

M 53225

M
A662d
1978
cl

UNIVERSIDAD DE CHILE
Facultad de Ciencias Jurídicas, Económicas y
Sociales

Carrera de Servicio Social
Valparaíso

**DIAGNOSTICO DESCRIPTIVO DE LOS
CENTROS REHABILITADORES DE
ALCOHOLICOS DE LA QUINTA REGION
Y PROPOSICION DE UN MODELO DE
CENTRO REHABILITADOR**

SEMINARIO DE TESIS PARA OPTAR
AL TITULO DE ASISTENTE SOCIAL

Integrantes:

**Aran Cortés Eduardo
Muñoz Oyarce José
Senarega Vásquez Carlos
Vargas Vega Pedro**

274

VALPARAISO

Universidad  de Valparaíso
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL
BIBLIOTECA

1978

I N T R O D U C C I O N

Desde que el grupo de seminaristas se interesó por conocer la situación del proceso de rehabilitación en la Quinta Región comenzó a advertirse la serie de dificultades que tendrían que ser superadas para alcanzar sus objetivos.

Uno de los problemas más importantes fue la es casa disponibilidad de información teórica referente a la rehabilitación de alcohólicos, la que finalmente pudo ser reunida gracias a una paciente búsqueda, debido fundamentalmente a que ésta no se encuentra centralizada si no extremadamente diluida y generalmente en poder de personas que ya no se relacionan con los centros.

Otra de las dificultades, (por mencionar sólo algunas) que obstaculizaron los plazos fijados por el grupo dicen relación con la sensibilización del medio, por cuanto los sujetos de estudio en su mayoría reaccionaron de manera reticente a los requerimientos de agentes externos, impidiéndoles en algunos casos hasta el acceso a la documentación disponible.

A pesar de todo, el esfuerzo desplegado permitió alcanzar los fines que se proponía a través de la investigación descriptiva.

Primitivamente el seminario de tesis se denominó "Proposición de un nuevo modelo de Rehabilitación

social de ex-alcohólicos", título con el cual fue inscrito junto con el esquema provisorio de investigación. Sin embargo, al redactarse el anteproyecto se pudo advertir que era necesario modificar el título inicial, adecuándolo hacia los fines que realmente se pretendía alcanzar a través de la investigación propuesta. Es así, como se consideró imprescindible especificar allí que el estudio pretendía realizar un diagnóstico descriptivo de los centros rehabilitadores de alcohólicos de la Quinta Región y proponer un modelo de centro rehabilitador, con ello se logra ba satisfacer la intención del grupo seminarista y el interés de los propios sujetos de estudio.

Con el propósito de posibilitar el uso de sus resultados, tanto por profesionales y estudiantes de servicio social, como de los propios conductores de los centros de rehabilitación de alcohólicos, se ha estimado conveniente dividir el presente seminario de tesis en cuatro capítulos.

En el primer capítulo se incluye una breve reseña de la enfermedad alcohólica, haciendo incapié en sus características, tipo de bebedores, síntomas, formas de tratamiento, terminando con un pequeño análisis del problema en Chile. En este mismo capítulo se hace referencia a la prevención del alcoholismo comenzando por explicar los niveles de prevención en salud, para pasar a continuación a señalar sus fases en alcoholismo, la forma como se enfrenta el problema a nivel nacional, terminando con un análisis de la situación actual de la prevención del alcoholismo en

Chile.

El segundo capítulo se refiere a la rehabilitación de los enfermos alcohólicos. Aquí se hace referencia a los elementos conceptuales existentes al respecto, explicándose además en qué consisten los centros rehabilitadores y la Unión Rehabilitadora de Alcohólicos de Chile, para finalizar presentando la situación actual de los centros en el país.

En el capítulo tercero se incluye los resultados de la investigación descriptiva realizada a los Centros Rehabilitadores de Alcohólicos de la Quinta Región, especificándose las conclusiones del estudio a los grupos como organización socio-terapéutica, a los socios y dirigentes de estos centros y a la situación de la asesoría técnica.

Finalmente, el capítulo cuarto incluye un modelo de centro rehabilitador de alcohólicos propuesto por el grupo seminarista a partir de los resultados de la investigación descriptiva realizada, agregándose un plan ejemplo de acciones por comisiones que pretende sirva de base a los centros existentes actualmente en la región. Finalmente se hacen algunas sugerencias para la asesoría técnica y para la delegación regional de la Unión Rehabilitadora de Alcohólicos de Chile.

Conscientes del rol que le corresponde al asistente Social en el proceso de rehabilitación de alcohólicos y del papel que juegan los centros rehabilitadores en

este mismo proceso, el grupo de investigación tendió a orientar el Seminario de Tesis hacia la forma de trabajo del profesional de Servicio Social, por estimarse que el futuro de la causa antialcohólica dependerá de la evolución que sufren estos grupos terapéuticos, quienes en esencia son fundamentalmente orientados por este profesional.

C A P I T U L O I

ALCOHOLISMO Y PREVENCIÓN

LA ENFERMEDAD ALCOHOLICA

Uno de los problemas más serios de Patología Social es el que históricamente viene provocando en el país la excesiva adicción de bebidas alcohólicas. Esta situación afecta considerablemente la Economía Nacional, ya que más de un 20% de la población adulta, vale decir, entre el millón doscientos mil personas son bebedores anormales (1) de entre los cuales se derivan consecuencias laborales, accidentes, conflictos familiares, problemas de salud, delincuencia y una larga serie de alteraciones sociales que sería innecesario enunciar aquí.

En la actualidad muchos autores coinciden en considerar el alcoholismo como un trastorno médico-social caracterizado por la dependencia sicopatológica y física del alcohol o como una enfermedad crónica que perturba funciones del sistema nervioso central generando un conjunto de síntomas corporales que hacen necesario la ingestión de etanol para calmarlos.

En un simposio realizado en Santiago en 1957, Doctores Jorge Mardones y Aníban Varela destacaban que los alcohólicos se caracterizan por una dependencia psíquica y física del alcohol. Esta dependencia se traduce en dos síntomas típicos: - La incapacidad de detenerse y
- La incapacidad de abstenerse.

(1) "Aprendamos sobre alcoholismo" Eduardo Medina Gómez y M. Teresa Dorbert. Talleres Imprenta Sección Educación para la salud de S.N.S., Stgo. Chile, 1974.

La incapacidad de detenerse significa que cuando el individuo inicia la ingestión de alcohol, se ve obligado a continuar bebiendo hasta llegar a un estado de profunda embriaguez. Generalmente este individuo puede permanecer en estado de abstinencia durante semanas (siendo normal que no sienta deseos de ingerir alcohol). Este tipo de alcoholismo es conocido como intermitente.

La incapacidad de abstenerse o Alcoholismo Involuntario se caracteriza por el hecho que el individuo no puede dejar de beber una cierta cantidad de alcohol, viviendo un estado de saturación alcohólica permanente (sin llegar al estado de embriaguez).

Por otra parte, los hábitos de ingestión alcohólica se han clasificado en abstemios, bebedores moderados, bebedores excesivos y bebedores patológicos o alcohólicos (2).

El abstemio es aquel individuo que no bebe alcohol o si lo hace es en forma muy excepcional y nunca llega al estado de embriaguez. En Chile se calcula que existe un veintipor ciento de la población mayor de 15 años ubicada en esta categoría.

(2) "Alcoholismo enfermedad recuperable" Ministerio de Salud, S.N.S., Sub departamento de Fomento de la Salud, Secciones Salud Mental y Educación para la Salud, Folleto informativo, Editorial Gabriela Mistral, 1976.

El bebedor moderado es la persona que bebe regular o irregularmente alcohol por motivación cultural, pudiendo, excepcionalmente, presentar síntomas de ebriedad debido a que la cantidad de ingestión usualmente no llega a producir disminución del grado de conciencia ni de la regulación emocional. En Chile se calcula que un 60% de la población adulta corresponde a este tipo de hábito de ingestión de bebidas alcohólicas.

El bebedor excesivo es el individuo que consume etanol por motivación cultural y/o psicológica y con ocasión de determinadas circunstancias que se repiten con frecuencia, presentando con cierta periodicidad, estados de embriaguez (generalmente los fines de semana). Se estima que un 15% de la población adulta chilena corresponde a este tipo de bebedor.

El alcohólico es aquel individuo que bebe por dependencia física o psíquica irreversible del alcohol, consumiendo tal cantidad que presenta graves crisis de ingestión diaria. Alrededor de un 5% de la población nacional son considerados bebedores patológicos.

En los enfermos alcohólicos se presenta el denominado síndrome de privación del alcohol que, en síntesis, es un conjunto de signos y síntomas que aparecen en un paciente que ha permanecido bebiendo en forma prolongada y en el momento que deja de ingerir bebidas alcohólicas. Estos síntomas (insomnio, temblor, náuseas, diarreas, angustias) desaparecen ante la ingestión de una nueva dosis

de alcohol.

Ahora bien, el enfermo alcohólico llega a este estado después de un proceso temporal (5 a 10 años) de consumo de bebidas alcohólicas. En este proceso se distinguen tres fases:

- Prodrómica
- Crucial y
- Crónica.

La fase prodrómica comienza aproximadamente entre los 15 y 20 años de edad y dura alrededor de 5 años. En esta etapa el individuo es un bebedor excesivo que presenta ciertas características que permiten suponer si va o no a convertirse en alcohólico. Tales hechos son la aparición de la amnesia alcohólica (el bebedor olvida algunos sucesos ocurridos durante la embriaguez superficial), la ingestión a hurtadillas (trata de disimular ante los demás la frecuencia o cantidad de sus ingestiones) y surge una preocupación por la cantidad que podría disponer.

La fase crucial comienza generalmente entre los 20 y 25 años de edad. En esta fase el individuo ya comienza a ser alcohólico. Se reconoce por la aparición de síntomas de incapacidad de detenerse; es decir, el individuo se embriaga cada vez que ingiere bebidas alcohólicas. También aparecen otros síntomas relacionados con la actitud del bebedor respecto a la ingestión de bebidas alcohólicas (racionalización o disculpas referentes a las causas del excesivo consumo de etanol), con inesperadas conductas que dañan sus relaciones familiares, laborales y sociales, y

con el inicio de las bebidas en ayunas. "

La fase crónica comienza generalmente alrededor de los 30 años de edad y se caracteriza por la forma de ingestión, que significa una forma extrema de incapacidad de detenerse (se embriaga dos o más veces al día, abandonando todo tipo de responsabilidades). La dependencia física del alcohol es tan evidente que el enfermo rompe el sistema de racionalizaciones, siendo entonces cuando acude en busca de ayuda médica.

