudar a los familiares de alcohólicos, que comparten experiencias de su convivencia con el alcohólico y con los efectos que esa convivencia ocasiona en ellos y en toda la familia. Cuando el alcohólico tiene familia, la utiliza como base para sus racionalizaciones y para evadir su verdadera dificultad. Gran parte de su comportamiento puede entenderse como un modo de defensa ante la desaprobación verbal o silenciosa de su familia.

Por ello, aunque el alcohólico continúe bebiendo, se debe procurar que la familia se acerque a Al-Anon, pues es una manera segura de acortar el

tiempo en que el propio alcohólico admita que necesita de Alcohólicos Anónimos.

CAPITULO 3

TRABAJO SOCIAL CON ADULTOS MAYORES

3.1. Intervención profesional con adultos mayores

En Trabajo Social, los primeros intentos de abordaje de situaciones problema del colectivo selecto contemplaron la posibilidad de intervenir con adultos mayores abandonados, maltratados o internados. El principal modelo de intervención detectado es el asistencial, ligado a la práctica médica. Posteriormente, la práctica profesional en el tratamiento de la persona anciana incorporó estrategias congruentes con el modelo psicológico. Siempre ha estado presente la necesidad de actuar sobre el contexto social cotidiano del viejo, y allí, es donde cobra mayor especificidad la intervención profesional.

El Trabajo Social en tercera edad adolece de intervenciones sistemáticas en prevención de las disfunciones o conflictos manifiestos, al igual que en otros campos de actuación profesional. (Carballeda: 1991)

El Trabajo Social con adultos deberá dar cuenta de la extensión hacia el contexto social y familiar del viejo, intentando crear o transformar los marcos de continencia específica para hacer frente a una situación problema.

“(...) El desarrollo de esta práctica implica un conocimiento sobre la vida cotidiana de los viejos y de su relación con los demás integrantes del grupo

familiar, aportando datos específicos que se hacen difícil conocer o abordar desde las prácticas jurídica, médica o psicológica exclusivamente. De todos modos, la actividad profesional en tercera edad, adolece de aportes teórico – metodológicos al igual que en otros campos de actuación, arrojando como saldo un predominio concreto del empirismo por sobre la producción teórica, actualizando viejas controversias sobre el rol profesional (...) (Carballeda: 1991)

3.2. Rol profesional y especificidad

El fundamento de toda profesión se origina por la presencia de un campo de problemas que demandan soluciones efectivas. El Trabajo Social como práctica especializada se funda en una profesión que intenta devenir disciplina científica. Para ello delimita un objeto de intervención a partir del cual se encuentra el “saber hacer” profesional. Este exige la delimitación del conjunto de prácticas y representaciones que dan cuenta del problema social y del tipo de interrelación existente entre los sujetos sociales y el objeto de intervención, en el cual se debe operar profesionalmente. (Cordero, Cabanillas, Lerchundi: 2003)

Lo específico del Trabajo Social radica en intervenir sobre los efectos de las contradicciones coyunturales y estructurales de la sociedad, que impactan en las condiciones de vida de los sectores más desfavorecidos o vulnerables, estableciendo un vínculo entre los recursos y satisfactores y las necesidades o carencias involucradas en cada intervención. Dicha intermediación consiste

tanto en la organización, administración y prestación de servicios, como en la prevención y la rehabilitación entendida como proceso y tratamiento de una situación problemática de índole social. Se aboga por superar el carácter inmediatesta de los paliativos materiales y se apunta con cada intervención a recrear los fundamentos de la promoción y dignidad humana y la justicia social.

El Trabajo Social se ubica dentro de la concepción de práctica social de intermediación entre las necesidades sociales y los recursos, y los eventos humanos problemáticos constituidos por las personas y su situación, o sea, una realidad objetiva y otra subjetiva, que tiene entre si una relación constante. No se deben separar los factores externos de la significación que estos adquieren para las personas adultas mayores y no se puede tratar a las personas de edad sin tener en cuenta las condiciones del medio en el que viven. (García Salord: 1991)

En el área de la tercera edad se hace imperioso evaluar los alcances habituales de las formas de intervención de la profesión, buscando una forma de abordaje tanto a nivel individual como en el grupal, comunitario, desde la historia y el marco relacional de cada viejo en particular, examinando las confluencias económicas, sociales, culturales e históricas del contexto del cual el adulto mayor y el profesional forman parte. Este abordaje profesional senecta se instrumenta a través de *"(...) una escucha y una mirada diferente, que pasa por el estudio de cada situación particular, con un análisis previo del contexto (...)"* (Carballeda: 1991)

3.3. Práctica profesional y vejez

77
o (El adulto mayor para llevar una vida satisfactoria depende, de los sistemas de su entorno social más inmediato. El Trabajo Social debe enfocar su atención en este contexto para detectar cuales son los elementos de la interacción entre los viejos y su entorno que provocan situaciones – problema objeto de la intervención profesional. Es un fenómeno en el que los sujetos sociales participan en relación con la problemática, que puede o no estar ubicada en el adulto mayor o en su entorno, sino que en la interacción de ambos. (García Salord: 1991)

La intervención profesional debe dar cuenta de un proceso de encuentro entre un trabajador social y persona de edad para establecer una relación de “ayuda” no solo asistencial sino también promocional y autogestionaria. (Payne. 1995)

Se pueden mencionar algunas funciones profesionales referidas por Payne, que pueden establecer los trabajadores sociales con la persona anciana, como lo son:

- *Facilitadoras*: implican la estimulación hacia una actitud positiva para encarar la solución requerida.
- *Mediadoras /Conflictivas*: cuando se necesita llegar a un acuerdo, especialmente entre posiciones controvertidas en las que está implicada una persona mayor.
- *Motivadoras*: esta relación que establecen los trabajadores sociales, tiene como fin movilizar las energías internas del viejo y el entorno

relacional circundante para conseguir un objetivo puntual y determinado. Incluye la validación y apoyo del anciano para que encauce sus fuerzas en consecuencias de lo que anhela.

- *Organizadoras*: contactando al adulto mayor con las organizaciones necesarias, las redes sociales de ayuda práctica

El desafío para nuestra profesión y para quienes quieran ocuparse de manera eficaz de los viejos, consiste en ampliar nuestros conocimientos sobre el envejecimiento normal, aprehendiendo al mismo como un proceso relacionado con cambios físicos, psicológicos, económicos y sociales entre los cuales se producen conexiones interactivas que se potencian, generando diferentes contextos ecológicos que estimulan al adulto mayor y que son pasibles de modificar con nuestra intervención. (Fernández Lopiz: 1996)

CAPITULO 4

OBJETIVOS E HIPOTESIS DE INVESTIGACION

General:

Explorar y describir la relación entre los eventos de vida críticos del curso vital y la red de apoyo social de los adultos mayores que han abusado en la ingesta del alcohol.

Específicos:

- Identificar los eventos de vida críticos percibidos como significativos relativos al abuso en la ingesta de alcohol, en el curso de vida de los adultos mayores.
- Explorar y describir el apoyo social de los adultos mayores frente a los eventos de vida críticos con anterioridad al abusado en la ingesta de alcohol.
- Establecer la relación entre los eventos de vida críticos y el nivel de apoyo social en adultos mayores que han abusado en la ingesta de alcohol.

Hipótesis

- Existe correlación entre los eventos de vida críticos percibidos como significativos y el nivel de apoyo social en adultos mayores que han abusado del alcohol.
- El escaso nivel de apoyo social en el curso vital del adulto mayor es antecedente asociado al abuso en la ingesta de alcohol.
- Los adultos mayores que han abusado de la ingesta de alcohol han contado con escaso apoyo social y experimentado eventos de vida críticos.

