

Intervención psicológica en el anciano alcohólico, familia y sociedad

Psychological intervention in the alcoholic aged, family, and society

Armando García Martínez, Omelio Fontaine Machado,
Edelsys Hernández Meléndrez e Ileana Castañeda Abascal¹

RESUMEN

El presente trabajo aborda la problemática del anciano alcohólico en la sociedad actual con el objetivo de demostrar la necesidad de considerarla como un problema de salud, así como resaltar la importancia de intervenir en dicha adicción como una forma de prevenirla en las generaciones consecuentes, ya que el anciano es considerado como una figura modelo en las familias.

Palabras clave: Alcoholismo; Ancianos; Intervención psicológica.

ABSTRACT

This work studies the social problems of an alcoholic old man in the contemporary society. This article poses the need of consider these problems as a health problem, as well as to underline the importance of intervention in the addiction as a form to prevent the next generations, since the aged people are considered family models.

Key words: Alcoholism; Aged people; Psychological intervention.

INTRODUCCIÓN

En las épocas primitivas, los ancianos gozaban de gran prestigio; eran portavoces de las costumbres y de la historia que identificaban a cada tribu, y por su experiencia su consejo era esencial en asuntos importantes para la supervivencia, como guerras, cosechas o pronósticos del clima, entre otros. Ocupaban un lugar destacado y desempeñaban un rol preponderante al encargarse de transmitir las costumbres de generación en generación, por lo que son considerados los primeros historiadores (Gracia, 1995).

En la cultura hebrea y en la primera etapa de la civilización griega, el anciano recibe un trato respetuoso, según aparece reflejado en la Biblia y en las obras de Homero, *La Iliada* y *La Odisea*; sin embargo, ese trato fue cambiando en consonancia con el desarrollo social; la transmisión oral fue sustituida por la invención de la escritura, y las demás funciones de los ancianos fueron suplantadas de manera paulatina por calendarios, relojes y otros medios más seguros de hacer cálculos y pronósticos. Más tarde, la aparición de la propiedad privada y la división en clases acentuaron la necesidad de producir para comer, y la vejez terminó convertida en una etapa equiparable a la inutilidad social.

¹ Escuela Nacional de Salud Pública, Calle Línea esq. I, El Vedado, 10400 La Habana, Cuba, tel. (53)78-82-03-70, correos electrónicos: miguelenriquezmartinez@yahoo.es, fontainemachado@yahoo.es, edelsysh@yahoo.es e ileana.castaneda@gmail.com. Artículo recibido el 13 de marzo y aceptado el 23 de agosto de 2008.

En la segunda etapa del desarrollo social griego, la posición frente al anciano cambió, Aristóteles, en su obra *Ética a Nicómaco*, describe a los ancianos como “un producto viciado por los años, no se atreven a asegurar nada y en todo quedan mucho más cortos de lo que se debe. Opinan, pero no están ciertos [...] cuando discuten siempre añaden el quizás y el acaso [...] todo lo dicen así y nada con seguridad [...] También suspicaces por su falta de confianza, son mezquinos por haber sido humillados por la vida [...] no codician nada grande ni excesivo, solo lo adecuado para vivir [...] y no son generosos, son cobardes y egoístas, viven mirando la utilidad y no en el bien en grado mayor al debido y viven más con la memoria que con la experiencia”.

La vejez comenzó a ser considerada una etapa degradante, para la cual el recurso recomendado, según los estoicos, era la “resignación ante los achaques, sobrellevarles y sacarles el mejor partido”, como dictaba Cicerón en su tratado *De senectute* (Gracia, 1995).

En América, la alta estima y consideración al anciano entre los incas, mayas, toltecas y otras culturas fue evidente, pero la Conquista impuso nuevos estilos de vida traídos del viejo continente y los colonizadores sólo se interesaron en la mano de obra, por lo que los ancianos pasaron a convertirse en una carga para gobernantes y familiares.

Con el surgimiento posterior del capitalismo en Europa, los viejos comenzaron a ser evaluados y divididos, respetados y cuidados según sus posesiones y poder económico. Los que tenían recursos permanecían en sus casas, asistidos por familiares o sirvientes, bajo la supervisión de la creciente clase médica, en tanto que los pobres eran atendidos de manera muy precaria por su familia o vivían condenados a la mendicidad hasta la muerte, modelo éste que se impuso en las colonias americanas.