TECNICAS DE TRATAMIENTO

Antes de iniciar un tratamiento, cualquiera que sea, se necesita medir las oportunidades de éxito, saber cuales son las probabilidades de éxito o fracaso que se pueden obtener con tal o cual tratamiento, a fin de evitar inútiles esfuerzos. La medición de estas probabilidades de éxito o fracaso es lo que se llama pronóstico. El pronóstico del alcoholismo está muy atrasado respecto a las enfermedades infecciosas. Hay una serie de índices que sirven para hacer un buen pronóstico de un caso. En el alcoholismo y otras afecciones psiquiátricas no se puede predecir con cierto grado de certeza si una persona va a mejorar o nó, pues no es posible prescindir de la personalidad del enfermo, estudio que es bastante complejo.

Desde el punto de vista científico es muy poco lo que se sabe de la personalidad normal y patológica.

Se ha dicho, que la existencia de la personalidad sicopática ensombrece el pronóstico del alcoholismo. Un caso incipiente en que no han incurrido trastornos o complicaciones secundarias graves pueden tener mejor pronóstico. Además, existían otros factores que disminuyen la perspectiva del éxito terapéutico, como ser:

- Sujeto que ya a los 20 años era bebedor excesivo
- Sujeto que es mayor de edad
- Sujeto de edad adulta que ha tenido episodios de ebriedad infantil
- Bebedores solitarios
- Esquizoides
- Alcohólicos con alteraciones cerebrales, orgánicas, etc.

Valga esta aclaración introductoria para tratar las técnicas más usadas contra el alcoholismo.

Entre las técnicas más conocidas se pueden señalar las siguientes:

- a) Reflejos Condicionados
- b) Disulfiram o Antabús
- c) Psicoterapia
- d) Terapia Ambiental

REFLEJOS CONDICIONADOS

El reflejo condicionado es una técnica más o menos reciente (tiene apenas más de 30 años de aplicación). Consiste en producir aversión a la bebida alcohólica. La técnica se basa en la aplicación del concepto de los re-

flejos condicionados (aunque científicamente no es un reflejo condicionado verdadero)

Experiencias muy antiguas habían observado que, si a un perro con fístula salival se le daba comida, se producía un aumento notorio de la secreción salival. Pero se observó además que, si antes de darle comida se le aplicaba un estímulo (por ejemplo un timbre) y se repetía varias veces la experiencia, el perro al oír el sonido tenía un franco aumento de la secreción salival, es decir, llegaba un momento en que el animal le bastaba el sonido del timbre para secretar más saliva.

Es así, como clínicos rusos que trabajaban en alcoholismo pensaron que, si en el enfermo conectaban la situación de beber con un estímulo desagradable, podría producirse paulatinamente una aversión por determinados licores.

Markonokov, que fue el primero que usó este método (en 1934), empleaba Vodka y un estímulo doloroso. El método no parece haber sido muy bueno porque la técnica se siguió perfeccionando. Idearon aplicar, en vez de un estímulo doloroso, una sustancia "emética"; vale decir "vomitiva", de las cuales la más utilizada es la apomorfina.

El reflejo condicionado requiere de la hospitalización del paciente cuando no hay seguridad que va a permanecer abstinentemente.

Antes de aplicar la técnica, el enfermo debe ser examinado lo más completamente posible, tanto desde

el punto de vista físico como psiquiátrico. Hay que cuidar que no tenga una dolencia grave al corazón o una hipertensión arterial, que podría contraindicar la aplicación del reflejo condicionado.

En el examen psiquiátrico hay que destacar alguna lesión inflamatoria difusa o localizada del sistema nervioso, lo mismo que cualquier afección mental del tipo de la sicosis.

La Técnica con apomorfina se basa en las propiedades eméticas de esta droga que, inyectada en dosis de 1/2 mlg., produce vómitos en el 50% de los sujetos. Al aumentar la dosis casi todos los sujetos vomitan al cabo de 5 a 10 minutos. Este vómito se debe a la acción de la apomorfina sobre el sistema nervioso central. Se ha visto que la apomorfina en dosis muy pequeñas calma la angustia, restablece el equilibrio neurovegetativo, produce sensación de bienestar y ligero grado de euforia. Su efecto es de corta duración y no produce acostumbamiento por lo que se emplea sin peligro alguno.

Al paciente alcohólico, primero se le da a ingerir su bebida favorita. Al cabo de unos instantes, cuando parte del alcohol ha pasado a la sangre y empieza a sentir efectos agradables, se le inyecta una determinada dosis de apomorfina. Cinco a diez minutos después, éste vomita. Posteriormente se siente tranquilo, incluso con una ligera sensación de bienestar. Dos o cuatro horas después, se vuelve a repetir la prueba y

así sucesivamente continuará cada dos horas, día y noche. Más tarde se pasa al vino blanco, luego a cerveza y por último a licores fuertes que sean de la preferencia del alcohólico.

Esta técnica es bastante intensa y dura de seis a diez días en total. Se suspende una vez que el reflejo está bien consolidado, lo que sucede cuando el enfermo ve un determinado licor y vomita. La sola vista de las botellas le produce náuseas.

DISULFIRAM O ANTABUS

Su acción se conoce muy recientemente. Unos investigadores daneses buscaban un remedio para combatir algunos vermes (gusanos) que se alojaban en el intestino del hombre. A modo de experimento tomaron cierta cantidad de esta droga y no observaron nada especial. más tarde fueron a un cocktail, ingirieron algunos tragos y minutos después se sintieron muy mal, con síntomas desagradables. Entonces pensaron en su posible acción antialcohólica. Se hicieron numerosas pruebas, todas con buenos resultados. Una nueva droga era así incorporada al arsenal terapéutico del alcoholismo, una droga que no produce aversión al alcohol sino temor a su reacción.

La cantidad diaria que se da es muy pequeña y no tiene consecuencias tóxicas. Algunos enfermos se quejan de un olor y gusto raro, que tal vez podría deberse a la descomposición del disulfiram en el tubo digestivo bajo la acción bacteriana. Otros de cansancio, modorra, do

lor de cabeza o disminución de la potencia sexual. Estos síntomas no son efectos de la droga sino producto de la angustia y de la autosugestión.

Las ventajas de esta droga son varias en su aplicación como tratamiento. Primero, no altera la vida cotidiana del sujeto, pues aunque esté ingiriendo esta medicina puede continuar trabajando sin causar un mayor perjuicio a su hogar. Segundo, este tratamiento es tan fácil de realizar ya que no hay necesidad de hospitalizar al paciente. Basta un tratamiento en el Policlínico, con excepción de algunos que beben todos los días y que son absolutamente incapaces de dejar de hacerlo. Junto con administrar el disulfiram se practica una sicoterapia.

PSICOTERAPIA

Es la intención de curar o aliviar mediante la palabra y la actitud, en una relación interpersonal específica. El objetivo central de este procedimiento (que puede realizarse individualmente entre el paciente y su tratante o en grupos) es crear conciencia de la enfermedad para cada enfermo en particular a través del apoyo al paciente mediante la actitud comprensiva frente a sus problemas personales. El tratamiento pretende lograr la abstinencia alcohólica total y definida, reeducándolo para enfrentar dichos problemas, sin recurrir a la ingestión alcohólica. Evidentemente debe proporcionarse a este paciente toda la información que sea

necesaria sobre su enfermedad.

TERAPIA AMBIENTAL

El alcoholismo es una enfermedad que también perturba notablemente el ambiente familiar y social del paciente. Se pretende con la terapia ambiental (que realiza fundamentalmente el Asistente Social) lo siguiente:

- Informar a los familiares acerca de las características de la enfermedad y que la abstinencia de bebidas alcohólicas completa y definitiva es la meta del tratamiento. Así se obtendrá la cooperación de las personas que viven con el enfermo alcohólico, modificando las actitudes críticas hacia éste en comprensión de la dependencia física hacia el alcohol.

- Reorganizar la situación en su trabajo, a menudo irregular por los cambios constantes de ocupación y degradación paulatina de éste.

- Participar en la modificación global de la vida del paciente alcohólico (que significará su abstinencia) en el ambiente familiar (a través del grupo familiar), para que sea entendido su problema y no se le induzca a reiniciar la ingestión de bebida; y en el buen uso de su tiempo libre después de su trabajo, ya que el paciente no se podrá juntar con muchos de sus amigos con los cuales antes bebía.

EL PROBLEMA EN CHILE

Tal como fue señalado anteriormente, el nivel

de bebedores excesivos en el país supera actualmente el 20% de la población (3).

Esto provoca una alta tasa de mortalidad tanto en hombres como mujeres y repercute directamente en la población infantil que son receptores y víctimas de una serie de creencias aceptadas socialmente y que favorecen la ingestión del alcohol.

El Ministerio de Agricultura se encuentra estudiando un proyecto de Decreto-Ley destinado a combatir el alcoholismo, fijando distintas normas restrictivas que reemplazan las existentes en la actual Ley de Alcoholes, a raíz del aumento a las infracciones a dicho texto legal. Por su parte, el Ministerio de Educación conjuntamente con autoridades de salud han formado una comisión mixta Salud-Educación cuyos primeros efectos han sido la incorporación al programa regular de estudios actualmente vigente para la Educación General Básica de un plan de prevención primaria del alcoholismo, el que debe ser incluido en todas las asignaturas en que las diversas situaciones pedagógicas que se presenten lo hagan aconsejable. Dicho documento fue elaborado por la sección Salud Mental del Ministerio de Salud.

Algunas de las razones que han provocado tal preocupación están relacionadas con estadísticas oficiales entregadas por los Tribunales Superiores de Justicia (4)

(3) "El Mercurio", Valparaíso, Domingo 6-Nov.-77, Pág.16.

(4) "El Mercurio", Valparaíso, Martes 11-10-77, Pág. 11.

y que señalan que un total de 256.696 chilenos fueron detenidos por ebriedad durante 1976, lo que representó un crecimiento de un 13,51 % respecto a las cifras de 1975. Además 1.111 personas fueron víctimas de accidentes del tránsito causados por conductores en estado de ebriedad (71 de las cuales fueron muertas). Asimismo, los Juzgados del país recibieron un total de dieciocho mil una denuncias contra negocios de expendio de bebidas alcohólicas con patente y 4.797 denuncias contra negocios clandestinos.