CAPITULO 5

ASPECTOS METODOLOGICOS

Diseño Metodológico

En función del objetivo planteado y las peculiaridades del hecho social a estudiar, esta investigación requiere un abordaje de perspectiva cualitativa y cuantitativa, mediante un diseño transversal con metodología exploratoria y descriptiva, a fin de explorar, describir y comprender la problemática de estudio de manera holística y con una visión dinámica de la realidad, desde el discurso de las personas en su escenario natural, reconociendo las diversas variables que afectan el objeto estudiado y desde un enfoque ideográfico e idiosincrásico. La perspectiva cualitativa “responde a cuestiones muy particulares. Se preocupa en las Ciencias Sociales, con un nivel de realidad que no puede ser cuantificado. O sea, trabaja con el universo de significados, motivos, aspiraciones, creencias, valores y actitudes, lo que corresponde a un espacio mas profundo de las relaciones, de los procesos y de los fenómenos que no puede ser reducidos a una operacionalización de variables” (De Souza Minayo, 2007). La investigación puramente inductiva empieza con conceptos generales y proposiciones amplias que orientan la focalización del objeto y del problema y van construyendo un movimiento en espiral, de la empiria a la teoría y de la teoría a la empiria, sus categorías y proposiciones teóricas. A

través del examen de los casos se va desarrollando una teoría comprensiva. Pone énfasis en el contexto de descubrimiento o de investigación generativa, se centra en la identificación de categorías y proposiciones a partir de una base de información empírica. (Sirvent,2003)

Un estudio de perspectiva cuantitativa es una indagación en una problemática social o humano basado en la puesta a prueba de una teoría compuesta por variables, susceptible de ser medible numéricamente y analizada mediante procedimientos estadísticos para determinar si las generalizaciones predictivas de la teoría se mantiene verdadera. (Creswell,1994)

En esta investigación, a partir de la combinación de estas metodologías cuali y cuantitativas de análisis de datos, con el objeto de añadir rigurosidad y profundidad interpretativa al estudio, se utilizarán instrumentos que permitan recabar datos de naturaleza cuali y cuantitativos a través de las técnicas como la historia vital en el marco de una entrevista en profundidad y la Escala de Evaluación del Apoyo Social (Conde & Franch, 1984),

Por otro lado, el diseño Correlacional de carácter descriptivo – exploratorio, transversal y retrospectivo con un estudio de casos se justifica dado que:

Es investigación exploratoria ya que se intenta dar una visión general y aproximada en torno al tema elegido y examinando las variables implicadas, en la construcción de las propias historias de vida de los participantes, lo cual, a la vez que enriquece, complejiza la naturaleza del fenómeno de estudio; y

considerando que se han realizado escasos estudios previos y resulta difícil formular hipótesis precisas y funcionales acerca del tema.

Es descriptiva en tanto que se orienta a determinar las características y el comportamiento de las variables de estudio y describir y comprender las posibles relaciones entre ellas. en el contexto en el que se desarrollan a partir de una perspectiva teórica.

Es retrospectiva porque se orienta a establecer inferencias en relación a fenómenos pasados, desde el presente, intentando establecer posibles antecedentes de la problemática del abuso en la ingesta de alcohol en adultos mayores

Participantes

Se extrajo una muestra intencional no probabilística de 6 adultos mayores de 60 años de edad de la ciudad de Mar del Plata, seleccionados intencionalmente del grupo de Alcohólicos Anónimos Mediodía. Se realizaron entrevistas individuales focalizadas a los adultos mayores, de ambos sexos, que han abusado del alcohol y se encuentran actualmente en tratamiento, autovalidos e independientes, sin patologías cognitivas, que conforman la totalidad de los adultos mayores del grupo Alcohólicos Anónimo Mediodía.

Técnicas de Recolección de Datos

Se aplicaron los siguientes instrumentos de investigación en el marco de una entrevista focalizada:

- Primeramente, se utilizó un cuestionario elaborado para indagar datos socioeducativos.
- Se realizó una historia vital para indagar la relación entre los Eventos de Vida Críticos del curso vital y la red de apoyo social de los adultos mayores que han abusado en la ingesta de alcohol. Para ello, se les pidió a cada uno de los entrevistados que reportaran las situaciones críticas o estresantes que han vivido o experimentado en alguna oportunidad, y si las mismas tuvieron relación con tomar alcohol en exceso. En relación con la ingesta de alcohol se les pidió que den cuenta del tiempo de abuso, si han tenido recaídas y si estas recaídas estuvieron relacionadas con el escaso apoyo social o ayuda recibida de parte de su familia. Respecto a la concurrencia al grupo Alcohólicos Anónimos Mediodía se les preguntó sobre el tiempo de tratamiento, frecuencia de concurrencia, interrupciones en el tratamiento y la importancia atribuida al grupo.
- Se administró la Escala de Evaluación del Apoyo Social del Departamento de Salud Mental de California (1981), adaptación española de Conde y Franch (1984), para valorar el nivel de apoyo social con el que contaban los participantes al momento de los eventos de vida crítico relativos al abuso en la ingesta de alcohol. Esta escala evalúa el apoyo social del sujeto según el nivel de relaciones afectivas y

sociales. Se trata de un cuestionario elaborado a partir de la escala original del Departamento de California (en Páez y cols, 1986, pág. 206). Este cuestionario mide el apoyo social efectivo u objetivo y proporciona información sobre frecuencia de contactos sociales, el grado de apoyo recibido, la participación en grupos y la disponibilidad de personas confidentes. Consta de seis ítems de cuatro opciones de respuesta en una escala ordinal, que proporciona información objetiva sobre la frecuencia y calidad de las relaciones interpersonales en diferentes contextos de la vida diaria. La puntuación obtenida se lleva a cabo mediante la suma de los puntos asignados a cada contestación. Se interpreta en función de una escala de puntuaciones, la cual oscila entre 6 y 40 puntos, y permite describir tres niveles de apoyo social:

Nivel 1: Alto. Igual o superior a 30 puntos y refiere a la pertenencia a ámbitos familiar, medio inmediato y socio-comunitario.

Nivel 2: Moderado. Entre 15 y 29 puntos referente a la pertenencia a ámbitos familiar y/o medio inmediato.

Nivel 3: bajo. Menos de 15 puntos. Denotando aislamiento social o escasa integración social.

Se agrego una pregunta para ampliar la Escala de Evaluación del Apoyo Social (Conde & Franch, 1984) a fin de obtener información sobre la percepción de falta de apoyo o comprensión de familiares, amigos y/o vecinos durante los momentos en que abusaba del alcohol.

Procedimiento

En un primer momento se tomo contacto con el grupo, se ha asistido a las reuniones, con el objetivo de informar el proyecto de investigación. Por otro lado, se ha concurrido en las reuniones abiertas orientadas a la comunidad y organizadas por el Grupo Alcohólicos Anónimos Mediodía, con el fin de interiorizarse acerca de la problemática y el funcionamiento del grupo. La recolección de datos mediante la administración de una historia vital y de los cuestionarios en el marco de una entrevista focalizada demostró ser apropiada, ya que tuvo la ventaja de obtener información estructurada de interés factible de un análisis cuantitativo cualitativo de datos, y mediante la toma presencial e individual se posibilitó recabar datos del propio participante, salvaguardando errores de interpretación y ajustando la técnica al nivel de comprensión de la persona, sin distorsionar el instrumento. En la investigación, se aplicaron los instrumentos a los adultos mayores en una entrevista individual, en un encuentro de 40 minutos. Todas las personas participaron de forma voluntaria y expresaron su consentimiento. Se entrevistaron 6 (seis) adultos mayores, de ambos sexos, que han abusado del alcohol y se encuentran actualmente en tratamiento, autovalidos e independientes, sin patologías cognitivas, que conforman la totalidad de los adultos mayores del grupo Alcohólicos Anónimo Mediodía.

Para el análisis de los datos recolectados se utilizó una metodología cuanti-cualitativa mediante el uso del paquete estadístico SPSS y la aplicación de técnicas de análisis de contenido, siguiendo las recomendaciones de siguiendo a Miles y Huberman (1994) y de Aron, A. y Aron, E. (2001).

CAPITULO 6

RESULTADOS

Características de la muestra

A continuación se describen algunas de las características de los sujetos seleccionados, cuyos datos aparecen en las tablas 1-6.