Dentro del utilitarismo que el capitalismo impuso a la sociedad en general y a la familia en particular, la vejez fue execrada y los viejos lanzados al grupo de “los improductivos”, marcados por la incapacidad, el desgaste físico, la fatiga y las enfermedades limitantes o discapacitantes para el trabajo. Sin embargo, en las colonias americanas a los ancianos se les continuó protegiendo de alguna manera dentro de la familia debido a impe-

rativos morales, aunque se les fue privando del derecho de voz dentro del grupo parental, donde la incapacidad física se convirtió en sinónimo de invalidación y la falta de contribución a la economía familiar en dependencia; se les convirtió en “carentes de autoridad” e incapaces para el disfrute. Desde entonces, al viejo se le intenta sustituir, desplazar o excluir en el afán de cuidarlo, ayudarlo y protegerlo.

Aunque el avance científico-técnico aplicado de la medicina ha permitido un alargamiento de la vida sin incapacidad, los condicionamientos sociales con que se analiza, se ve y se trata a la llamada “tercera edad” siguen siendo los mismos que siglos atrás; a pesar de que hay ancianos cada vez más capaces, independientes y productivos, han quedado rezagados, no son reconocidos en su plenitud y se les trata según los antiguos esquemas paternalistas, utilitaristas, exclusivistas y sustitutivos dentro del marco familiar y de la sociedad en general.

Esta constelación de pérdidas y frustraciones constituye el terreno meiópráxico que convierte a los ancianos en personas de riesgo de consumo de sustancias, en las que buscan alivio y olvido o para enfrentar una vida que cada vez es menor en calidad y cantidad.

En la ancianidad, el alcoholismo trasciende a la drogodependencia para ocupar un espacio nosológico propio, como grupo de riesgo, ante el cambio del patrón de ingesta y formas de neoconsumo con características propias, cuya onda expansiva reverbera continuamente en el sistema político, judicial, familiar y social, de tal modo que el alcohol es responsable directo o indirecto del maltrato y la violencia que ocurren en el hogar y fuera de él, provoca y convive con otras enfermedades que aceleran el curso fatal, y es causa de serias complicaciones y rechazo en quienes necesitan de la sociedad más que nunca.

El alcoholismo en el anciano es un grave problema de salud, muchas veces ignorado por las particularidades con que aparece, las cuales encubren el cuadro clínico, de manera que los síntomas y la abstinencia que caracterizan la enfermedad (temblor de manos, problemas de sueño, pérdida de memoria, entre otras) se atribuyen erróneamente al envejecimiento y no al fenómeno adictivo.

Por lo anterior, este estudio pretendió analizar los problemas éticos implicados en la ancianidad y el alcoholismo, demostrar la necesidad de considerar la adicción en el anciano como un problema de salud, y demostrar la importancia de intervenir en las adicciones en esta etapa como una manera de prevenirlas en las generaciones subsecuentes, toda vez que el anciano sigue siendo, pese a todo, una figura modélica en la familia.

La ancianidad y el alcoholismo en la actualidad: un problema de salud y un problema social

En los países desarrollados, los mayores de 65 años representan actualmente el trece por ciento, y se estima que serán aproximadamente un cuarto del total de población para el año 2035. En los subdesarrollados, sólo alcanzan el cinco por ciento, pero con igual tendencia a aumentar. De forma contradictoria, existen pocas publicaciones sobre el alcoholismo en la tercera edad, y éstas se refieren a casos aislados, con escaso análisis social, y estadísticas que se refieren al total de población, sin que los ancianos sean específicamente objeto de estudio. La falsa creencia de que el consumo de alcohol es un problema preocupante en la juventud y no en los ancianos, podría estar provocando una "epidemia silenciosa" entre este segmento de la población. Se considera en la actualidad que entre dos y tres por ciento de los alcohólicos tiene más de 65 años, en algunos casos como resultado de una larga historia de abuso, pero en la mayoría adopta la forma de escape a una realidad difícil de asumir (U. S. Department of State, Bureau for International Narcotics and Law Enforcement Affairs, 1997).

Un trabajo publicado en el *British Medical Journal* trata de destapar este problema y asegura que el alcohol consumido en la tercera edad está claramente relacionado con trastornos físicos evidentes, y que la agravación del problema será inevitable si no se toman medidas urgentes a tiempo (Departament de Sanitat i Seguretat Social, 2003).