Esta información viene a complementar los datos proporcionados en 1973 por la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica (5) y que señalaban la siguiente información estadística correspondiente al año 1973:

- De cada 10 camas de Medicina Interna, 3 estaban ocupadas por alcohólicos.
- La mortalidad por Cirrosis Hepática en varones y mujeres en nuestro país era la más alta del mundo.
- El 89% de los tuberculosos hospitalizados y ambulatorios eran también alcohólicos.
- El 36% de los egresados de Hospitales Psiquiátricos tenían el diagnóstico de alcoholismo.

(5) "El Mercurio" de Santiago, 2 de Septiembre de 1974, Pág. 10.

- El 70% de las ausencias al trabajo se debían al consumo excesivo de bebidas alcohólicas.
- El 33% de los casos de accidentes del trabajo se debían al consumo excesivo de bebidas alcohólicas.
- Los accidentes del tránsito acusaban un porcentaje de alcoholismo que alcanzaba al 26%.
- El 32% de las detenciones eran por ebriedad, como asimismo el 52% de los crímenes y el 25% de los suicidios.

Toda esta información permite graficar la incidencia que tiene el problema alcohólico en el desarrollo socioeconómico del país, debido a que el alcoholismo es una enfermedad crónica, progresiva y por lo general irreversible, que presenta definidos procesos de enfermedades psicológicas, en las cuales el individuo va perdiendo paulatinamente todo sentido de responsabilidad, alcanzando tal desmoralización que afecta tanto a su trabajo como al cumplimiento de sus más elementales deberes frente a su familia y a la sociedad.

PREVENCION EN ALCOHOLISMO

CONCEPTO DE PREVENCION EN LA SALUD.

Se llama prevención en salud al conjunto de medidas orientadas a promover un estado de salud óptimo y

a la protección específica del hombre contra los agentes y factores ambientales que producen o inciden en la existencia de una enfermedad.

En prevención se distinguen tres fases: Primaria, Secundaria y Terciaria. Para aclarar la diferencia que hay entre las fases, es necesario mencionar que la enfermedad es un proceso que comienza en el período de la Prepatogénesis, es decir, cuando el individuo no ha sido atacado aún por ésta, pero existe aún una interacción entre él, los agentes portadores y los factores ambientales que pudieran producirla.

El segundo período de la enfermedad, la Patogénesis, puede ser definido como el curso de un desorden en el hombre, desde la primera interacción con los estímulos productores de la enfermedad hasta que se alcance el equilibrio y la recuperación, o bien se produzca defecto, incapacidad o muerte.

A este proceso en su conjunto se le llama Historia Natural de la Enfermedad.

Aclarado ya el concepto de la enfermedad, se puede deducir que la prevención requiere de una acción anticipada, basada en el conocimiento de este proceso.

Se habla entonces, de Prevención Primaria cuando las acciones preventivas se llevan a cabo en el período de la Prepatogénesis. Secundaria, al tratamiento oportuno y adecuado que se realiza cuando el proceso patológico es detectable, es decir, en los inicios de la Pato-

génesis y cuando la enfermedad se ha desarrollado más allá de sus primeras etapas provocando defectos o incapacidad y Terciaria al conjunto de medidas preventivas que se aplica para limitar los efectos o la incapacidad producida.

NIVELES DE PREVENCIÓN

Dentro de las tres fases de prevención se distinguen cinco niveles distintos en que es posible aplicar las acciones preventivas. Estos niveles son:

- a) Promoción de la Salud
- b) Protección específica
- c) Diagnóstico temprano y tratamiento oportuno
- d) Limitación de la incapacidad
- e) Rehabilitación

PREVENCIÓN PRIMARIA

- a) Promoción de la salud
- b) Protección específica

PREVENCIÓN SECUNDARIA

- c) Diagnóstico temprano y tratamiento oportuno
- d) Limitación de la incapacidad

PREVENCIÓN TERCIARIA

- e) Rehabilitación

a) PROMOCIÓN DE LA SALUD.

Los procedimientos para promover la Salud en este nivel no están dirigidos a una enfermedad en parti-

cular, sino que sirven para promover la salud y el Bienestar general.

La promoción de la salud se realiza principalmente a través de la motivación y educación de la población.

b) PROTECCION ESPECIFICA

En este nivel, a diferencia del anterior, las medidas preventivas están dirigidas a una enfermedad en particular, o a un grupo de enfermedades, con el fin de interceptar sus causas antes de que afecten al individuo. Entre las principales que se aplican en este nivel, cabe destacar:

- 1.- La información y motivación de la población
- 2.- Los programas educativos
- 3.- Los programas de formación profesional
- 4.- Los programas educativos para grupos terapéuticos y organismos especializados (Centros Rehabilitadores de Alcohólicos, Carabineros, etc.)

c) DIAGNOSTICO TEMPRANO Y TRATAMIENTO OPORTUNO

Los principales objetivos de este nivel son los siguientes:

- 1.- Prevenir la propagación de la enfermedad a otros individuos, si ésta es comunicable.
- 2.- Curar o detener el proceso de la enfermedad, a fin de prevenir complicaciones o secuelas.

3.- Prevenir una incapacidad prolongada.

Los métodos y técnicas de diagnóstico y tratamientos son las medidas preventivas fundamentales que se aplican a este nivel.

d) LIMITACION DE LA INCAPACIDAD

Su finalidad es la prevención o el retraso de las consecuencias de una enfermedad clínicamente avanzada. Este nivel se diferencia de los otros, por cuanto sus medidas preventivas se aplican cuando éstos han fracasado y la enfermedad ha alcanzado un grado tal que provoca defectos o incapacidades.

Las medidas preventivas aplicadas en este nivel son de carácter terapéutico.

e) REHABILITACION

La rehabilitación se realiza una vez que en el individuo se ha logrado cierta estabilidad en cuanto a cambios anatómicos o fisiológicos. Su objetivo es lograr que este individuo pueda hacer uso de las capacidades que le restan para reincorporarlo a un lugar útil en la sociedad.

FASES DE PREVENCIÓN EN ALCOHOLISMO

La prevención en alcoholismo ha sido definida por el grupo de Seminario, como el conjunto de medidas y acciones destinadas a proteger al individuo, contra los

factores internos (del individuo) y externos (del medio) que provoca directa o indirectamente la ingestión excesiva de alcohol (alcoholismo).

En alcoholismo las medidas y acciones preventivas que se llevan a cabo van más allá de las actividades que realizan en salud. Las especiales características de esta enfermedad y los diferentes factores que inciden en su gestación (sociales, económicos, culturales, etc.), determinan que las fases de prevención en alcoholismo difieren, en cierta medida, del medio antes señalado (de Prevención en Salud). En este caso, Tratamiento y Rehabilitación (Prevención Secundaria y Terciaria) están íntimamente ligadas y es difícil llegar a diferenciarlas totalmente.

PREVENCIÓN PRIMARIA EN ALCOHOLISMO

La prevención primaria en alcoholismo puede ser definida como la serie de medidas y acciones orientadas a la modificación de los hábitos, valores y actitudes que conducen a las formas de beber anormales, con el objeto de disminuir la incidencia de bebedores excesivos (número de casos nuevos en el año).

La Organización Mundial de la Salud establece tres principales acciones a través de las cuales se lleva a cabo la Prevención Primaria en alcoholismo (6). Estas

(6) "Seminario Nacional de Alcoholismo", URACH. Junio 1977, Santiago. (Cuadernillo Mimeografiado).

son:

a) LA REGULACION DE LA DISPONIBILIDAD DE BEBIDAS ALCOHOLICAS

- Control de la producción
- Control de la importación
- Control de ventas internas
- Control de la exportación

b) LA REGULACION DEL CONSUMO

- Limitación de la disponibilidad
- Regulación de precios
- Limitación de la propaganda
- Educación de la población

c) INFORMACION, EDUCACION Y MOTIVACION

- Información y motivación de la población
- Programas escolares
- Programas de formación profesional
- Programas para grupos especiales (Centros Rehabilitadores de alcohólicos)

PREVENCION SECUNDARIA EN ALCOHOLISMO

La prevención secundaria en alcoholismo puede ser definida como la serie de medidas y acciones orientadas al diagnóstico y tratamiento precoz de la enfermedad alcohólica, con el propósito de disminuir el número de casos de alcoholismo existentes (Prevalencia).

Entre las principales acciones que incluye la

prevención secundaria, cabe mencionar las siguientes:

- La creación de centros de tratamiento y prevención.
- La aplicación del tratamiento antialcohólico
- La formación de grupos de alcohólicos recuperados
- La capacitación de la población en el reconocimiento del alcoholismo como enfermedad.

PREVENCIÓN TERCIARIA EN ALCOHOLISMO

La prevención terciaria en alcoholismo puede ser definida como la serie de acciones dirigidas a la rehabilitación de las secuelas físicas, síquicas y sociales provocadas por la enfermedad, con el propósito de disminuir el número de alcohólicos que no pueden incorporarse a la sociedad. Entre las principales acciones que se realizan en prevención terciaria, cabe señalar:

- La capacitación laboral o profesional de los alcohólicos recuperados.
- La educación de los alcohólicos recuperados.
- La formación de líderes en alcoholismo.
- La capacitación de la comunidad para que apoye a los alcohólicos recuperados.

PREVENCIÓN DEL ALCOHOLISMO EN CHILE

Las graves consecuencias que provoca el alcoholismo a nivel individual y grupal y, principalmente, las

que afectan la vida nacional, como son, los altos índices de suicidios, homicidios y accidentes del trabajo, las altas tasas de mortalidad por cirrosis hepática, los elevados gastos por asistencia médica y social, la menor productividad y el ausentismo laboral provocado por la ingestión excesiva del alcohol, han determinado que el Estado se preocupe de la prevención de esta enfermedad orientando su acción principalmente a través de la "Ley de Alcoholes, Bebidas Alcohólicas y Vinagres" (17.105) donde están consignadas la mayoría de las medidas que controlan la producción y el consumo, y las acciones, campañas y programas de prevención que se realizan a través del Servicio Nacional de Salud.

LEY DE ALCOHOLES, BEBIDAS ALCOHOLICAS Y VINAGRES N° 17.105

Desde el período de la Colonia, las diferentes formas de gobierno establecidas en nuestro país han tratado de solucionar o atenuar los graves efectos provocados por el alcoholismo. En ese período, las autoridades españolas adoptaron una serie de medidas de carácter represivo, como fueron, la aplicación de penas de azotes, la trasquilación del cabello a los alcohólicos, etc.