La media de edad es de 68,33 años con un desvío estándar de 6,21. La muestra quedo conformada por 4 mujeres (66,7%) y 2 hombres (33,3%), siendo todos jubilados, con estudios primarios (50%) y secundario completo (50%).

En cuanto a la ocupación actual, son amas de casa (33,3%), realizan cursos de computación (33,3), ayudan a familiares cuidando nietos (16,7) y realizan ayuda comunitaria (16,7).

Respecto a la composición familiar, los participantes tienen hijo y/o nietos (83,3%) y también esposo, hijos y nietos (16,7). En cuanto a la convivencia viven solo el 66,7%, en pareja 16,7%, en tanto que uno de ellos vive en un refugio (16,7%)

Tabla 1 "Sexo"

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	masculino	2	33,3
	femenino	4	66,7
	Total	6	100,0

Tabla 2 "Jubilación"

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	SI	6	100,0

Tabla 3 "Ocupación actual"

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	ama de casa	2	33,3
	ayuda comunitaria	1	16,7
	ayuda familiar	1	16,7
	realiza cursos	2	33,3
	Total	6	100,0

Tabla 4 "Nivel de instrucción"

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	primario	3	50,0
	secundario	3	50,0
	Total	6	100,0

Tabla 5 "Grupo de Convivencia"

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	solo/a	4	66,7
	espos/a o pareja	1	16,7
	refugio	1	16,7
	Total	6	100,0

Tabla 6 "Composición familiar"

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	hijo/a y/o nietos	5	83,3
	espos/a e hijo/s y/o nietos	1	16,7
	Total	6	100,0

Datos referentes al grupo Alcohólicos Anónimos Mediodía

El tiempo de tratamiento de los adultos mayores que concurren al grupo de Alcohólicos Anónimos no supera los 5 años (66,7%), le siguen en orden de frecuencia aquellos que no superan los 10 años (16,7%) y por ultimo los que realizan el tratamiento hace mas de 15 años (16,7).

Tabla 7 "Datos estadísticos descriptivos sobre el tiempo de tratamiento en el Grupo de AA"

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	0-5 años	4	66,7
	5-10 años	1	16,7
	15-20 años	1	16,7
	Total	6	100,0

Los adultos mayores manifiestan que asisten a las reuniones con una frecuencia semanal entre 1-2 veces (33,3%), otro porcentaje similar concurre entre 3-4 veces semanales (33,3%), en tanto que dos de ellos lo hacen cada 15 días (16,7%) y una vez al mes respectivamente.

Tabla 8 “Datos estadísticos relativos a la frecuencia en que concurren al grupo”

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	1-2 veces semanales	2	33,3
	3-4 veces semanales	2	33,3
	1 vez cada 15 días	1	16,7
	1 vez al mes	1	16,7
	Total	6	100,0

Como puede observarse en la tabla 9 la gran mayoría de los entrevistados no interrumpió el tratamiento (83,3%).

Tabla 9 “Datos estadísticos sobre las interrupciones en el tratamiento”

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	SI	1	16,7
	NO	5	83,3
	Total	6	100,0

Se puede observar que todos los adultos mayores entrevistados le atribuyen importancia a la concurrencia al grupo (100%)

Tabla 10 “Datos estadísticos sobre la importancia atribuida al tratamiento”

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	muy importante	6	100,0

Aproximadamente el 83,3 % de los familiares de los adultos mayores acompañan el tratamiento con su concurrencia al grupo AI – Anon

Tabla 11 “Datos estadísticos sobre la concurrencia de los familiares al grupo de ayuda a los familiares”

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	SI	5	83,3
	NO	1	16,7
	Total	6	100,0

Datos relativos al abuso de alcohol

Debido a las características de esta muestra (6 adultos mayores) es necesario precisar el tiempo de abuso considerando cada caso en particular. Por ello se observa en la tabla una amplia variabilidad entre los entrevistados.

Tabla 12 “Datos estadísticos sobre el tiempo de abuso en la ingesta de alcohol”

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	4 años	1	16,7
	10 años	1	16,7
	15 años	1	16,7
	18 años	1	16,7
	20 años	1	16,7
	38 años	1	16,7
	Total	6	100,0

La totalidad de los participantes (100%) no ha tenido recaídas desde su iniciación en el programa que propone el grupo Alcohólicos Anónimos.

Tabla 13 "Datos estadísticos sobre recaídas sufridas"

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	NO	6	100,0

A continuación se presentan los resultados de acuerdo a los objetivos planteados

Datos referentes a eventos de vida críticos

Con respecto a objetivo 1, las situaciones de crisis o estrés, tanto negativas o adversas, como positivas, que han tenido que enfrentar en su vida y/o que lo han afectado psicoemocionalmente se realizó primeramente un análisis de frecuencia y luego un análisis cualitativo.

La tabla 14 hace referencia a que los principales eventos mencionaron fueron: muertes el 33,3%, vínculos familiares conflictivos el 16,7%, abandono/soledad el 16,7, abuso/infancia infeliz 16,7% y fracasos/frustraciones en la vida el 16,7%.

Tabla 14 “Datos sobre los eventos de vida críticos”

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	muerte	2	33,3
	vinculo familiar conflictivo	1	16,7
	abandono/soledad	1	16,7
	abuso/infancia infeliz	1	16,7
	fracasos/frustraciones metas en la vida	1	16,7
	Total	6	100,0

En general los resultados demostraron que los principales eventos de vida críticos relativos al abuso en la ingesta de alcohol fueron: fallecimiento de un familiar; vínculos familiares conflictivos; abandono, soledad; abuso, infancia infeliz; fracasos o frustraciones en las metas de vida.

Según el análisis cualitativo de los datos estos eventos hacen referencia a las categorías elaboradas las cuales incluyen en algunos casos a varios sucesos críticos significativos en el curso vital, mencionados por la muestra. Así a efectos de simplificar la información, el análisis contempló las categorías mencionadas que se describen a continuación:

En relación al **fallecimiento de un familiar** algunos de los entrevistados manifestaron haber sufrido la pérdida de un hijo como momento crítico, sin que esto influyera en el abuso en la ingesta de alcohol. Por ejemplo **P** atribuye a este evento el dejar de ser una “bebedora social” para crear una dependencia, tal lo expresado por ella “(...) *la muerte del hijo de mi esposo fue muy dura y*

comencé a tomar mas alcohol...antes me consideraba una bebedora social, solo en reuniones, aunque siempre negué la enfermedad (...)

Con respecto a los **vínculos familiares conflictivos**, se hace referencia al distanciamiento del núcleo familiar, matrimonio conflictivo, separación de sus progenitores, entre otros. En cuanto a los mismos, por ejemplo, **J** comenta que cuando se retira de bombero voluntario y comienza a compartir más tiempo con su familia, la relación con estos se toma conflictiva, ya que las peleas, discusiones, amenazas, agresiones físicas eran frecuentes al interior de la pareja, recurriendo al alcohol para negar su realidad *"(...) tomaba en el bar y cuando llegaba a casa me acostaba para evitar los enfrentamientos (...)".* De manera que decide luego de una fuerte discusión marcharse de su hogar *"(...) ella llego a amenazarme con un cuchillo...en ese momento me di cuenta que me tenía que ir, sino alguno de los dos saldría muerto (...)"*

En relación al **abandono, soledad**, los adultos mayores hacen referencia a la independencia de sus hijos a temprana edad, ausencia de la pareja en momentos importantes y ausencia de los padres en la infancia.

Por ejemplo **B** manifiesta que el hecho de que sus hijos se casen jóvenes y abandonen el hogar la afecto e influyo en la ingesta abusiva de alcohol. Por otro lado destaca, que el abandono de su madre durante la niñez fue otra de las experiencias difíciles que le toco vivir.

Otro entrevistado, por ejemplo, **P** también sufrió la ausencia de su madre, ya que esta trabajaba y estuvo a cargo de una niñera.

En lo que respecta a la ausencia de la pareja en momentos importantes, **P** comenta que el fallecimiento de su esposo en un accidente, cuando su hijo era chico, fue una situación crítica para ella, ya que tuvo que salir a trabajar para poder mantenerlo.