El diagnóstico de las adicciones en el anciano

Esta adicción en la tercera edad no suele diagnosticarse con facilidad, lo que se debe a varios elementos:

Pacientes. Patrones no habituales, menos llamativos y diferentes al resto de la población; beben en cantidades menores, son más reservados cuando comentan sus excesos con esta droga, y por su estilo de vida no tienen apenas complicaciones legales, sociales y laborales. Reconocer su adicción, además de la implicación moral, impone la obligada renuncia al tóxico, hecho que el paciente tratará de evitar a toda costa.

Médicos. El imperativo moral de lo que representa un anciano desde el punto de vista social y afectivo para el personal de salud, así como la devaluación que implica conceptualmente un alcohólico, hacen que los ancianos resulten menos sospechosos en cuanto al diagnóstico de la enfermedad.

Factores sociales. Hay una elevada condescendencia que, según viejos esquemas paternalistas, amortiguan el impacto de las complicaciones sociales, las que unidas a la escasa constancia verbal o escrita de los malos usos del alcohol entre los ancianos, limitan el etiquetado social del alcohólico.

Factores culturales. La imagen del alcohólico terminal clásico empaña la visión de las otras formas de la enfermedad, la cual no guarda relación con el concepto de inocencia que se tiene acerca del anciano a lo largo del desarrollo histórico-social y cultural.

Sustancia. El alcohol es una droga legal, socialmente aceptada y muy tolerada, vinculada frecuentemente con la política dada la existencia de determinadas estructuras sociales poderosas cuyo estatus depende de la denominada cultura del alcohol.

Factores económicos. Del comercio del alcohol depende el patrimonio de muchas zonas y regiones y el Estado recauda una gran cantidad de impuestos de su venta. En consecuencia, es manifiesto su carácter lucrativo, por lo que cualquier medida restrictiva requiere de un soporte considerable para su implantación.

Factores idiosincrásicos. El alcohol forma parte de muchas tradiciones; es muy difícil hacer incompatible con la salud una sustancia con la que la alimentación, el placer y las costumbres no se combinen.

Instrumentos diagnósticos. La mayoría de ellos se han diseñado para otros grupos de edad y no tienen en cuenta las particularidades con que apa-

rece la enfermedad en la tercera edad, por lo que pierden efectividad y especificidad en los ancianos.

Como se ha dicho antes, la aparición de la enfermedad en el anciano responde a un origen multifactorial, al igual que en otras edades; sin embargo, lleva implícitas las características que impone la ancianidad y está asociada a factores de riesgo específicos de tipo personal, familiar y social. Dentro de los personales, se pueden citar las consecuencias que impone el arribo a esta edad en aquellos que no tuvieron la oportunidad de prepararse; los que por su condición física e intelectual aún se sienten capaces y no asumen la edad como limitante, y los que tienen dificultades para manejar determinadas situaciones. Dentro de estas últimas, pueden citarse la pérdida de estatus; incertidumbre sobre su valía personal; inseguridad frente a las demandas y necesidades de su nueva vida; aprehensión respecto a su salud; deterioro físico y psicológico; presencia de enfermedades limitantes, discapacitantes e invalidantes, así como su control farmacológico e higiene-dietética; dificultades sexuales; jubilación obligatoria o voluntaria y dificultad de adaptación a la vida no laboral; dificultades para su gratificación; disminución en la participación social; dificultades de adaptación al traslado a nuevos hogares, estilos de convivencia y grupos; pérdida del cónyuge; soledad y abandono familiar, y actitud ante la muerte.

A estas causas personales se suman las familiares y sociales, las cuales son el resultado de la rapidez con que ha ocurrido el envejecimiento poblacional, lo que no ha permitido a la sociedad y a la familia adaptarse a este nuevo anciano capaz y eficaz o de asimilarlo cuando tiene limitaciones.

Tal desequilibrio entre el concepto histórico que se tiene del anciano y sus actuales características físicas, psicológicas, materiales, afectivas, espirituales y sociales establece una limitación importante en su calidad de vida, salud e índice de supervivencia y constituye un problema ético al cual la humanidad no ha podido dar una solución satisfactoria.

Dentro de las causas familiares, se pueden encontrar las siguientes: escasez de recursos psicológicos para asumir la ancianidad y su cuidado, problemas de convivencia, actitudes paternalistas substitutivas o sobreprotectoras, actitudes excluyentes, dificultades en la comunicación, convivencia

intergeneracional, desplazamiento de roles y dificultades económicas, entre otras. Dentro de las sociales, la incapacidad de mantener al anciano laborando e imponer la jubilación, deficiencias de los programas de apoyo social al anciano en general y al minusválido en especial, sistemas sociales que no permiten asegurar su independencia económica y les obliga a depender de sus familias, costos de salud elevados, ausencia de posibilidades y medios de distracción, barreras físicas, escaso desarrollo urbanístico que obliga a la convivencia de varias generaciones, concepciones machistas que imponen el cuidado del anciano sólo al sexo femenino, ausencia de programas de rescate social o reinserción, y ausencia de una cultura de la tercera edad.