En el período de la República, surge la necesidad de dictar una legislación al respecto y es así como se establece la "Ordenanza General de Bebidas Alcohólicas" (17 de Mayo de 1892), iniciándose de este modo, la reglamentación de lucha antialcohólica en el país.

Años después, en 1920, se promulga la Ley sobre

alcoholes y bebidas alcohólicas, modificada en 1954 por la Ley 11.256.

La Ley 11.256 constaba de dos libros donde estaban consignadas dos acciones claramente definidas: Una de derecho y otra educativa. La primera estaba estipulada en el libro Segundo y facultaba al Cuerpo de Carabineros para aplicar sanciones punitivas y medidas de restricción, como ejemplo: el encierro en una unidad policial a las personas que en estado de ebriedad, promovieran desórdenes o atentaran contra la moral o las buenas costumbres. La Segunda estaba comprendida en el Primer Libro y disponía en el artículo n°116 que "En todas las escuelas y colegios de enseñanza primaria, secundaria y especial se debería enseñar obligatoriamente higiene, con nociones de fisiología y temperancia, ilustrada en cuadros murales o exhibiciones cinematográficas, que demuestren gráficamente las consecuencias del abuso de las bebidas embriagantes (7). Este ramo ocuparía un lugar especial en el programa de estudio, siendo su examen requisito indispensable para la promoción al curso superior.

La Ley 11.256 se refundió un sólo texto con la Ley 6.474 (15 de Diciembre de 1939), el 14 de Febrero de 1969, dando origen a la Ley actual (17.105) sobre alcoholes, bebidas alcohólicas y vinagres.

(7) "Ley 11.256 sobre alcoholes y bebidas alcohólicas", apunte mimeografiado, Escuela de Derecho, U.Católica de Chile, Stgo., 1971.-

La Ley 17.105 consta de dos libros. En el primer libro, artículo primero, se estipula que quedan sometidos a las disposiciones de esta Ley todos los alcoholes y bebidas alcohólicas que se produzcan o se internen en el país. Para los efectos de esta Ley se consideran bebidas alcohólicas, aquellas que contengan alcohol en - cualquier proporción.

El Servicio Agrícola y Ganadero y el Servicio de Impuestos Internos, son los organismos encargados de velar por el cumplimiento de las disposiciones del Libro Primero, de acuerdo a las normas establecidas en esta misma Ley.

En este Libro, la Ley también se refiere a las Vides (definición y clasificación), los alcoholes nacionales o importados (clasificación según origen), dicta normas referentes al expendio de los licores, aguardientes, y grapas nacionales e importadas; a las bebidas fermentadas y vinagres; fija tipos de impuestos a las bebidas alcohólicas; dicta normas sobre exportación e importación de alcoholes y bebidas alcohólicas y finalmente se refiere a las penas establecidas por infracciones al Libro Primero y al procedimiento judicial que se debe seguir en esos casos.

El Libro Segundo contiene las disposiciones en relación a la Penalidad de la embriaguez y se formulan una serie de medidas de carácter punitivo, tal como la que establece que el individuo mayor de 21 años de edad

que sea sorprendido en estado de ebriedad en lugares públicos, podrá ser castigado por uno o cuatro días de tra**ba**jo sin remuneración, en ocupaciones señaladas por los reglamentos de los lugares de detención (Artículo 113). El artículo 118, también se refiere a estas circunstancias, y establece que el individuo que sea castigado más de tres veces en un año deberá ser sometido a examen médico, para determinar si requiere tratamiento curativo y en tal caso internarlo en un Centro de Reeducación para Alcohólicos.

En el Libro Segundo, también se señalan medidas de carácter punitivo respecto a los conductores de vehículos, tanto motorizados como a tracción animal, - que se desempeñen en estado de ebriedad (Art. 121). El artículo 123 incluye medidas punitivas para los dueños, empresarios, administradores o empleados de los establecimientos que expenden bebidas alcohólicas, que permitan a sus consumidores embriagarse, que admitan ebrios en - sus dependencias o que proporcionen este tipo de bebidas a menores de edad (21 años) o a Carabineros en Servicio.

En lo que respecta al aspecto educativo, los - Título Primero y Segundo incluyen medidas de este tipo - en relación a alcohólicos y alcoholismo. En cuanto a los primeros el artículo 133 se refiere a los Centros de Reeducación para alcohólicos y establece que habrá Centros en los Hospitales Regionales que el Servicio Nacional de Salud determine.

En los Centros serán admitidos todas las personas que lo soliciten, para ser curadas y reeducadas - y serán internados los ebrios habituales para quienes la Ley imponga este régimen de curación.

En el título primero, en relación a alcoholismo, hay dos artículos (el N° 130 y el N° 131) que estaban incluidos en la anterior Ley 11.256. El artículo 130 se refiere a la enseñanza obligatoria de nociones de alcoholismo en Escuelas Primarias, secundarias y de Enseñanza Especial, y el 131 establece que el Estado proporcionará los materiales necesarios para su adecuada aplicación.

Finalmente el Título Tercero del mismo Libro, dicta normas para los establecimientos que expenden bebidas alcohólicas y sobre las patentes que se les otorgan y el Título Cuarto se refiere al procedimiento Judicial aplicable cuando son infringidas las disposiciones establecidas en el Libro Segundo.

En general, la Ley actual contiene una serie de normas y medidas de control en cuanto al expendio, consumo y producción de bebidas alcohólicas y medidas de restricción y sanciones punitivas para los alcohólicos y personas que se encuentren en estado de ebriedad.

Las medidas de carácter educativo incluidas dentro del Título Primero (Arts. 130 y 131), nunca han podido llevarse a cabo por falta de recursos y de personal especializado. Las medidas aplicadas en los Centros

de Reeduación para alcohólicos tienen poco efecto cuantitativo, por cuanto se practican en los enfermos alcohólicos que solicitan el Tratamiento y en ebrios consuetudinarios que son internados por disposiciones legales. Estos representan un porcentaje insignificante en relación al enorme número de enfermos alcohólicos existentes en el país.

Las medidas de control del alcoholismo estipuladas en la actual Ley, sin duda alguna, sirven para atenuar los graves efectos provocados por el alcoholismo en la vida nacional. Sin embargo, cabe señalar que éstas no están dirigidas a los factores socio-culturales que directa o indirectamente inciden en la gestación de la enfermedad alcohólica.

Las medidas de carácter educativo que en la Ley se contemplan, están dirigidas a la raíz del problema del alcoholismo, pero como se mencionó anteriormente, en su mayoría no son llevadas a cabo, por lo tanto significan sólo un soporte parcial a la lucha antialcohólica del país.

El grupo de Seminario cree que la Ley estaría aportando de gran modo a la disminución de la incidencia de esta enfermedad en el país (el número de casos nuevos), si el Estado entregara los recursos necesarios y capacitara al personal docente para el cumplimiento de las medidas educativas consignadas en ella.

PROGRAMAS NACIONALES DE PREVENCIÓN DEL ALCOHOLISMO

a) PROGRAMA INSTITUCIONAL DEL SERVICIO NACIONAL DE SALUD
(1957)

El Servicio Nacional de Salud, en el año 1957 realizó un programa Nacional de Prevención del Alcoholismo, centrado principalmente en la atención de los pacientes alcohólicos y en la educación preventiva respecto a la ingestión excesiva de alcohol. A este programa se le denominó Institucional.

Los objetivos básicos del Programa Institucional fueron:

- a) Reducir la prevalencia (números de casos existentes del alcoholismo en los grupos afectados).
- b) Reducir la incidencia de la enfermedad (número de casos nuevos en el año)

Las acciones establecidas en este programa se orientaron al tratamiento y rehabilitación de alcohólicos, a la educación de la población para modificar sus hábitos populares de ingestión excesiva de alcohol, a la propaganda masiva, a la formación de personal especializado y a la investigación científica.

Este programa suponía para su realización, la creación, dentro de la estructura del Servicio Nacional de Salud, de un Centro de Tratamiento por cada cien mil

personas. De estos centros se irradiaría el programa a todas las comunidades circundantes, con el personal médico y paramédico adecuado.

En lo que respectaba al aspecto educativo, este programa delegaba las acciones preventivas en los Educadores sanitarios y los profesores de la Enseñanza Oficial.

El programa Institucional tuvo una serie de deficiencias en su aplicación, entre las cuales las más importantes fueron:

- a) Lentitud de su desarrollo por carencia de recursos.
- b) Falencia de las etapas de prevención primaria y terciaria.
- c) La ausencia de un esquema de delegación efectiva, que multiplicara las acciones y los recursos disponibles.
- d) La falta de análisis socio-cultural del problema y de medidas tendientes al cambio de actitudes y valores.
- e) La falta de integración a las acciones de Salud Mental y a los programas de Salud General.
- f) La ausencia de una adecuada coordinación interaccional.

Todas las deficiencias anteriormente señaladas sirvieron como base para la formulación del nuevo programa de Prevención del Alcoholismo en el año 1971.

b) PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE ALCOHOLISMO Y DE LOS PROBLEMAS DEL ALCOHOL, AÑO 1971.

El programa nacional de 1971 estuvo orientado por tres principios, que en síntesis se enuncian a continuación:

- 1.- El alcoholismo provoca una serie de consecuencias socio-económicas que afectan directamente a la familia del enfermo (desnutrición, desorganización familiar, bajo ingreso del grupo familiar, etc.)
- 2.- El alcoholismo provoca graves efectos en el campo laboral, entre éstos, el ausentismo, el bajo rendimiento, los accidentes del trabajo, etc.
- 3.- El alcoholismo afecta en gran medida a la participación social.

En el programa se señalaban los objetivos y metas en términos de prevención primaria, secundaria y terciaria.

En prevención primaria se proponía la creación de un organismo intersectorial que, coordinado a las Instituciones Planificadoras, formulara políticas en cuanto a la producción, distribución y consumo de bebidas alcohólicas. Además, se proponía la formulación, junto al Ministerio de Educación, de un programa educativo respecto al alcohol y alcoholismo integrado a los programas de en-

señanza básica, media y profesional. En lo poblacional se mencionaba la elaboración de programas conjuntos con las organizaciones comunitarias (Centros de Madres, Juntas de Vecinos, Centros Juveniles, etc.), tomando como base a los Centros Rehabilitadores de alcohólicos.