Por su parte **S**, por ejemplo, refiere que su marido no la acompañó en momentos importantes de su vida, como por ejemplo cuando fallecieron sus padres “(...) *las actitudes de mi ex esposo me causaron mucho dolor, siempre me sentí relegada...me ocupaba de que el siempre estuviera impecable...no le importaba si yo parecía un piruja (...)*”

Cabe destacar que todos los adultos mayores entrevistados han sufrido en el momento que abusaron en la ingesta de alcohol el abandono por parte de sus parejas, ya sea por fallecimiento de los mismos, separaciones violentas o abandonadas para irse con una nueva compañía.

En cuanto al **abuso o infancia infeliz**, se hace referencia a los abusos sexuales, maltrato, violencia que han atravesado los adultos mayores en la etapa de vida de la niñez y/o adolescencia.

Por ejemplo **B** recuerda haber tenido una “(...) *infancia triste (...)*”, ya que era abusada por su abuelo paterno, dice “(...) *no tengo buenos recuerdos de mi infancia...dentro mío hay una niña maltratada (...)*”

Por su parte **P**, por ejemplo, comenta que cuando sus padres se separaron, su madre los abandona y se va a vivir a corrientes, ella y sus hermanos viajan con su padre a vivir a La Plata, junto a su abuela paterna, un

momento conflictivo, ya que “(...) *tuve que dejar de estudiar para mantener a mis hermanos, porque mi abuela así me lo dijo, era una déspota (...)*”

Por último, en cuanto a los **fracasos o frustraciones en las metas de vida**, se hace hincapié en los eventos críticos que se relacionan con la disrupción rotunda de aquellas cosas que les gustaba hacer, como trabajar, el voluntariado.

R, por ejemplo, manifiesta que a los 16 años comenzó a practicar ciclismo y dos años después clasifico para las olimpiadas en Tokio, a las que no pudo asistir por una lesión, unos meses antes. Lo sucedido incentivo el abuso en la ingesta de alcohol.

Otro evento de vida crítico según **R**, por ejemplo, fue cuando, estando embarcado, es advertido por el capitán del barco, que debe dejar de beber, pues caso contrario sería despedido. Al llegar al puerto se va directamente al “boliche” donde bebe durante 11 horas, entre 5 o 6 cajones de cerveza con vodka, lo que lo dejó en un coma alcohólico “(...) *caí como el mejor (...)*” y permaneció internado varios meses por desintoxicación. Este hecho le provoca frustración ya que embarcarse era el trabajo que le gustaba realizar. Del mismo modo, por ejemplo **J** hace referencia que el hecho de retirarse como bombero voluntario también le provocó frustración, ya que en su trabajo, sus compañeros le demostraban agradecimiento y afecto.

Significado de los eventos de vida críticos

Los vínculos familiares positivos y negativos han sido vivenciados como significativos para la mayoría de los participantes (66,7%), mientras que los

restantes consideraron que cuestiones relativas a la autoestima (soledad, abandono, frustraciones, entre otras) fueron importantes (33,3%)

Tabla 15 “El significado personal o valoración acerca del impacto que le atribuyen a los eventos de vida crítico”

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	vínculos familiares positivos y negativos	4	66,7
	autoestima	2	33,3
	Total	6	100,0

En la tabla 16 se observa que el 83,3 de los entrevistados identificaron estas situaciones críticas como el motivo en el abuso en la ingesta de alcohol. Y solo el 16,7% no lo identifica.

Tabla 16 “Datos estadísticos sobre la percepción de la relación entre los eventos de vida críticos y el abuso en la ingesta de alcohol”

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	SI hay relación	5	83,3
	NO hay relación	1	16,7
	Total	6	100,0

La siguiente tabla da cuenta que el 33,3 de los adultos mayores expreso que comenzó a tomar alcohol porque le gustaba y por lo que vivió en su vida.

El 16, 7% lo hizo porque quiso. Y el otro 16,7 % estuvo motivado por la insistencia de una amiga.

Tabla 17 "Motivo del abuso"

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	le gustaba	2	33,3
	porque quiso	1	16,7
	una amiga la insto	1	16,7
	por lo que vivió en su vida	2	33,3
	Total	6	100,0

Datos referentes al Apoyo social

Con el fin de cumplimentar el objetivo número 2, los datos obtenidos a partir de la administración de la Escala de Apoyo Social de Conde & Franch (1984) evidencian que la mayoría de los participantes, 5 sujetos de los 6 evaluados (**B, J, P, R, S**), obtuvo un nivel de apoyos social bajo (nivel 1), y uno de los sujetos **M** alcanzó un nivel moderado.

Recordamos que de acuerdo al instrumento utilizado, pueden describirse tres niveles de AS:

Nivel 1: Alto. Pertenencia a ámbitos familiar, medio inmediato y socio-comunitario.

Nivel 2: Moderado. Pertenencia a ámbitos familiar y/o medio inmediato.

Nivel 3: bajo. Aislamiento social o escasa integración social.

A continuación se describen los resultados obtenidos en cada una de las dimensiones evaluadas de apoyo social.

1. Relaciones sociales de apoyo y de confianza.

En la tabla 18 se puede ver que el 33,3 % de las personas adultas no compartían con nadie asuntos personales, y un porcentaje similar si lo hacían a cuatro o más personas de su entorno. Mientras que el 16,7% solía contar con una o dos personas, o dos o tres personas (16,7%)

Tabla 18 “Personas a las que les ha contado asuntos personales, peleas o dificultades que han tenido en su vida cotidiana”

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	ninguna	2	33,3
	una o dos	1	16,7
	dos o tres	1	16,7
	cuatro o mas	2	33,3
	Total	6	100,0

Por otro lado los adultos mayores manifestaron que no hablaban de sus problemas personales con nadie (33,3%), otros dos lo hacían con una o dos amigos o familiares y los dos restantes con dos o tres personas

Tabla 22 "Amigos o familiares ha conversado sobre sus problemas personales"

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	ninguna	2	33,3
	una o dos	2	33,3
	dos o tres	2	33,3
Total		6	100,0

2. Relación de pareja:

Al hacer referencia a una relación íntima y estable, la mitad respondió que estaba casado o vivía con alguien (50%). En tanto el 33,3 % contaba con un compañero estable y el 16,7 % restante no tenían una relación íntima.

Tabla 20 "Si ha tenido una relación íntima y estable"

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	ninguno	1	16,7
	un compañero estable	2	33,3
	casado o en pareja	3	50,0
Total		6	100,0

3. Relaciones sociales de amistad y apego

En lo que refiere a la relación con sus vecinos el 33,3% expresó que le hacía favores a dos o tres personas y a más de cuatro otro 33,3 %. Mientras

que un 16,7 % no realizo favores a ningún vecino, y en un porcentaje similar solo a un vecino (16,7 %)

Tabla 19 “Vecinos a los que les ha hecho favores”.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	ninguna	1	16,7
	una	1	16,7
	dos o tres	2	33,3
	cuatro o más	2	33,3
	Total	6	100,0

Se puede observar que la mayoría (66,4%) casi nunca recibía visitas en su casa de amigos a familiares. Y con una frecuencia de varias veces al mes el 16,7 % y los restantes una o más veces por semana.

Tabla 21 “Frecuencia de visitas por parte de amigos, familiares y allegados”

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	casi nunca	4	66,7
	varias veces al mes	1	16,7
	una o mas veces a la semana	1	16,7
	Total	6	100,0

4. Participación en grupos sociales.

La mayoría de los participantes manifestaron que concurrían a reuniones sociales, familiares, entre otros, una vez al mes (66,7%), solo un entrevistado refirió asistir raramente (16,7%) y otro varias veces a la semana (16,7%).

Tabla 23 “Participación en reuniones sociales, familiares, grupos talleres, salidas con amigos”

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	raramente	1	16,7
	una vez al mes	4	66,7
	una o mas veces a la semana	1	16,7
	Total	6	100,0

Con respecto al objetivo 3 y a fin de completar la información acerca del apoyo social percibido particularmente en relación al abuso de alcohol, la pregunta agregada, revelo que como se puede observa en la tabla 23, donde se evidencia que el 66,7% nunca percibió la falta de apoyo o comprensión de familiares, amigos o vecinos en los momentos en que abusaban del alcohol. Mientras que el 33,3% restante, ocasionalmente vivenciaron la falta de apoyo.