En las personas mayores de 65 años, el alcoholismo puede adoptar diferentes formas:

- El bebedor común, que tiene una historia de consumo habitual de años y conserva un patrón de consumo aceptable por la sociedad, pasa inadvertido y sufre generalmente de complicaciones físicas secundarias al consumo.
- El bebedor social, que por determinadas causas relacionadas con las carencias o crisis de la tercera edad aumenta su consumo de forma incontrolada, ve aparecer las complicaciones sociales, familiares u orgánicas de forma aguda.
- La forma terminal de la alcoholización, que se caracteriza por la dependencia física a la que llegan luego de una larga "carrera" de diez, quince o veinte años de beber en forma constante, se acompaña de algunos cuidados y alimentación regular que hace posible su supervivencia; los ancianos suelen sufrir un considerable deterioro y muestran signos característicos, como la pérdida de memoria, demencia y otras manifestaciones orgánicas, pero con pocas alteraciones sociales dado los esfuerzos de su familia, o porque viven solos consumiendo a puertas cerradas.
- Los alcohólicos habituales desde mucho antes de la tercera edad, generalmente tienen una mala situación socioeconómica, viven solos y han sido rechazados por la familia y la sociedad; llegan a límites extremos de mendicidad y a padecer complicaciones orgáni-

cas; paralelamente a su degradación moral, familiar, social y económica, degradan asimismo la calidad de la bebida, la que va siendo cada vez más tóxica.

- Es poco frecuente el caso del alcohólico controlado que, después de varios años de abstinencia, ve surgir complicaciones orgánicas o recae reapareciendo todos los síntomas, lo que se relaciona con episodios familiares o de cualquier otro tipo con fuerte repercusión afectiva.
- También en muy pocos casos se halla al adulto mayor, abstinencia durante toda su vida, que por situaciones difíciles de enfrentar o por no estar preparado recurre al alcohol e inicia el consumo a estas edades.

El consumo de alcohol por los adultos mayores se relaciona con problemas físicos, psicológicos y cognitivos y se traduce en una mayor tendencia a enfermar. Desde el punto de vista nutricional, la disminución de valores de ácido fólico, hierro y niacina favorecen la aparición de anemias, lesiones cutáneas, diarrea y depresión. Las alteraciones gastrointestinales afectan el esófago (inflamación y cáncer), estómago (inflamación, gastritis, úlceras y cáncer), hígado (esteatosis, hepatitis, cirrosis y cáncer) y páncreas (pancreatitis, bajos valores de azúcar en sangre y cáncer) e intestino (colitis, sangramientos digestivos, hemorroides y cáncer de colon). En cuanto a las complicaciones cardiovasculares, las principales son arritmia, insuficiencia cardíaca, hipertensión arterial y aterosclerosis en general. Neurológicamente, las consecuencias, leves o graves, pueden ser confusión, coordinación reducida, limitación de la memoria a corto plazo, deterioro de los nervios que controlan los movimientos de brazos y piernas, psicosis, demencia alcohólica y accidentes cerebro-vasculares, entre otros. El índice de accidentes en el hogar y fuera de éste aumenta de forma considerable, lo que provoca complicaciones a corto y largo plazo, con la consecuente pérdida de independencia y necesidad de cuidado y asistencia.

La urgencia de la atención al anciano consumidor de alcohol se debe a la aparición secundaria de trastornos fisiológicos y psicológicos con mayor rapidez y gravedad que en las personas más jóvenes, a lo que se suma el consumo de medica-

mentos para el control de enfermedades crónicas propias de la edad, los que interactúan con el alcohol y pueden provocar serios daños a la salud. Tales factores determinan el acortamiento del índice de supervivencia o de la esperanza de vida libre de incapacidad, indicador que utiliza la Organización Mundial de la Salud (OMS) como elemento estadístico para medir el nivel de éxito de su programa Salud para todos.