En prevención secundaria, se señalaba la creación de un Centro de Tratamiento y Prevención de Alcoholismo por cada diez mil habitantes y la educación de la población adulta de todo el país para que identifique los signos y síntomas del Alcoholismo-Enfermedad, a través de las organizaciones comunitarias y los medios de comunicación social.

En prevención terciaria, el programa pretendía apoyar la creación de Talleres Artesanales adscritos a los Centros Rehabilitadores de la comunidad, promover en los lugares de trabajo la reincorporación de los pacientes alcohólicos recuperados y capacitar a la comunidad para que colaborara en la mantención de la abstinencia del alcohólico.

Entre las principales metas establecidas en el programa cabe mencionar:

- La creación de noventa y siete Centros de Tratamiento y Prevención con el personal suficiente para su atención.
- La creación, junto a la Unión Rehabilitadora de alcohólicos de Chile, de nuevos Centros

Rehabilitadores en el país. Específicamente se propuso la formación de 25 Centros por año.

- La dotación de un Taller Laboral protegido al setenta por ciento de los Centros Rehabilitadores de Alcohólicos existentes, en un plazo de cinco años.

SITUACION ACTUAL DE LA PREVENCIÓN DEL ALCOHOLISMO EN CHILE

La prevención del alcoholismo en el país atraviesa por un período crítico, por cuanto no existe en la actualidad programas de prevención a nivel Nacional, Regional o local que permitan enfrentar integralmente esta enfermedad. El último programa de este tipo (elaborado el año 1971), no se puede aplicar porque sus objetivos y acciones no corresponden a la realidad actual del país.

Toda esta situación ha derivado en que las acciones preventivas se presenten en forma aislada y sean insuficientes para la enorme magnitud del problema del alcoholismo en Chile.

En prevención primaria, lo más importante en los últimos años, es el programa de prevención del alcoholismo en la comunidad escolar.

Este programa fue elaborado por la sección Salud Mental del Servicio Nacional de Salud, en conjunto con los representantes del Ministerio de Educación con el fin de integrar los contenidos de alcoholismo a los programas de estudios de los primeros a octavos básicos.

Los objetivos estipulados en el programa están orientados principalmente a:

1.- Modificar los elementos culturales que favorecen la ingestión excesiva de alcohol y el alcoholismo en el país.

2.- Formar hábitos de ingestión moderada de bebidas alcohólicas.

3.- Incorporar la comunidad escolar a todas las actividades que permitan disminuir el número de bebedores anormales y ayudar en la matención de la abstinencia del alcohólico recuperado.

El programa de prevención primaria en la comunidad escolar es una de las pocas acciones preventivas - dirigidas a la raíz del problema del alcoholismo en la juventud, pero todos sus posibles resultados positivos dependerán directamente de los recursos con que cuente, de la capacitación del personal docente y de su cuidadosa aplicación.

Frente a la situación planteada (las graves consecuencias del alcoholismo en el país, a la carencia de recursos para enfrentarlos y especialmente a la inexistencia de políticas claras en cuanto a su prevención) la Unión Rehabilitadora de Alcohólicos de Chile, y los asesores y profesionales que laboran en alcoholismo han manifestado que se da escasa prioridad a esta enfermedad en los programas asistenciales del Servicio Nacional de Salud

y que esto se debe al bajo rendimiento del tratamiento antialcohólico, por cuanto, según la mayoría de los estudios realizados, permanece abstigente sólo el 30 ó 40% de los alcohólicos tratados. Esto ha determinado que se destine menor cantidad de recursos para su prevención.

En el Seminario Nacional de Alcoholismo, llevado a cabo en el mes de Junio de 1977 en Santiago, los profesionales y asesores técnicos que participan en alcoholismo en todo el país señalaron que las industrias donde se han aplicado programas de tratamiento y prevención se ha logrado resultados positivos en un 85%. Esto indicaría que el alcoholismo puede ser recuperable en la mayoría de los casos, pero que su recuperabilidad no sólo es función exclusiva de la enfermedad y de la técnica de tratamiento que se aplica, sino también del sistema Asistencial y del medio y circunstancias en que se realice la terapia. Por lo tanto, la pobreza de recursos con que se cuenta y el escaso interés que presenta el alcoholismo como problema terapéutico, serían a la vez causa y efecto de su baja recuperabilidad.

Está comprobado que las medidas tendientes a contrarrestar los graves efectos socio-económicos provocados por el alcoholismo en el país no guardan relación con la magnitud del problema (1.300.000 bebedores anormales, de los cuales 325.000 son alcohólicos y 975.000 bebedores excesivos). Esto estaría determinado en gran medida, según lo manifiestan los profesionales y asesores

res técnicos en el Seminario Nacional mencionado, por el hecho que no se ha logrado aún comunicar la información respecto a la enfermedad y sus efectos, en términos que reflejan lo que el alcohol y el alcoholismo significan para el país como gasto comparado con lo que significa como ingreso.

Frente a la situación presentada, en el último Seminario Nacional de Alcoholismo se planteó la necesidad de llevar a cabo una serie de acciones, tanto en prevención primaria, secundaria como terciaria, que significarían un gran avance en la lucha antialcohólica desarrollada en Chile.

En prevención primaria se propuso la creación de un organismo coordinador Intersectorial que estaría encargado de formular una política nacional respecto al alcohol y el alcoholismo. La creación de este organismo es una aspiración antigua del Sector Salud y también estaba estipulada en el programa nacional de alcoholismo - del Servicio Nacional de Salud del año 1971. Dentro de esta misma fase se planteó la realización de un estudio sobre el alcohol y el alcoholismo en términos de Gasto e Ingreso.

En prevención secundaria se señaló que los programas de alcoholismo debían ser desarrollados localmente, considerando la influencia de factores socio-culturales en la forma de darse el problema. Estos programas debían formar parte integral de los programas asistenciales del Servicio Nacional de Salud, y por lo tanto,

tener profesionales y personal auxiliar suficiente para su cumplimiento.

En cuanto a las acciones asistenciales, se señaló que estas debían estar centradas en el equipo de salud. La delegación de funciones del médico a otros profesionales y de éstos a personal no profesional fue considerada como la alternativa más viable para cubrir la demanda potencial. Se consideró la incorporación de voluntarios de la propia comunidad a las actividades de detección, seguimiento y rehabilitación de los enfermos, sin que tuvieran el carácter de especialistas en el tratamiento antialcohólico y sin proporcionarles medicamentos para que practicaran la medicina.

Finalmente se mencionó la importancia de desarrollar programas de alcoholismo para subgrupos especiales de la población (industrias, empresas, etc.), y realizar programas de capacitación en psiquiatría básica para médicos no especialistas con la finalidad de suplir, en parte, la carencia existente. Respecto al fondo especial destinado a la rehabilitación de alcohólicos de la Ley 16.744 (accidentes del trabajo y enfermedades profesionales) se solicitó el financiamiento de la construcción, habilitación y funcionamiento de locales dependientes del Servicio Nacional de Salud, para la rehabilitación de enfermos alcohólicos.

En prevención terciaria se consideró fundamental el rol que cumplen los profesionales del Servicio So-

cial y los Centros Rehabilitadores en la recuperación y rehabilitación del alcohólico. También se consideró importante el papel que le corresponde al trabajo en la recuperación y se indicó que la reincorporación laboral para aquellos que la han perdido o abandonado debía constituir una de las metas principales de todo programa de rehabilitación, por cuanto el trabajo no sólo proporcionaría los medios de vida necesarios sino que también permitiría mayor estabilidad y mejoraría la autonomía del individuo.

En resumen, de lo planteado por los profesionales que laboran en alcoholismo en el país y de la situación presentada respecto a programas y recursos para la lucha antialcohólica, es posible derivar como conclusiones generales que:

- 1.- El alcoholismo es una enfermedad que afecta gravemente la Vida Nacional en sus diferentes aspectos, tanto sociales como económicos, culturales, etc.
- 2.- Que para enfrentarlo se requiera de una política clara en cuanto a su prevención, con programas coherentes ya sea nacionales, regionales o locales y recursos materiales y humanos suficientes para su realización. La inexistencia de este tipo de programas ha determinado que las medidas preventivas que se aplican sean esporádicas, poco sistemáticas e insuficientes.
- 3.- Que los programas de prevención deben estar adecuados a la realidad actual del país y contar con los

recursos suficientes para así enfrentar en forma eficiente e integralmente el grave problema que significa el alcoholismo para Chile.

- 4.- Que en la prevención de esta enfermedad debe participar la comunidad en su conjunto a través de sus organizaciones (Juntas Vecinales, Sindicatos, Organizaciones Juveniles, etc.). La Lucha antialcohólica requiere no sólo la participación del sector público sino que también del sector privado (industrias, empresas, etc.).
- 5.- Que en la rehabilitación del enfermo alcohólico, los Centros tienen un papel fundamental y que por lo tanto deben ser apoyados principalmente por el Servicio Nacional de Salud, por las Universidades, por las Instituciones ligadas a la Lucha antialcohólica en el país, (Ligas de rehabilitación) y en general por la comunidad toda.

C A P I T U L O I I

REHABILITACION DEL ENFERMO ALCOHOLICO

LA REHABILITACION DE LOS
ENFERMOS ALCOHOLICOS

Una de las características más importantes del individuo normal es la capacidad de ajuste o integración al medio. Este ajuste se va logrando prácticamente en forma individual, en directa relación a las experiencias de cada persona, las facilidades que el medio le otorga y sus propias características (inteligencia, personalidad, etc.).

Cuando una persona alcanza un equilibrio en sus relaciones familiares, laborales y sociales, manteniendo su propia identidad, se puede decir que ha logrado una integración normal.

No obstante, el medio le presenta al hombre una serie de obstáculos que podrían limitar o anular el proceso de integración. En otras palabras, el individuo normal, por diversas necesidades, presiones sociales y/o económicas, limitaciones psicológicas, acontecimientos inesperados, factores culturales, etc., arriesga el ajuste normal.

Hay ciertas enfermedades y accidentes, que al producir incapacidades físicas y/o mentales, permanentes o transitorias, deterioran el ajuste, llegando a derivar en algunos casos en incapacidad social.

En tal situación se encuentran los inválidos, drogadictos y alcohólicos (para mencionar sólo algunos), quienes para recuperar su equilibrio necesitan ser rehabilitados.