Por otro lado del análisis cualitativo del apoyo social, a partir de las entrevistas y de las historias vitales, se halló que los propios participantes contaban con suficiente Apoyo social por parte de familiares y amigos. Ejemplo

B manifiesta *“(...) mi familia siempre me acompaño, todos conocían de mi enfermedad y me animaban para que comience un tratamiento (...)”*.

Por su parte **J** refiere que estando en servicio (como bombero voluntario) reconoce el agradecimiento y afecto de vecinos y pares, señalando que probablemente les haya dedicado más tiempo al trabajo que a su familia *“(...) me perdía de cosas que sucedían en mi hogar (...)”* por momentos no ha contado con el apoyo de su familia. Solía comentar sus asuntos privados o las dificultades en la vida cotidiana a amistades del cuartel de bomberos, quienes en más de una oportunidad le ofrecieron residencia en el establecimiento. Las mismas conocían de su exceso en la bebida como modo de evitar las discusiones con los suyos.

Otro ejemplo lo encontramos en **P** cuando manifiesta que su actual esposo, estando separados, comenzó a asistir a Al- Anon y busco por distintos medios (como folletería) persuadirla para que concurriera al grupo de Alcohólicos Anónimos. Admite que *“(...) mientras consumía nunca percibí la falta de apoyo o comprensión de amigos o familiares (...)”*

En el caso de **R** *“(...) nunca percibí la falta de apoyo o comprensión de mi familia (...)”*, fue el apoyo y el incentivo de su segunda ex esposa y de una de sus hijas, lo que le permitió asumir su problema con la bebida y el impulso para acercarse al grupo de Alcohólicos Anónimos y recuperarse. Pues ellas son quienes se informan e interiorizan concurriendo al Al-Ano, brindando el sostén necesario

Por último **S**, refiere “(...) *que si bien siempre mi familia estuvo junto a mí, es mi hija mayor quien estuvo incondicionalmente, fue y es mi mano derecha...con ella pude y puedo contar, pero de mi hijo no espero nada, pues hizo la suya, incluso en la actualidad(...)*”. Sin embargo dice que es este el que la acompaña a su primera reunión al grupo.

En el caso de **M**, conto con el apoyo y ayuda de sus hijos, ex esposo y vecinos, “(...) *nunca me hicieron sentir mal por mi adicción, nadie me reprocho nunca nada, al contrario fui aconsejada y acompañada (...)*”. Concurría frecuentemente a reuniones familiares y sociales, iba a misa, profesando activamente la religión católica, fue catequista y realizaba tareas diversas en la iglesia, conserva amistades de su paso por la escuela y logro establecer un vinculo laboral positivo y personal con sus empleadores, en contacto con muchos de ellos.

Esto se puede observa en la tabla 23, donde se evidencia que el 66,7% nunca percibió la falta de apoyo o comprensión de familiares, amigos o vecinos en los momentos en que abusaban del alcohol. Mientras que el 33,3% restante, ocasionalmente vivenciaron la falta de apoyo.

Tabla 23 "Percepción de la falta de apoyo o comprensión de familiares o amigos, mientras abusaba del alcohol"

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	nunca	3	50,0
	a veces	2	33,3
	siempre	1	16,7
	Total	6	100,0

CAPITULO 7

DISCUSION DE LOS DATOS

Con respecto a la **hipótesis de trabajo número 1**, que refiere a la existencia de una relación entre los eventos de vida críticos percibidos como significativos y el nivel de apoyo social en adultos mayores que han abusado del alcohol. El análisis de los datos cualitativos o cuantitativos indicó que existe relación entre los eventos de vida críticos y el nivel de apoyo social.

No obstante, conviene presentar algunos comentarios y aclaraciones a fin de explicar los datos hallados. A partir del análisis cuantitativo se desprende que la muestra presenta un bajo nivel de apoyo social. Sin embargo se observa una discrepancia con los datos obtenidos desde el análisis cualitativo, según el propio discurso de los entrevistados, ya que los mismos manifestaron contar con apoyo social durante el abuso en la ingesta de alcohol.

Esta diferencia se explica dado que los entrevistados si bien contaban con 1 o 2 personas, eran relaciones de apego significativas porque contaban con ayuda, acompañamiento, comprensión. Esto alude a la importancia del vínculo, más que a la cantidad de personas que conforman esa red. Desde el discurso de los entrevistados, aludían a que contaban con el apoyo de la familia, la cual se ocupó e interesó en buscar orientación e información acerca de la problemática del alcoholismo, con el fin de ayudar y facilitar el inicio

voluntario del tratamiento, concurriendo al grupo de ayuda para familiares de alcohólico Al-Anon.

Para los adultos mayores lo más importante es el acto potencial de relación y ayuda ante una eventual situación de emergencia o crisis, la conciencia de que existe una persona relevante a quien acudir en caso de necesidad, la cual proporcionara el auxilio concreto requerido. Esto aporta una sensación de tranquilidad y seguridad, al saber que se cuenta “un bastión de reserva” ante el cual acudir, sea para buscar asistencia ante una enfermedad, recibir apoyo psíquico o moral, o entablar otro tipo de relación afectiva. (Camdessus: 1995). Esta persona es lo que se denomina “el otro interesado”, “responsable o cuidador principal”, a quien en caso de necesidad se puede acudir, pues responde incondicionalmente. (Moragas Moragas. 1991)

En cuanto a la **hipótesis número 2**, que refiere a que el escaso nivel de apoyo social en el curso vital del adulto mayor es antecedente asociado al abuso en la ingesta de alcohol. La información recabada nos permite inferir que el escaso apoyo social no pareciera ser, sino parecen ser los eventos de vida crítico, de acuerdo al discurso de los entrevistados, dado lo mencionado anteriormente acerca de que los mismos adultos mayores no percibieron escaso apoyo social. Por otro lado, respecto de los principales eventos de vida críticos, relativos al abuso en la ingesta de alcohol, experimentados en el curso vital por los participantes de esta investigación, fueron: fallecimiento de un familiar; vínculos familiares conflictivos; abandono, soledad; abuso, infancia infeliz; fracasos o frustraciones en las metas de vida. Observamos que se trata de acontecimientos vitales adversos y crónicos. Es decir, los eventos de vida

críticos parecen tener un rol crucial como preponderantes en la ingesta excesiva de alcohol, ya que son adversos, combinados y relativos a vínculos familiares. Esto es confirmado por casi todas las personas entrevistadas, cuando se les preguntaba si relacionaban los eventos de vida críticos como el motivo del abuso en la ingesta de alcohol, respondieron afirmativamente.

Hay determinados “influencias normativas y no normativas” según el paradigma del curso vital (Baltes, Linderberger y Staudinger, 2006), que alude a las situaciones del curso vital que van a influir en el desarrollo de la persona, entre los que se pueden mencionar:

- Muerte de un familiar cercano
- Divorcio
- Nido vacío

Tal como se observa en el análisis realizado, la muerte del cónyuge o de un hijo, como las separaciones, vínculos familiares conflictivos, frustraciones en las metas de vida, el abandono o soledad y la infancia infeliz, son transiciones de vida crítica. Situaciones que por su novedad o importancia exceden los recursos de la persona y las respuestas habituales son insuficientes, dando lugar a un estado de crisis o desestabilización, que representa una oportunidad de crecimiento, progreso y madurez o de deterioro y estancamiento. (Moos y Schaefer:1993)

Mientras el escaso apoyo social no se ha revelado en este grupo como factor facilitador del consumo excesivo de alcohol en el discurso de los entrevistados, no obstante conviene destacar que los análisis cuantitativos

revelan que es una muestra que presenta escaso apoyo social, por lo tanto podemos inferir, considerando los datos globalmente que el factor preponderante son los eventos de vida críticos, y el escaso apoyo social sería un factor concurrente para provocar este abuso excesivo de alcohol.