La atención a esta gama de complicaciones significa un aumento considerable de los gastos en salud, lo que puede ser tolerado en los países desarrollados, pero insostenible en las precarias economías de los países subdesarrollados. El aumento de la necesidad de atención obliga a los estados a tomar decisiones definitivas que representan de suyo un conflicto ético: derivar sumas importantes que pueden ser utilizadas en otras acciones de salud de mayor impacto social, o condenar al anciano a la falta de asistencia oportuna y eficaz.

Los gastos de salud en Estados Unidos se han incrementado a partir de 1990; la población mayor de 65 años, de 11% entonces, consumió 29% del total del presupuesto sanitario, y se calcula que para el año 2040 dicha población representará 21% del total de población norteamericana y que consumirá 45% de todos los recursos de salud (Franca-Tarragó 2000).

En un estudio realizado en Puerto Rico se determinó que 59% de los hombres y 36% de las mujeres habían consumido alcohol en el último año, cifras que para el sexo masculino se mantenían bastante estables en los diferentes grupos de edades, y que 5% del total de población era adicto al alcohol (Gobierno de Puerto Rico, 2002).

En Argentina, el número de personas que abusaban del alcohol en los últimos diez años aumentó a 19% y ya sumaban 2.5 millones, de los cuales 175 mil eran tomadores compulsivos y 125 mil alcohólicos dependientes; a la par, disminuyó la edad de comienzo, a lo que se suman las mujeres. La graduación alcohólica de los argentinos se ha elevado peligrosamente, e igualmente se detectó más consumo de alcohol en los mayores de 65 años, efecto conocido como "bebida silenciosa" por desarrollarse en forma tardía, aislada, como expresión de frustración ante el abandono social. El alcoholismo ocupa el tercer puesto entre las endemias más graves que afectan al país, sólo superado por

el mal de Chagas y la desnutrición infantil (Andallo, 2003).

La incidencia de trastornos relacionados con el alcohol en América supera consistentemente al promedio de otros continentes debido a que el consumo es 50% mayor. Este dato, confirmado por la Organización Panamericana de la Salud, ha sido puesto de relieve en un estudio en el que se indica que 82.1% de los trastornos y morbilidad ocasionados por el consumo de alcohol ocurre en edades tempranas, por debajo de los 45 años de edad, y constituye la causa primordial de discapacidad en el sexo masculino en los países en desarrollo (Monteiro, 1991).

Según la OMS, el consumo de alcohol es particularmente problemático en la región de América Latina y el Caribe (ALC). La región de ALC tiene el porcentaje más alto del mundo en cuanto a muertes atribuibles al consumo de alcohol (4.5%), comparada con las regiones desarrolladas (1.3%) o en vías de desarrollo (1.6%) (Monteiro, 1991).

De acuerdo con otro estudio los hombres son por abrumadora mayoría las principales víctimas del alcohol. La cirrosis, sigue siendo un problema de salud importante en muchos de los países y está entre las diez principales causas de muerte en México, donde ocupa el primer lugar entre los hombres de 35 a 45 años. En Venezuela y Argentina, las muertes por cirrosis entre hombres llegan a triplicar las muertes entre las mujeres. (Correia, Claeson y Pyne, 2002).

Si se realiza un análisis prospectivo del consumo de alcohol en población adulta actual, se puede predecir que existirá una elevada incidencia de ancianos alcohólicos con varios años de evolución, lo que significa que arribarán a la tercera edad con la enfermedad arrastrada desde épocas anteriores y con las complicaciones que el consumo a largo plazo produce, situación que provocará una elevación desmesurada en gasto de presupuesto de salud.

Ya Calahan, Cisin y Crossley afirmaban en 1969 que en los países latinoamericanos no se había mostrado un interés sostenido en la conducción de estudios sobre el consumo de alcohol, y hasta el momento las políticas sobre alcohol en la región se han centrado en el control de la disponibilidad y acceso al alcohol, lo que ha resultado de poco impacto, según las estadísticas anteriores; su puesta en marcha y cumplimiento se mantienen en

un nivel precario e ignoran las evidentes dimensiones de género, causalidad y edad. Las tasas de dependencia del alcohol en varones latinoamericanos oscilaban en 1974 entre 5% en Argentina y 10% en Colombia, mientras que el consumo excesivo de alcohol iba de 12% en Argentina y 26% en algunas zonas de Costa Rica, hasta 28% en Chile, cifras que se mantienen bastante estables para todos los grupos de edades desde entonces (Berruecos, 1974).

Desde el punto de vista deontológico, estos resultados responden a la diversidad de factores que intervienen en el proceso de salud-enfermedad y protección de salud, los cuales tienen connotaciones culturales, políticas y económicas que limitan las acciones de salud y la prevención.