Llamaremos incapacitado social a toda persona que por diversas circunstancias ha perdido o disminuído considerablemente sus capacidades de responder a los requerimientos del medio o integrarse a él como individuo normal.

La Organización Mundial de la Salud ha definido la rehabilitación como "Un proceso continuo y progresivo que pretende el desarrollo de las incapacidades remanentes del individuo incapacitado y su paulatina integración a su medio social, preocupándose no sólo de sus problemas físicos sino también de los psíquicos, socioeconómicos y vocacionales, hasta lograr la utilización máxima de su capacidad funcional residual" (8).

Junto con ésto la Organización Internacional del Trabajo, la misma Organización Mundial de la Salud y la Asociación Internacional de la Seguridad Social han subrayado el siguiente principio: "Toda persona impedida debe tener derecho a recibir la protección, la ayuda y las oportunidades de rehabilitación que sean necesarias y adecuadas para permitirle compartir, en la mayor medida posible, los privilegios y las responsabilidades de una vida plena en la sociedad a la cual pertenece" (9).

(8) y (9) "Plan Nacional de Rehabilitación 1976" Comisión Nacional de Rehabilitación, Ministerio de la República, Chile 1976. (Copia mimeografiada).

Si utilizamos los conceptos señalados anteriormente en torno a la problemática de los enfermos alcohólicos, podremos descubrir que este tipo de enfermedad provoca incapacidad social, que los principios internacionales señalan el derecho de todo impedido para buscar su rehabilitación, por lo que se convierte en una necesidad disponer de un sistema eficiente que permita orientar en forma positiva la rehabilitación de los enfermos alcohólicos.

I. REHABILITACION DE ALCOHOLICOS

Tal como se ha señalado, la enfermedad alcohólica provoca en el individuo graves trastornos físico-mentales que lo incapacitan para desarrollar en forma normal sus roles familiares, laborales y sociales, impidiendo su integración y participación activa en el medio social y cultural al cual pertenece. Por lo tanto, el enfermo alcohólico requiere ser rehabilitado física, psíquica y socialmente.

Se ha definido la rehabilitación de alcohólicos como un proceso mediante el cual un individuo que ha padecido la enfermedad alcohólica, caracterizada por depender física y psíquicamente del alcohol atravesando por el síndrome de privación alcohólica, es recuperado, tratado y reintegrado con plena conciencia de su enfermedad a su grupo familiar y laboral en forma integral.

Desde un punto de vista profesional la rehabili-

tación de alcohólicos cumple las siguientes fases:

a) PSICOTERAPIA INDIVIDUAL

Sus fines son predisponer al tratamiento, lograr que el individuo acepte su condición de enfermo y orientarlo con respecto a su recuperación.

b) REFLEXOTERAPIA (o tratamiento)

Cuyos fines son desintoxicar al individuo y crearle repulsión al alcohol. En esta fase se produce la recuperación clínica del enfermo. Paralelamente al tratamiento se concientiza y educa a la familia para lograr que ésta acepte al enfermo y lo ayude en su recuperación.

c) PSICOTERAPIA DE APOYO (psicoterapia de grupo)

Tiene como fin lograr que el paciente clínicamente recuperado se identifique con aquellas personas que sufren su misma enfermedad, refuerce su conciencia de enfermo y busque su propia superación en vías de la rehabilitación integral.

En todas estas fases participan los profesionales, médicos, Asistentes Sociales, enfermeros, educadores sanitario, etc., destacándose especialmente el asistente social quien, generalmente, comienza por captar el problema.

Sin embargo la rehabilitación puede ser analizada siguiendo las etapas que debería cumplir todo en-

fermo alcohólico que se someta al tratamiento clínico. Desde este punto de vista el grupo seminarista ha podido distinguir tres etapas que, partiendo desde el individuo cuya enfermedad ya ha sido profesionalmente detectada, permiten orientarlo hacia una completa y progresiva rehabilitación.

Estas etapas, que en la práctica se dan interrelacionadas, pero que aquí serán separadas solamente para lograr su comprensión, son:

- Readaptación y
- Rehabilitación integral.

LA RECUPERACION

Es la etapa en la cual el enfermo alcohólico se somete a un tratamiento clínico cuyos objetivos fundamentales son la desintoxicación, la abstinencia absoluta y permanente de bebidas alcohólicas y la aceptación de la existencia de la enfermedad. Para lograr estos objetivos se utilizan diversas técnicas como son la psicoterapia individual y de grupo, el tratamiento o terapia ambiental (al medio familiar, laboral, recreativo, social, etc.) y los recursos farmacológicos (disulfiram, reflejos condicionados).

LA READAPTACION

Es la etapa que prosigue a la anterior y que consiste en la incorporación del enfermo tratado clínicamente a un medio social nuevo, cuyos fines terapéuti-

cos permitirán, dentro de un plazo individual variable, preparar al enfermo para enfrentar sin dificultades su medio normal. En otras palabras, el enfermo ingresa a un centro rehabilitador de alcohólicos en el cual podrá participar de una serie de actividades con finalidades psicoterapéuticas que le facilitarán el encuentro de nuevos valores, le reforzarán la conciencia de enfermo alcohólico y le permitirán recuperar sus capacidades físico-mentales y sociales disminuidas durante el período anterior al tratamiento.

LA REHABILITACION INTEGRAL

Es la etapa ideal en la cual el individuo ha logrado recuperarse totalmente, absteniéndose en forma permanente y absoluta del consumo de bebidas alcohólicas, con plena conciencia de su enfermedad, logrando un crecimiento personal, cultural y social satisfactorio y adoptando formas realistas y objetivas de pensar y actuar lo suficientemente efectivas que le permitan desarrollar eficientemente sus roles familiares, laborales y sociales en el medio al cual pertenece.

Podríamos decir que en las dos primeras etapas se da un proceso medianamente pasivo en la medida que el progreso del enfermo alcohólico es fundamentalmente dependiente (características constantes de este tipo de enfermedad). Vale decir, que el enfermo alcohólico necesitará permanentemente apoyo de terceras personas para mantener su abstinencia, o bien para lle-

var adelante su vida personal y social (dependencia del profesional, de su centro, de su familia, etc.). En cambio, la rehabilitación integral justamente se caracteriza por el término de todo tipo de dependencia, ya que aquí se supone que el enfermo está lo suficientemente capacitado para enfrentar el medio.

Cabe hacer notar que en esta clasificación se considera fundamental la readaptación, por lo que lógicamente se justifica la máxima utilización que pueda lograrse con los Centros Rehabilitadores de Alcohólicos.

El proceso de rehabilitación es bastante complejo debido a que la enfermedad ha socavado la base de los principios morales, ha alterado psíquicamente al enfermo, ha dificultado la claridad de roles, ha humillado a la persona con lo cual prácticamente lo ha convertido en un incapacitado social. Es por este motivo que el grupo seminario considera imprescindible no abandonar a estos pacientes después del tratamiento; por el contrario, es fundamental que el esfuerzo clínico se vea justificado a través de la obtención de la recuperación y rehabilitación total de todos los tratados médicamente. Cabe recordar que en nuestro país los porcentajes de recuperación del enfermo alcohólico son bajos, estimándose no superior a un 40% aproximadamente. He allí la importancia de los Centros Rehabilitadores de Alcohólicos.

II. CENTROS REHABILITADORES DE ALCOHOLICOS

Tal como se ha señalado anteriormente, la etapa

de readaptación resulta fundamental para alcanzar la rehabilitación integral que es dable suponer.

Un alcohólico clínicamente recuperado requiere de inmediato iniciar un proceso educativo-recreativo-terapéutico que le permita reforzar su condición de enfermo y capacitarlo psíquica, física y socialmente para recuperar roles y aptitudes perdidas, bajo el amparo de una renovada tabla de valores y necesidades.

Sería imposible disponer de los medios humanos, técnicos y económicos suficientes que permitieran suplir de alguna manera a los Centros Rehabilitadores de Alcohólicos en sus posibilidades de alcanzar individual y grupalmente las metas señaladas en el párrafo anterior: como también, es ilógico suponer que todos los enfermos recuperados podrán seguir individualmente el camino de la rehabilitación integral con éxito sin la ayuda de algún Centro Rehabilitador de Alcohólicos. Tal vez, la minoría podría salvar exitosamente los obstáculos, pero la gran mayoría correría el riesgo de fatigarse y recaería, con lo que obligaría a recargar con los mismos pacientes, los escasos medios asistenciales de que se dispone, restando posibilidades de atención inmediata a aquellos pacientes que concurren a su primer tratamiento. Vale decir, el círculo vicioso sería eterno y progresivo.

Los Centros rehabilitadores de Alcohólicos son organizaciones comunitarias formadas, principalmente, por alcohólicos recuperados o en tratamiento y personas de

abstinencia espontánea, que tienen por finalidad la prevención, recuperación y rehabilitación de alcohólicos.

A nivel nacional se define a los Centros de Abstemios como "una asociación de hombres y mujeres que comparten sus amistades, fortaleza, experiencia y esperanza para poder resolver sus problemas comunes y ayudar a otros recuperados de la enfermedad alcohólica" (10).

Los Centros de Recuperación de Alcohólicos surgieron en nuestro país como adaptación a la Organización Alcohólicos Anónimos de los Estados Unidos (A.A.).

Esta organización norteamericana fue creada con el fin de ayudar al alcohólico en su recuperación, basados en el principio del anonimato.

Actualmente alcohólicos anónimos tienen filiales en todo el mundo, considerando al alcoholismo como una enfermedad causada por traumas psíquicos sufridos por el individuo que le provoca una obsesión mental aniquilando sus facultades físicas, morales y espirituales llevándolo a beber involuntariamente. A pesar de que sus planteamientos están basados en principios religiosos comunes a varios credos, no descarta la ayuda de la medicina, exclusivamente en casos necesarios.

(10) "Tercera convención Nacional de Clubes de Abstemios de Chile". Valparaíso, Diciembre 1966. Postulado N°1, Copia mimeografiada.

Para ingresar a esta organización se requiere el deseo sincero de dejar de beber. Para ello se ayudan con el "Plan de las 24 horas" mediante el cual la persona se compromete así mismo no beber licor durante las 24 horas del día, debiendo reformular diariamente su promesa. Además su código de fe está expresado en doce principios de carácter dogmático denominados "LOS DOCE PASOS Y LAS DOCE TRADICIONES" y que, en síntesis, se refiere al reconocimiento de la enfermedad alcohólica, el estudio de la personalidad del individuo, la adaptación social de sus miembros y el trabajo mutuo para recuperar a otros alcohólicos.