Por lo tanto confirmaríamos nuestra **3 hipótesis** que refiere a que los adultos mayores que han abusado de la ingesta de alcohol han contado con escaso apoyo social y experimentado eventos de vida críticos.

Dada la novedad, intensidad o impacto de los eventos críticos normativos y no normativos en conjunción, el escaso apoyo social influyó en la capacidad adaptativa de los entrevistados, de modo que las respuestas no fueron acorde a las crisis que provocaron estos eventos de vida críticos.

Es importante mencionar, que contar con una o dos familiares o amigos, no debe identificarse con la inexistencia de redes sociales proveedoras de apoyo social. Si bien esta reducción puede afectar la posibilidad de adaptación a las crisis o eventos de vida críticos, es el impacto que estos tienen los que subsitan el abuso en la ingesta de alcohol.

Los miembros de la red informal son seleccionados por el anciano entre su familia, amigos y vecinos. A estos sistemas informales son a los que recurre el anciano cuando necesita algún tipo de ayuda. Esto se puede observar en el acompañamiento, comprensión, apoyo que recibieron al momento de iniciar el tratamiento.

En general, es importante destacar que la persona, en tanto un ser bio-psico-social-espiritual, establece una interdependencia e interrelación con el contexto a medida que construye su curso de vida.

CAPITULO 8

CONCLUSION Y APOORTE DE LOS RESULTADOS

El aumento poblacional de los adultos mayores y la longevidad, requiere acciones desde el Trabajo Social de prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno para reforzar lazos de apoyo social con el fin de mejorar la calidad de vida, esto ha motivado esta investigación desde la perspectiva del Paradigma del Curso Vital.

El enfoque multidisciplinario del mismo entiende y considera al envejecimiento como un proceso que se desarrolla a lo largo de la vida y que sólo puede comprenderse al tener en cuenta como se ha vivido y como cada persona ha afrontado los acontecimientos y crisis en el transcurso de su existencia.

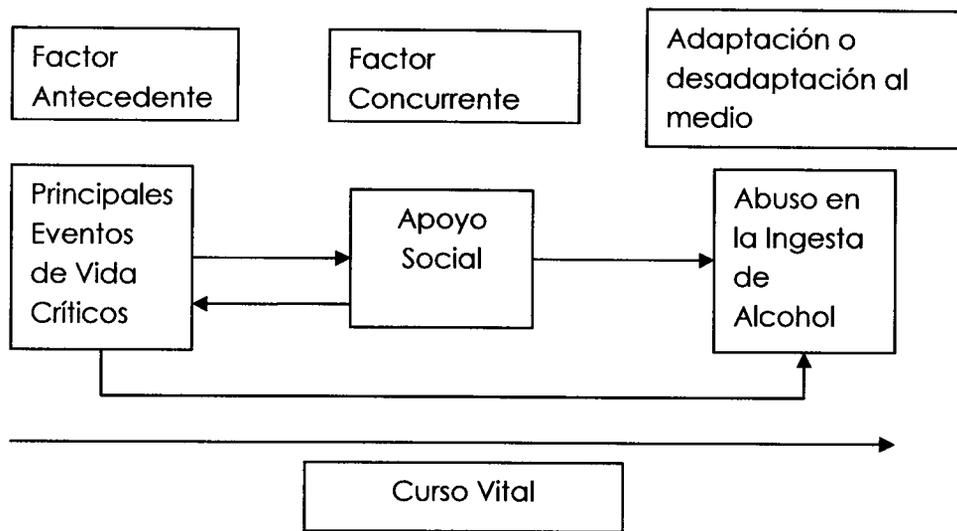
Por lo tanto el presente trabajo se ha orientado a la exploración y comprensión de la adaptación a los eventos de vida críticos del curso vital de los adultos mayores que han abusado en la ingesta de alcohol en relación a la red de apoyo social de la que han participado o formado parte.

Los principales eventos de vida críticos percibidos por las personas entrevistadas como significativos por el impacto ocasionado en sus vidas son

relativos en general a pérdidas de vínculos cercanos o conflictivos en los vínculos familiares; experiencias de abandono, soledad, abuso, y fracasos o frustraciones en las metas durante el curso vital.

Por otro lado, desde el paradigma del curso vital existe consenso en considerar que no son las transiciones de vida sino los efectos de éstas, los que exceden el funcionamiento adaptativo de las personas, de modo que los recursos y respuestas habituales son insuficientes. Justamente, uno de estos recursos sociales como el apoyo y acompañamiento de la familia y amigos parece haber jugado un papel más bien de amortiguador de las experiencias frustrantes y adversas vividas. Coincidentemente con ello en esta muestra hemos hallado la relevancia de dichos eventos de vida en tanto que propician y contribuyen al abuso en la ingesta de alcohol aún cuando los adultos mayores han contado con algún apoyo social.

Finalmente, considerando que los factores antecedentes al abuso en la ingesta de alcohol a lo largo del curso vital son los eventos de vida críticos, y el apoyo social el factor concurrente, proponemos generar espacios de reflexión, A.Am? donde se problematicen las acciones que realizaron frente a las crisis o transiciones de vida y elaborar otras estrategias para adaptarse a dichos eventos críticos, con el fin de elaborar pautas o medidas preventivas que sean de utilidad para evitar el alcoholismo u otros comportamientos desadaptativos. En el gráfico a continuación presentamos ilustrativamente estas ideas.



En cuanto al tratamiento del alcoholismo se aprecia que el programa y la modalidad de abordaje de Alcohólicos Anónimos mediante el apoyo mutuo de sus miembros, el compartir experiencias similares de sufrimiento y de recuperación de la enfermedad, posibilita que el alcohólico admita que solo “no puede” y “quiebre la negación”, tomando conciencia de que es un enfermo.

Se trata de un método que describe la base espiritual y las acciones necesarias para modificar hábitos que promueven el logro de cambios y metas propuestas. No obstante, existe escaso espacio para la reflexión de aquellos eventos de vida crítica esperados o no que han influido directa o indirectamente en virtud de su significación.

APORTES DE LOS RESULTADOS

Los resultados permitieron esclarecer el conocimiento científico de la problemática del alcoholismo y la vejez, reconociendo los factores antecedentes que han influido en ese comportamiento, en particular en cuanto a lo relativo a los eventos críticos del curso vital y al apoyo o aislamiento social en los adultos mayores.

Esto reviste de especial interés ya que puede aportar desde un enfoque preventivo, revertiéndolos factores de riesgo relacionados con la crisis y el escaso apoyo social tendiente a un envejecimiento competente.

Por otro lado, desde la intervención social los datos recabados pueden aportar al diseño de programas de intervención comunitaria para favorecer el envejecimiento activo y saludable mediante el fortalecimiento de las redes de apoyo social y la resolución de las crisis previas, como así también, capacitar a las personas que trabajan en el campo de la gerontología en cuanto a la prevención de conductas de riesgo y la promoción de un envejecimiento saludable.

Consideramos importante brindar la información obtenida en dicha investigación a nuestra unidad académica, ya que hasta el momento no se han realizado estudios referidos a la relación entre el alcoholismo y la crisis vital de la vejez.

Comu

Desde el Trabajo Social debemos contar con una formación acorde a la complejidad de una población anciana de gran variedad de condiciones socio-económica e integración social, por lo que se requiere adquirir el conocimiento y la capacitación para orientar y acompañar a los adultos mayores en la resolución de acontecimientos adversos.

Como

El respeto por la individualidad obliga a que reveamos críticamente creencias erróneas y revertamos prejuicios y desvalorizaciones en torno a la vejez. A la vez, al no contemplarse los temas vinculados con el envejecimiento y esta etapa del desarrollo, como una continuidad en el curso vital, el énfasis radica en la patología y en consecuencia, a menudo en Gerontología, no se actúa sobre los factores psicológicos y sociales que influyen en la misma, lo cual genera el descuido de aspectos básicos, a fin de evitar intervenciones iatrogénicas.

!!!