Las decisiones no han producido resultados socialmente tangibles, políticamente estables o económicamente rentables, y en muchos casos han estado en función de una minoría dominante no sensibilizada ante los problemas reales y más relacionada con las ganancias económicas que con la salud social.

Intervención en la familia y la sociedad

Todo lo anterior impone la necesidad de proponer soluciones éticamente estables, adecuadas y factibles que hagan posible un mejor abordaje de la enfermedad, a la vez que faciliten el desarrollo de actividades tutelares con vistas a prevenir la adicción y sus consecuencias en el adulto mayor, su familia y la sociedad en general.

Es necesario tener en cuenta el papel que desempeña el anciano como modelo de aprendizaje del resto de la familia, ya que el desarrollo de la enfermedad se establece entre las generaciones por las conductas imitativas y a través de estilos de afrontamiento ante emociones y situaciones negativas, lo que se ve reforzado por el alto nivel de sexismo, que dicta una mayor tolerancia social del consumo en los varones. La familia es el marco donde se establecen los primeros niveles de aprendizaje cultural y social, para después ser verificados y puestos en práctica.

El daño psicológico en los hijos de pacientes bebedores causado por la privación afectiva y física a la que aquellos son sometidos genera espacios vacíos en la conformación de la persona-

lidad, los que se traducirán como necesidades exageradas de afecto, atención o reconocimiento, así como conflictos de identificación con la figura paterna. El alcohol es una de las drogas que más deteriora los cimientos de la familia y de la sociedad.

Si se controla la aparición de la enfermedad y se educa al anciano, éste se convertirá en un promotor de salud capaz de actuar de manera positiva sobre las generaciones subsiguientes. Romper la cadena de transmisión del alcoholismo es, más que un deber médico, una necesidad social.

Algunas propuestas para el trabajo con el anciano adicto

En el caso del anciano, aparecen retos ante los cuales carece de respuestas satisfactorias, como los propios de las enfermedades adictivas, aunque con particularidades específicas que las diferencia del resto de las adicciones a otras edades. Dicha insatisfacción constituye frecuentemente la causa de inicio, aumento y mantenimiento del consumo de alcohol.

En la toma de decisiones éticas para el control del alcoholismo se ha establecido un proceso de análisis que responde a un objetivo moral: “el bien”, concebido en función de disminuir la incidencia y prevalencia de la enfermedad. Este proceso se desarrolla con referencia a los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

En la mayoría de los países latinos se entroniza, en primer lugar, el principio de autonomía, como expresión máxima de respeto a lo que cada ser humano entiende como su propio bien. Pese a ello, tal principio se ha visto limitado en el caso de los ancianos, a quienes se les imponen las normas que rigen el bienestar del resto de la sociedad mediante diferentes mecanismos de control que provocan una disminución en su interacción, creatividad e iniciativa social, lo cual va en detrimento de su calidad de vida.

Otro de los conflictos se deriva de la utilización inadecuada de los recursos sanitarios, los cuales han estado en función de otros grupos sociales al considerarse que el anciano poco aporta a la sociedad, que está al final de la vida y que sencillamente no los amerita. Esta forma de distribución ha sido influida por el tecnologismo, que

impone la práctica de procedimientos de elevado costo que responden a intereses económicos más que a los del paciente, y que a la vez privan de otros recursos de salud a una mayoría, la que es excluida de ellos por no tener la posibilidad de pagar tales servicios.

Dichas decisiones han sido tomadas por el Estado de forma unilateral, intentando resolver un problema general a partir de acciones particulares, pero obviando el importante papel de las masas. Las acciones preventivas se han visto limitadas por el elevado costo que este tipo de campaña genera, ya que sus resultados son a largo plazo, sin el impacto y carácter inmediato con que habitualmente se justifica cualquier acción de salud. El imperativo económico ha desplazado así al problema moral.

Estas propuestas, al carecer de la unificación de criterios entre todos los factores sociales para enfrentar un problema que atañe a todo el contexto social, han dado como resultados soluciones igualmente parciales e insuficientes, limitándose al control de la enfermedad y a la disminución de su impacto social, más que a su prevención. Como resultado –según los datos ofrecidos anteriormente–, el alcoholismo continúa aumentando a edades cada vez más tempranas y con tendencia a mantenerse en la vejez.