En nuestro país los Centros Rehabilitadores de Alcohólicos se agrupan en torno a diferentes denominaciones, pero todos en su esencia persiguen el mismo fin. Es así como encontramos Clubes de Abstemios (C.A.), Agrupaciones Rehabilitadoras de Alcohólicos (ARDA), y Centros de Alcohólicos Recuperados (CAR). Sin embargo, para la Unión Rehabilitadora de Alcohólicos de Chile (URACH) a todos ellos se les denomina Centros Rehabilitadores de Alcohólicos (C.R.A.) aceptándose las diferentes denominaciones sólo porque así quedó establecido al obtener sus respectivas Personalidades Jurídicas.

La participación del enfermo alcohólico en algunos de los Centros de Rehabilitación supone la posibilidad de lograr una mayor comprensión de las circunstancias que motivan o conducen a la enfermedad, un fortalecimiento de la voluntad de abstinencia, de participar

en labores de bien social, de programar actividades coadyudantes al tratamiento, etc.

Es importante recalcar que los Centros Rehabilitadores de Alcohólicos por sus características, fines y objetivos son esencialmente grupos terapéuticos y la mayoría de sus socios son personas que se encuentran en vías de la rehabilitación integral.

Debido a la degradación integral en que se ve sumergido antes del tratamiento, el alcohólico al recuperarse se convierte en un individuo muy sensible y con quién hay que tener un trato especial que le permita recuperar la confianza en la sociedad y a la vez recuperar su propia dignidad.

OBJETIVOS

En 1966 fueron aprobados los objetivos de trabajo de los Centros de todo el país. En ellos se indicaba que debían:

- a) Servir de Centros de reunión de alcohólicos recuperados, del que esté en tratamiento y de los abstemios espontáneos.
- b) Constituirse en un Centro de actividades sociales en las cuales se propicie la higiene mental a través de la recreación, educación y sicoterapia informal.
- c) Participar activamente en campañas de preven-

ción contra la enfermedad.

- d) Relacionarse con Centros congéneres nacionales e internacionales permitiendo la posibilidad de dar y recibir información en pro del perfeccionamiento.

En la actualidad los objetivos comunes a todo Centro de Recuperación de Alcohólicos son los siguientes:

- Reforzar la intención de sus socios de mantenerse en abstinencia absoluta de bebidas alcohólicas.
- Colaborar activamente en la Rehabilitación integral del alcohólico recuperado.
- Incentivar y ayudar a otros alcohólicos a recuperarse.
- Participar en la prevención del alcoholismo.

Los CRA son organismo independientes del Servicio Nacional de Salud y están regidos por un directorio autónomo. Todos ellos se encuentran afiliados o en proceso de afiliación a la Unión Rehabilitadora de Alcohólicos en Chile.

Desde un punto de vista profesional los Centros Rehabilitadores de Alcohólicos son en sí mismo un excelente recurso durante y después del tratamiento de pacientes alcohólicos, ya que bien organizados prestan una valiosísima colaboración en las tareas de prevención, rehabilita

ción y recuperación, sin olvidar lógicamente que como organizaciones sociales han adquirido un significativo prestigio y valor a nivel nacional e internacional.

Por su parte, los postulados de la CRA datan de 1966 aprobados en una Convención realizada en Valparaíso. Estos postulados se basaron en los principios de la Organización Alcohólicos Anónimos "LOS DOCE PASOS Y LAS DOCE TRADICIONES" y, en síntesis sus puntos más relevantes señalan:

- 1.- El alcohólico recuperado deberá demostrar que está sano y actuar normalmente en la sociedad. Sólo se respetará el anonimato en las personas que así lo deseen.
- 2.- Existe conciencia que el alcoholismo es una enfermedad que causa daños físicos y espirituales y que solamente mediante un tratamiento médico social es posible liberarse de él.
- 3.- A pesar del espíritu de sacrificio que prime en sus asociados ninguno debe mantenerse con los mismos cargos directivos por - tiempos prolongados, debiéndose dar lugar para que otros aprendan la conducción y participen orientados por quienes disponen de mayor experiencia.
- 4.- La máxima cualidad de un asociado es la hu

mildad cuya búsqueda implica sentimientos y actitudes de tolerancia, paciencia, comprensión, serenidad y respeto hacia los demás.

- 5.- Es deber de cada asociado realizar todos los esfuerzos posibles para lograr la recuperación de otros enfermos alcohólicos orientándolos hacia el tratamiento médico social.

Además respecto a los Centros mismos los postulados establecen:

- a) Los Centros no pertenecen ni directa ni indirectamente a ninguna institución de carácter religioso, político o social.
- b) Los Centros no participan en ninguna controversia ajena a su existencia, respetando todas las ideas existentes sin manifestarlas internamente ni tomando su nombre para participar o apoyarlas individual o grupalmente.
- c) El Centro prestará apoyo a todo asociado como orientación para la autoafirmación proporcionándole comprensión, amistad sincera, tolerancia, afecto familiar, respeto y dignidad en las acciones.
- d) El Centro agrupa a personas recuperadas que buscan su rehabilitación mediante sus propios

esfuerzos y los de la familia y comunidad.

- e) Los Centros trabajan por el bienestar espi
ritual y material de sus asociados y fami-
liares por medio del perfeccionamiento cul
tural y progreso integral.
- f) Es fundamental el mantenimiento de las bue-
nas relaciones con las instituciones congé-
neras tanto nacionales como internacionales.
- g) Es primordial la asesoría constante de ins-
tituciones médico-sociales o de rehabilita-
ción de manera que éstas permitan una correc-
ta orientación a los Centros y a sus asocia-
dos.
- h) Es un deber entregar a la comunidad toda in-
formación necesaria relacionada con el pro-
blema alcohólico utilizando para ello el con-
tacto directo y todos los medios de comunica-
ción social.
- i) Se debe fortalecer la institución mediante
actividades internas y externas de rehabili-
tación, educativas, sociales y recreativas.
- j) Es indispensable la asesoría médica, de A-
sistentes Sociales y Educadores Sanitarios
del Servicio Nacional de Salud para que o-
rienten y sirvan de nexo con los Centros de
Tratamiento Médico Social.

ACTIVIDADES

Siempre considerándolos en términos generales los Centros Rehabilitadores de Alcohólicos deben desarrollar una serie de actividades educativas, sociales, recreativas, culturales y de difusión, todas ellas con un eminente fin terapéutico.

Por otra parte, la integración formal o informal de la familia se ha considerado indispensable si tomamos en cuenta que ella es uno de los principales recursos en el proceso de rehabilitación del enfermo alcohólico.

La programación adecuada de actividades con finalidad terapéutica determina la forma como un recuperado va a recorrer el camino hacia la rehabilitación integral, ya que en una primera etapa el CRA es el grupo necesario al alcohólico recuperado; éste debe entregarle los elementos suficientes para su propio crecimiento, es decir, debe prepararlo para posteriormente reincorporarlo a su medio en forma normal.

Laura Klenner, Asistente Social miembro de la Comisión Técnica Asesora de URACH nacional, ha señalado que el mayor error de un CRA es convertirse en un "Bar sin Alcohol", realizando actividades que normalmente se afectan en estos lugares (cacho, dominó, brisca).

Estas actividades, por su extrema pasividad, no les permite fortalecerse "ni física ni espiritualmente" para enfrentar su enfermedad, es necesario que prac-

tiquen además actividades que de una u otra forma les permita crear y por lo tanto crecer.

Una de las actividades que jamás debería estar ausente dentro de toda CRA son las que se refieren a terapias (con o sin asesoría técnica). En el caso de las actividades de carácter terapéutico sin Asesoría Técnica están las que pretenden, a través de la discusión de algún tema, ellos se reafirmen en sus conceptos de la enfermedad alcohólica y sus consecuencias, de manera que no puedan olvidarse en ningún instante que son enfermos alcohólicos abstinentes.

En el Seminario Nacional de Alcoholismo realizado en Santiago en Junio de 1977 se aprobó un esquema básico de actividades de los Centros Rehabilitadores y que es el siguiente:

- a) Reuniones de apoyo que permitan refrescar la conciencia de enfermedad mediante unidades educativas entregadas por los técnicos y/o los integrantes del grupo.
- b) Captación de enfermos a través de la difusión y educación en la comunidad.
- c) Rescate de socios inasistentes.
- d) Motivar a aquellas personas que han permitido su tratamiento para que lo reanuden.
- e) Incorporar a la familia a las actividades del grupo a través de programas recreativos y culturales con el fin de obtener apoyo.

- f) Propender el crecimiento social y cultural de los socios a través de actividades que le permitan desarrollar sus capacidades potenciales y nuevos intereses.
- g) Selección y capacitación de socios para ocupar cargos directivos.
- h) Promover actividades que tiendan a la cohesión y sentido de pertenencia a la organización.
- i) Procurar la integración progresiva de los socios u otros grupos de la comunidad.
- j) Propiciar actividades que proporcionen reconocimiento y apoyo por parte de la comunidad.

FINANCIAMIENTO

La posibilidad de contar con recursos económicos y sociales materiales suficientes es uno de los aspectos más importantes para obtener la concretización de los objetivos y programas de los Centros.

Actualmente el artículo 24 de la Ley 16.744 de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales otorga una subvención anual a cada Centro con Personalidad Jurídica.

Para ello existe un comité central de higiene mental que estudia las peticiones en base a programas por realizar. Esta subvención no opera para aquellos centros sin personalidad jurídica, quienes están obli-

gados a autofinanciarse.

En cuanto al financiamiento desde el centro mismo, éste está basado en el cobro de sus cuotas sociales y en aquellas actividades que se realizan con el objeto de reunir fondos.

LOS SOCIOS

Los Centros Rehabilitadores de Alcohólicos son organizaciones comunitarias funcionales regidas por la Ley 16.880 de Juntas de Vecinos y su reglamento. Su duración es indefinida así como ilimitado el número de sus socios.

Al centro pueden ingresar los alcohólicos que se hayan sometido a algún tratamiento o que espontáneamente se mantengan en abstinencia.

Es considerado socio aquél que se haya inscrito durante la existencia del centro como organización en formación o después de haber obtenido la personalidad jurídica y aprobados sus estatutos.

Para ingresar debe presentarse una solicitud dirigida al directorio el cual no puede fundar la aceptación o rechazo en razones políticas o religiosas.