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Arias, C. (2004). Red de Apoyo Social y Bienestar Psicológico en Personas de Edad. Mar del Plata: Suárez.
- Baltes, P. B. & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. En P. B. Baltes & M. M. Baltes (Eds.), *Successful Aging: Perspectives from Behavioral Sciences* (pp. 1-34). Cambridge: Cambridge University Press.
- Baltes, P.B. (1983) Psicología evolutiva del Ciclo Vital; Algunas observaciones convergentes sobre historia y teoría. En A. Marchesi, M. Carretero, J. Palacios (Ed). *Psicología Evolutiva I. teorías y Métodos* (pp. 247-260). Madrid: Alianza.
- Baltes, P.B. Linderberger, U., & Staudinger, U.M. (1998). Life-span theory in developmental psychology. En W. Damon (Ed.), *Handbook of Developmental Psychology: Theoretical models of human development* (pp. 1029-1120). New York: Academic Press
- Bronfenbrenner, U. (1999). Environments in developmental perspective: theoretical and operational models. En S.L. Friedman (Ed.). *Measuring environment across the life span: emerging methods and concepts* (pp. 3-38). Washington, DC.: American Psychological Association.

Buendía, J. (1994). *Envejecimiento y Psicología de la Salud*. Editorial Siglo XXI de España Editores, S. A.

Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la Comisión Económica para América Latina [CELADE-CEPAL], (abril, 2010). El envejecimiento y las personas de edad. Indicadores socio-demográficos para América Latina y el Caribe. Publicación de las Naciones Unidas. Disponible en http://www.eclac.cl/celade/noticias/documentosdetrabaj/3/39343/Separat_aindicadores%5BAlta%5D.pdf

Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la Comisión Económica para América Latina [CELADE-CEPAL], (2006). Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez. LC/W N° 113. Santiago de Chile: Editor. Publicación de las Naciones Unidas. Diciembre, 2006. Disponible en http://www.cepal.org/publicacions/xml/0/28240/W113_1.pdf

Conde, V. y Franch, J. I (1984): Escalas de evaluación comportamental para cuantificación de la sintomatología psicopatológica en los trastornos angustioso y depresivos". Madrid: Upjohn.

Cornachione Larrinaga, M. A. (2006). *Psicología del Desarrollo: Vejez*. Córdoba, Argentina: Brujas.

Creswell, J. M (1994): *Reserch Desing. Qualitative & Quantitative Approaches*, Thousand Oaks.

De Souza Minayo, M. Cecilia (2007): "Investigación Social Teoría, Método y Creatividad". Segunda Reimpresión. Buenos Aires. Editorial Lugar. Pág. 18

Dulcey Ruiz, E.; Valdivieso, C. U. (2002) *Psicología del Ciclo Vital: Hacia una visión comprensiva de la vida humana*. Revista Latinoamericana en Psicología ,34 (1-2),17-27.

Erikson, E.H. (1985). *El ciclo de vida completado*. Buenos Aires: Paidós.

Fernández Ballesteros, R. (1999, junio). *Vejez con éxito o vejez competente. Un reto para todos*. Conferencia en el Simposio Internacional Envejecimiento Competente, Retiro y Seguridad Social. Sanfafé de Bogotá, Colombia

Fernández Ballesteros, R. y otros. (1992) "Evaluación e intervención psicológica en la Vejez". Ediciones Martínez Roca SA. Barcelona España. Capitulo IV: "El apoyo social en la vejez".

Fernández Ballesteros, R., Izal, M., Montorio, I., Díaz, P. & Gonzalez, J.L. (1992). *Evaluación e intervención psicológica en la vejez*. Madrid: Martínez Roca.

Gil Lacruz & Frej Gómez (1993). Intervención comunitaria: A propósito del . programa aragonés de rentas mínimas. En M. F. Martinez García (comp.), *PsicologíaComunitaria* (pp. 39-61). Sevilla: EUDEMA.

- Golpe, L, Arias C y otros (1999): "Edaismo y Apoyo Social. Una mirada Interdisciplinaria sobre el proceso de envejecimiento en un enclave gerontico argentino". Ediciones Suárez. Mar del Plata.
- Guzmán, J.M.; Huenchuán, S. y Montes de Oca, V. (2003) "Redes de apoyo social de las personas mayores: marco conceptual" en Notas de Población N° 77. CELADE. pp. 35-70.
- House, J. S., Landis, K. R., & Umberson, D. (1988, July 29). Social relationships and health. *Science*, 241, 540–545.
- Iacub, R.(2002): "La Post-gerontología: hacia un renovado estudio de la "gerontología", Revista Latinoamericana de Psicología -Vol. 34 N° 1-2 pág.133- 154.
- Krzemien, D. (2009). Gerontología: La ciencia del envejecimiento humano. Un ensayo sobre investigación, teoría y práctica. Revista Multidisciplinar de Gerontología. ISSN 1139-0921. Sociedad Catalanoblear de Geriatria y Gerontología. Vol. 19, N° 1, pp. 20-31. Barcelona: Nexos Médica Editores.
- Krzemien, D. Ficha de Cátedra: El paradigma del Curso Vital (Life-Span). Asignatura: Psicología General. Centro de Impresiones de la Facultad de Ciencias de la Salud y S. Social. UNMDP 2008.
- Krzemien, D. y Urquijo, S. (2009). Estilos y estrategias de afrontamiento a eventos de vida críticos y estilos de personalidad. En el Libro: M. C. Richaud & J. E. Moreno (Eds.). *Investigación en Ciencias del*

Comportamiento. Avances Iberoamericanos. ISBN 978-950-692-091-3. Ediciones CIIPME-CONICET y AACC. Buenos Aires. Tomo 1, Capítulo 4, pp. 101-136. Total de páginas del T. 1: 542. Edición en papel y publicado en agosto 2009 por CIIPME-CONICET, Bs As.

Krzemien, D; Lombardo, E. (2003). Espacios de participación social y salud en la vejez femenina. *Estudios Interdisciplinarios sobre el Envejecimiento.* ISSN 1517-2473. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Vol. 5, pp. 37-55.
<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/viewFile/4728/2652>

Lombardo, E. y Krzemien, D. (2008). La Psicología del Curso de Vida en el marco de la Psicología del Desarrollo. *Revista Argentina de Sociología*, 6(10), 111-120. <http://www.scielo.org.ar/pdf/ras/v6n10/v6n10a08.pdf>

Lomelí, D (2006) "El alcoholismo afecta a los adultos mayores. Los adultos mayores son el sector más olvidado y el que más padece el alcoholismo; en la edad adulta el alcohol es un escape para asumir la vejez". Disponible en <http://www.esmas.com/noticierostelevisa/investigaciones/569879.html>

Lowental y Haven, (1968). Interaction and adaptation: intimacy as a critical variable *American Sociological Review* 33,20-30 .

Meléndez Moral J.C. – Apoyo social, tercera edad y autopercepción, *Gerokomos – Volumen IX – n°2 – Mayo 1998.*

Monchietti, A. (2000), (comp.). *Cómo vemos a los viejos, como se ven ellos a sí mismos*. Departamento de publicaciones de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

Monchietti, A. y Krzemien, D. Ponencia: La participación social como potencial de salud en la vejez. IV Asamblea del Consorcio Interamericano de Universidades y Centros de Formación de Personal en Educación para la Salud y Promoción de la Salud (CIUEPS). Red para el Desarrollo de Adultos Mayores y Facultad de Salud Pública de la Universidad de Sao Paulo. Brasil. 7-8/11/02 (resumen).

Monchietti, A.; Krzemien, D. (2008). Vínculo, participación y salud mental en la vejez. El aporte teórico de René Kaës. *Revista Geriatria Clínica*. ISSN 1666-6682. Reg.P.I. nº 596307. Buenos Aires: Publicaciones Latinoamericanas. Vol. 1, Nº4, pp. 169-175.

Monchietti, A; Krzemien, D. (2002). Envejecimiento femenino: participación social significativa y salud. *Psiquiatría.com Revista Electrónica de Psiquiatría*. ISSN 1137-3148. Mallorca (I. Baleares): InterSalud. Vol. 6, Nº 1. <http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/revista/73>

Ricoeur, P. (1985). *Hermenéutica y Acción*. Buenos Aires: Docencia.