En relación con lo anterior, los autores proponen un acercamiento de tipo social, de masas o de mayorías, que parte de la entronización del principio de justicia en términos de equidad, entendida como tener igual consideración y respeto hacia el anciano como al resto de la sociedad, pues es tan digno como cualquiera y tiene el mismo derecho de recibir un trato libre de esa especie de eutanasia social y afectiva que se le ha impuesto históricamente. Quien mejor conoce su problemática es el propio anciano, y es por ello que se le debe otorgar el protagonismo que merece por su conocimiento y experiencia al tomar decisiones. Priorizar la justicia como bien común significa respetar las particularidades del anciano y otorgarle la misma posibilidad de que satisfaga sus necesidades que al resto de los grupos sociales. Debe garantizarse, en pos de que mantenga su autoestima, su capacidad de elegir, de ser útil, de aportar y recibir, de disfrutar y mantener relaciones de igualdad con los demás; es necesario que su seguridad sea consonante con sus necesidades, según sus pro-

pios intereses, y que disponga de los recursos mínimos para realizar todas aquellas acciones encaminadas a mejorar su salud y calidad de vida.

El principio de justicia, según el cual la salud es un derecho de todo ser humano, posibilita la distribución equitativa de recursos en las actividades de promoción de la salud. Para lograr dichos objetivos, se hace necesario garantizar la intersectorialidad, la participación social y comunitaria y el trabajo en equipo, donde el Estado y sus dependencias, los profesionales y la sociedad en general actúen de manera integrada en función del bien común, lo cual, desde el punto de vista práctico, implica, que cada una de estas instancias desempeñe roles como los siguientes:

Estado:

- Desarrollar una infraestructura social encaminada a la satisfacción social y espiritual del anciano.
- Desarrollar políticas sociales y de salud justas en términos de equidad.
- Mejorar y priorizar la calidad de la atención sanitaria pública con mayor capacidad y calidad que la privada.
- Llevar a cabo actividades encaminadas al rescate de las aptitudes y capacidades de la tercera edad.
- Suministrar todos los recursos necesarios para la atención del anciano por parte de su familia y la satisfacción de sus necesidades, de forma tal que no se recargue el presupuesto familiar o del cuidador.
- Desmitificar la imagen que sobre el anciano impera en la sociedad.
- Garantizar el cuidado del anciano mediante la cooperación familia-Estado y, en caso de no ser posible, desarrollar la infraestructura necesaria para que la sociedad lo asuma.
- Revisar, reestructurar y reajustar a las nuevas realidades de la tercera edad las políticas laborales de jubilación.
- Reajustar los presupuestos de salud a fin de que su distribución sea equitativa.
- Mejorar el sistema de pensiones en función de las necesidades reales del anciano, y acorde con la situación económica imperante.

Ministerios o Secretarías de Educación:

- Desarrollar planes preventivos encaminados a la educación del adulto para arribar a la tercera edad.
- Implementar planes educativos preventivos en los centros de profesiones de riesgo.
- Educar a las familias para brindar el trato correcto del anciano, libre del utilitarismo y el paternalismo, y a la vez acentuar la afectividad y comunicación adecuadas.

Ministerios de Justicia:

- Desarrollar mejores medidas coercitivas en cuanto al expendio y distribución del alcohol.
- Establecer restricciones en cuanto a la propaganda visual y escrita del tóxico.
- Instituir leyes más precisas en cuanto al comportamiento público y lugares y horarios de consumo.
- Alertar y preparar al personal necesario para el control de estas medidas, así como el manejo de otras situaciones referentes al consumidor.
- Instituir medidas restrictivas en cuanto a determinadas actividades que pongan en peligro a otras personas, como centros de trabajo y conducción de vehículos públicos y privados.

Ministerios o Secretarías de Salud:

- Desarrollar estudios para determinar los factores de riesgo, patrones de consumo del anciano y síntomas que hagan sospechar la enfermedad.
- Preparar al personal médico sanitario con vistas a atender la enfermedad ante síntomas atípicos, complicaciones o disfunciones familiares; desarrollar una relación con el paciente donde la comunicación fluya de manera bilateral para generar cambios de actitud y de estilos de vida en él.
- Capacitar al personal para intervenir de forma obligatoria, aun en contra del criterio del paciente, ya que el consumo de alcohol en estas edades muchas veces reviste un carácter de suicidio placentero.

- Desarrollar medios diagnósticos específicos para este rango de edades que tengan en cuenta las particularidades con que aparece la enfermedad.
- Preparar a las familias sobre el manejo adecuado de la enfermedad y evitar que los familiares se conviertan en coadictos o facilitadores del consumo.
- En los casos en que sea necesario, hacer que la familia elija de forma adecuada a un representante legal que tome las decisiones más apropiadas a los intereses del anciano.