Schlossberg N. K. (1981). A Model for Analyzing Human Adaptation to Transition. Editor's Announcement: Majors contributions. *The Counseling Psychologist*, 9(2), 2-16.

Sirvent M. Teresa (2004): Investigación y Estadística Educacional I “El proceso de Investigación 2º Edición (revisada) 2004. Universidad de Buenos Aires. Pág. 19-24.

Travi, Bibiana “El Diagnóstico Social” Capitulo: “La Investigación Diagnostica en Trabajo Social: la construcción de problemas a partir de la demanda de Intervención Profesional”. Autores varios. Buenos aires. Editorial Espacio. Año 2002.

Wilhelm, F. (1992) “Alcoholismo: abuso y dependencia. Introducción para médicos, psicólogos y asistentes sociales”. Salvat editores SA. España

Zapata, H. (2001): “Adulto Mayor: Participación e identidad”. Revista de Psicología de la Universidad de Chile, 189-197.

Aron, A. y Aron, E. (2001). *Estadística para Psicología*. Buenos Aires: Pearson.

Miles, MB. y Huberman, AM. (1994). *Qualitative Data Analysis* (2º ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

ANEXO 1

MATERIAL COMPLEMENTARIO ACERCA DEL GRUPO AA

Los Doce Pasos de alcohólicos Anónimos.

Son los pasos que A.A sigue y que sugiere como programa de recuperación.

1-Admitimos que éramos imponentes ante el alcohol, que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables.

2- Llegamos a creer que un Poder Superior a nosotros mismos podría devolvemos el sano juicio.

3-Decidimos poner nuestras voluntades y nuestras vidas al cuidado de Dios, como nosotros lo concebimos.

4-Sin miedo hicimos un minucioso inventario mortal de nosotros mismos.

5-Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos, y ante otro ser humano, la naturaleza exacta de nuestros defectos.

6- Estuvimos enteramente dispuestos a dejar que Dios nos liberase de todos estos defectos de carácter.

7-Humildemente le pedimos que nos liberase de nuestros defectos.

8-Hicimos una lista de todas aquellas personas a quienes habíamos ofendido y estuvimos dispuestos a reparar el daño que les causamos.

9-Reparamos directamente a cuantos nos fue posible el daño causado, excepto cuando el hacerlo implicaba perjuicio para ellos o para otros.

10-Continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando nos equivocábamos lo admitíamos inmediatamente.

11-Buscamos a través de la oración y la meditación mejorar nuestro contacto conciente con Dios, como nosotros lo concebimos, pidiéndole solamente que nos dejase conocer su voluntad para con nosotros y nos diese la fortaleza para cumplirla.

12-Habiendo obtenido un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar este mensaje a los alcohólicos y de practicar estos principios en todos nuestros asuntos.

Las Doce Tradiciones de Alcohólicos Anónimos.

Son las pautas sugeridas por A.A para las relaciones intragrupo y con la comunidad.

1-Nuestro bienestar común debe tener la preferencia; la recuperación personal depende de la unidad de A.A.

2-Para el propósito de nuestro grupo sólo existe una autoridad fundamental: un Dios amoroso tal como se exprese en la conciencia de nuestro grupo. Nuestros líderes no son más que servidores de confianza. No gobiernan.

3-El único requisito para ser miembro de A.A es querer dejar de beber.

4-Cada grupo debe ser autónomo, excepto en asuntos que afecten a otros grupos o a A.A, considerado como un todo.

5-Cada grupo tiene un solo objetivo primordial: llevar el mensaje al alcohólico que aún está sufriendo.

6-Un grupo de A.A nunca debe respaldar, financiar, prestar su nombre el nombre de A.A a ninguna entidad allegada o empresa ajena, para evitar que los problemas de dinero, propiedad y prestigio nos desvíen de nuestro objetivo primordial.

7-Todo grupo de A.A debe mantenerse completamente a si mismo, negándose a recibir contribuciones de afuera.

8-A.A nunca tendrá carácter profesional, pero nuestros centros de servicio pueden emplear trabajadores especiales.

9-A.A como tal nunca debe ser organizada; pero podemos crear juntas o comités de servicio que sean directamente responsables ante aquellos a quienes sirven.

10-A.A no tiene opinión acerca de asuntos ajenos a sus actividades; por consiguiente su nombre nunca debe mezclarse en polémicas públicas.

11-Nuestra política de relaciones públicas se basa más bien en la atracción que en la promoción; necesitamos mantener siempre nuestro anonimato personal ante la prensa, la radio y el cine.

12-El anonimato es la base espiritual de todas nuestras Tradiciones, recordándonos siempre anteponer los principios a las personalidades.

ANEXO 2

INSTRUMENTO



UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA
.....

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL

Licenciatura en Servicio Social

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

“Alcoholismo en la Vejez: Relación con los eventos críticos y la red de apoyo social en el curso vital”

Tesistas:

Albaitero, Guillermina

Berardo, Mariana Alejandra

Prati, Sofia.

Directora: Dra. Esp. Deisy Krzemien

Co-directora: Lic. María Cristina Álvarez

HISTORIA VITAL

1. Datos Personales

Nombre:

Edad

Sexo: M – F

Nivel instrucción:

.....

Ocupación/actividad actual:

.....

.....

Composición familiar:

.....

.....

.....

Grupo de convivencia:

.....

.....

.....

2. Datos referentes al grupo Alcohólicos Anónimos Mediodía

- Hace cuanto que realiza el tratamiento

.....

.....

.....

- Frecuencia de concurrencia al grupo:

1-2 veces por semana

3-4 veces por semana

1 vez cada quince días

1 vez al mes

3. Datos relativos al abuso de alcohol

- ¿Cuánto tiempo hace que ha abusado del alcohol?

.....
.....
.....
.....
.....

- ¿ha tenido recaídas? SI - NO

.....
.....
.....
.....
.....

- ¿Cree UD que las recaídas tuvieron que ver con situaciones críticas en su vida?

.....
.....
.....
.....
.....

- Las recaídas estuvieron relacionadas con escaso apoyo o ayuda recibida de parte de su familia? Si - NO

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

- Cree que estas situaciones críticas tuvieron relación con tomar alcohol en exceso?

Si ¿Por qué?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

No ¿Cuál considera usted fue el motivo que lo llevo a abusar del alcohol?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Escala para la evaluación del Apoyo Social

Conde & Franch, 1984

Consigna:

Las siguientes preguntas se refieren al tiempo cuando usted recurría o abusaba del alcohol. Por favor, piense y recuerde esos momentos en su vida y responda con la máxima sinceridad posible:

1. ¿A cuántas personas les ha contado asuntos personales, peleas, problemas, o dificultades que ha tenido en su vida cotidiana?
A. Ninguna B. una o dos. C. dos o tres D. cuatro o mas

2. ¿A cuantos vecinos les ha hecho favores como prestarle alimentos, herramientas o utensilios de casa, llevarlos en coche, cuidarles los bebes, etc?
A. ninguno B. uno C. dos o tres. D. cuatro o más

3. ¿Ha tenido una relación íntima y estable?
A. ninguno B. varios compañeros distintos. C. un compañero permanente
D. casado o vive con alguien

4. ¿Con que frecuencia los amigos o miembros de la familia allegados lo visitaban en su casa?
A. raramente B. una vez al mes. C. varias veces al mes.
D. una vez a la semana o más

5. ¿Con cuantos amigos o miembros de la familia hablaba usted sobre sus problemas personales?
A. ninguno B. uno o dosC. tres a cinco. D. seis o más.

6. ¿Con que frecuencia participaba en reuniones familiares o sociales, grupos, talleres, salidas de amigos, etc.?
A. raramente B. una vez al mes. C. varias veces al mes
D. una vez a la semana o más

7. Durante los momentos en que abusaba del alcohol ¿ha percibido la falta de apoyo o comprensión de familiares, amigos, vecinos?
A. nunca B. A veces C Siempre