Todas estas medidas tienen su aplicación en la intervención comunitaria de salud, la que debe estar encaminada y diseñada para ejecutar las acciones necesarias y transmitir la información multidireccionalmente. En dicha intervención, el Estado hace llegar recursos a los diferentes estratos sociales y, a la vez, recibe información de primera línea, lo cual le permitirá perfeccionar el sistema y tener conciencia real de la situación y de las necesidades, así como reevaluar de manera continua la toma de decisiones. Este tipo de intervención tiene sus antecedentes teóricos y prácticos en diferentes campañas realizadas en todo el mundo (Torres, 1978).

Las citadas estrategias estarán sustentadas en una ética flexible, pluralista, práctica, colegiada y aplicada a partir de una política estatal de salud, donde la correcta distribución de los recursos sanitarios posibiliten su efectividad y ejecución como vehículo de transmisión efectiva a todos los niveles sociales, sobre todo aquellos excluidos por no disponer de los recursos económicos para financiarlos. Deben, asimismo, desarrollarse mediante la adecuada preparación y sensibilización del personal médico y paramédico; la actividad educativa, preventiva y curativa, y los estudios socio-culturales que permitan identificar a los líderes comunitarios formales e informales que participen en el logro de los objetivos propuestos.

La estrategia interventiva que se propone debe incluir y sensibilizar a las autoridades y gobiernos regionales de forma participativa, propiciar el protagonismo que requiere cada ciudadano para el cuidado de su comunidad y del anciano en particular, con la meta de buscar soluciones dependiendo de las características de cada región. Dichas acciones permitirán en el largo plazo una disminución de los costos de salud debidos a las complicaciones propias del deterioro en el anciano.

REFERENCIAS

- Andalo, P. (2003). *Estadísticas del consumo de alcohol en Argentina*. Disponible en línea: [http://www.html.rincondelvago.com/estadisticas del consumo-de alcohol-en –Argentina.html](http://www.html.rincondelvago.com/estadisticas%20del%20consumo-de%20alcohol-en-%20Argentina.html) (Consultado en julio de 2006).
- Aristóteles (1946). *Ética a Nicómaco*. México: Espasa Calpe.
- Berruecos, L. (1974, septiembre). El enfoque antropológico sobre la farmacodependencia en las comunidades urbanas. *Memorias del XLI Congreso Internacional de Americanistas* (Sesión especial 9), 1.
- Cahalan, D., Cisin, I. y Crossley, H. (1999). *American drinking practices: A national study of drinking behavior and attitudes* (Monograph Num. 6). New Brunswick, NJ: Rutgers Center of Alcohol Studies.
- Correia, M., Claeson, M. y Pyne, H.H. (2002). *Dimensiones de género en el consumo de alcohol y problemas afines en América Latina y el Caribe. Informe del Banco Mundial*. Washington: Banco Mundial.
- Departament de Sanitat i Seguretat Social (2003). *Pla de salut de Catalunya 2002-2003*. Disponible en red: [http://www.gencat.net/salut/depsan/inits/html/ca/plasalud/doc 526.html](http://www.gencat.net/salut/depsan/inits/html/ca/plasalud/doc%20526.html) (Consultado en febrero 20 de 2007).
- Franca-Tarragó, O. (2000). *Ética y la asistencia al anciano*. Bilbao: Universidad Católica.
- Gobierno de Puerto Rico (2002). *Estudio de viviendas. Programa de Evaluación de Necesidad de Servicios de Salud Mental y contra la Adicción del Departamento de Salud Mental*. San Juan de Puerto Rico: Autor.
- Gracia, D. (1995). *Ética y ancianidad. Dilemas éticos de la medicina actual*. Madrid: Fundación Humanismo y Democracia de la Universidad Pontificia Comillas.
- Monteiro, M., G. (2004). Detecção de alcoolismo na população geral a través de questionário CAGE o que mudou em cinco anos. *ABP-APAL*, 13(2), 45-48.

- Torres, N. (1978). *Participación popular en el sector de la salud. Evolución histórica*. Tesis para optar por el grado de Master en Salud Pública. La Habana: Ministerio de Salud Pública.
- U.S. Department of State, Bureau for International Narcotics and Law Enforcement Affairs (1997). *International Narcotics Control Strategy Report Venezuela*. Washington, D.C.: Author.