Se contemplan tres tipos de socios:

- activos
- cooperadores
- honorarios.

Los socios activos son aquellas personas que se han realizado alguna vez un tratamiento o que actualmente lo estén siguiendo y los abstemios por decisión voluntaria.

Los socios cooperadores son aquellas personas que colaboran en forma permanente con el centro.

Los socios honorarios son aquellas personas que han adquirido la calidad de tales en virtud de un acuerdo de asamblea y como consecuencia de su actuación destacada al servicio de los intereses del centro o de sus objetivos.

Por otra parte, la asamblea es la autoridad máxima del centro. Estas deben realizarse mensualmente y al principio de cada año el directorio debe dar cuenta acerca de la administración del año anterior.

En cuanto al directorio mismo, este debe estar compuesto por cinco miembros de entre los cuales se nombra al presidente, secretario y tesorero.

Además debe existir una comisión fiscalizadora de finanzas compuesta por tres miembros, encargada de revisar el movimiento financiero del centro pero sin intervenir en los actos administrativos, ni objetar decisiones del Directorio o Asamblea.

ORGANIZACION DE LOS CENTROS
REHABILITADORES DE ALCOHOLICOS.-

Los centros rehabilitadores de alcohólicos se iniciaron en los centros de tratamiento de alcoholismo del Servicio Nacional de Salud, como grupos específicos de psicoterapia, asesorados directamente por médicos y Asistentes Sociales de la Institución. Luego, cuando crecieron en cuanto a su organización y acción, se independizaron extendiéndose por todo el país.

Estos centros, durante un corto período, desarrollaron su labor en base a sus propios recursos materiales y humanos, sin que se vincularan fuertemente entre si.

Posteriormente por necesidad de fortalecer su labor, de acrecentar sus recursos, de obtener mayor eficiencia, de comunicarse y solidarizar en su acción rehabilitadora, se agrupan en dos federaciones:

- 1.- Federación de Clubes de Abstemios
- 2.- La Agrupación Rehabilitadora de Alcohólicos.

Las federaciones existieron hasta el 1° de Agosto de 1969, fecha en que se lleva a efecto la Cuarta Convención Nacional de Centros de recuperados Alcohólicos y Clubes de Abstemios de Chile (San Antonio).

La Cuarta Convención fue convocada por el Club de Abstemios "Vida Nueva" de San Antonio, con apoyo de Asesores Técnicos y profesionales del Servicio Nacional

de Salud. Esta convención se desarrolló durante tres días y en ella participaron sesenta y dos organizaciones rehabilitadoras de alcohólicos en todo el país.

Los objetivos fundamentales de la cuarta convención fueron (11):

a) Analizar los factores que obstaculizan la unificación nacional de los Centros rehabilitadores del país.

b) Estudiar las bases sobre las cuales se estructuraría una organización nacional que agrupara las dos federaciones existentes.

c) Lograr la vinculación de la nueva organización creada con el Estado.

Esta convención tuvo como principal resultado la fusión de las dos federaciones en una sola organización de carácter nacional. La Unión rehabilitadora de Alcohólicos de Chile.

LA UNION REHABILITADORA DE ALCOHOLICOS
DE CHILE (URACH)

La Unión Rehabilitadora de Alcohólicos de Chile se constituyó legalmente el 22 de Julio de 1971 con la presencia de la Agrupación de Alcohólicos de Curicó, el Centro de Abstemios "Los Gallos" de Valparaíso, la Agrupación Rehabilitadora de Alcohólicos de Talca, el Club de Abstemios de Chile Santiago, el Club de abstemios

(11) "Conclusión de la Cuarta Convención Nacional de Centros de Recuperados Alcohólicos y Centros de Abstemios de Chile", Sn. Antonio, Agosto 1969, Apuntes Mimeografiados.

"Vida Nueva" de San Antonio y la agrupación Rehabilitadora de Alcohólicos de Chillán (ARDA).

La Unión Rehabilitadora de Alcohólicos de Chile es la organización que representa a todas las agrupaciones rehabilitadoras de alcohólicos del país, y está definida en sus estatutos como la "Corporación de Derecho Privado, sin fin de lucro que agrupe y represente a todas las corporaciones de Derecho Privado, sin fin de lucro, que existen en el país, cuyo objetivo fundamental es la rehabilitación del enfermo alcohólico".

En síntesis, las principales funciones que le corresponden a la Unión Rehabilitadora de Alcohólicos, son las siguientes:

1.- Promover, fomentar y difundir la lucha por la rehabilitación del alcohólico, por medio de la información a los asociados sobre su marcha y sobre el progreso e investigaciones que realizan en el mundo, respecto de esta materia.

2.- Crear centros de estudio e investigación de alcoholismo y prevención y centros rehabilitadores de alcohólicos en todo el territorio nacional, cooperando con éstos, con ayuda técnica y financiera.

3.- En cuanto al Estado y a la comunidad en general, la URACH debe:

a) Velar para que las autoridades tomen conciencia de la rehabilitación del enfermo alcohólico.

co.

- b) Establecer relaciones con organismos Públicos (Ministerios, Servicio Nacional de Salud, Municipalidades, etc.) y Privados (Industrias, comercio, etc.)
- c) Coordinar las relaciones entre sus asociados y los organismos señalados.

4.- Asociarse, federarse o confederarse con instituciones de igual o similar naturaleza, nacionales o internacionales con el objeto de realizar una labor común.

ESTRUCTURA DE LA UNION REHABILITADORA
DE ALCOHOLICOS DE CHILE

La primera autoridad de la URACH es la Asamblea Nacional, que representa al conjunto de los socios (Centros) y en la cual se adoptan los principales acuerdos.

La URACH consta para su desempeño de tres organismos que son:

- El directorio ejecutivo nacional.
- La comisión revisora de cuentas.
- El tribunal de disciplina.

EL DIRECTORIO EJECUTIVO NACIONAL

Es el organismo encargado de la administración y dirección superior de la Unión Rehabilitadora de Alcohólicos de Chile. Las principales funciones que le competen son las siguientes.:

- 1.- Dirigir a la URACH y velar por el cumplimiento de sus fines y estatutos.
- 2.- Administrar los bienes sociales e invertir sus recursos.
- 3.- Citar a las asambleas nacionales de socios.
- 4.- Crear toda clase de sucursales, filiales, Oficinas o departamentos que se estimen necesarios para el funcionamiento de la URACH y de los diversos organismos que la conforman.
- 5.- El directorio ejecutivo nacional debe cumplir los acuerdos de la Asamblea Nacional de Socios y rendir cuenta a ella sobre la marcha de la Institución y sobre la inversión de sus fondos, mediante una memoria, un balance y un inventario.

COMISION REVISORA DE CUENTAS

Las principales funciones que le competen a la Comisión Revisora de Cuentas son:

- 1.- Revisar los libros de contabilidad, comprobantes de ingreso del tesorero y las cuentas bancarias de la Institución.
- 2.- Velar por el normal pago de las cuotas sociales y representar al tesorero en la investigación y fiscalización del pago de las cuotas.
- 3.- Informar en la asamblea nacional sobre la marcha de la tesorería y el estado de las

finanzas, entregando un informe sobre la labor de la tesorería y sobre el balance del ejercicio anual.

EL TRIBUNAL DE DISCIPLINA

El Tribunal de Disciplina es el organismo que está encargado de conocer y juzgar las contravenciones que hagan los socios de URACH a sus estatutos y reglamentos y las faltas y contravenciones que cometan cualquiera de las personas que ocupan cargos directivos en ella. Para esto el Tribunal de Disciplina debe realizar una investigación y luego de obtenido un resultado establecer la pena que corresponde.

SITUACION ACTUAL DE LOS CENTROS

REHABILITADORES DE ALCOHOLICOS EN CHILE

Los centros rehabilitadores de alcohólicos en Chile enfrentan actualmente una situación crítica, caracterizada principalmente por una relativa pérdida de importancia de su participación en la lucha antialcohólica.

La falta de apoyo institucional a la labor que desarrollan, el insuficiente número de profesionales especializados que los asesoran y el desconocimiento de la comunidad en general, son claros ejemplos de la mencionada crisis.

En la situación actual de los centros se conjugan una serie de factores, externos como internos, que interrelacionados han afectado su eficiencia y han producido

graves efectos, tales como conflictos grupales, desorganización, desvirtuación de los fines, inactividad, etc.

Entre los principales factores externos, cabe mencionar:

1.- Falta de claridad en cuanto a la política de prevención de alcoholismo, que ha determinado la existencia de programas nacionales, regionales o locales que integren en forma organizada (con recursos y apoyo suficiente) a los centros rehabilitadores de alcohólicos en la lucha antialcohólica que se desarrolla en el país.

2.- La desvinculación creciente que se ha producido entre los centros de tratamiento de alcoholismo y los centros rehabilitadores de alcohólicos, que ha derivado en un escaso apoyo profesional a su labor y, en algunos casos, ha determinado la desaparición de centros rehabilitadores.

3.- La escasez de profesionales especializados en alcoholismo, situación que deriva de los bajos resultados cuantitativos del tratamiento, trayendo por consecuencia directa una reducción en el número de asesores de centros rehabilitadores.

4.- La ignorancia y, por consiguiente, la incomprensión de la comunidad sobre la existencia y la labor que desarrollan los centros rehabilitadores de alcohólicos.

Los factores de carácter interno están estrecha

mente ligados a los anteriormente nombrados, y muchos son reflejos de éstos.

Los factores más importantes son:

1.- Distorsiones en la labor rehabilitadora de los centros, manifestadas especialmente en:

- a) Inclusión de actividades que no significan un real aporte a la recuperación y rehabilitación del socio y que en algunos casos impiden el crecimiento individual y grupal.
- b) La transformación del centro en un "asilo" de recuperados, donde los enfermos se refugian, aislándose, sin que traten o sean orientados a su integración y participación activa, en un medio familiar, laboral y comunitario.
- c) La gran importancia que se le da a la realización de actividades sociales y recreativas que no están dirigidas a la rehabilitación y que corresponden, más bien, a finalidades específicas de otras organizaciones comunitarias en desmedro de las actividades de carácter cultural orientadas a fines rehabilitadores y que aporten al crecimiento individual y grupal.

2.- Los conflictos en la interrelación de los socios de los centros, que han determinado, en algunos casos, actitudes de dependencia frente a URACH o a los profesionales que los asesoran.

En ciertas oportunidades los conflictos de liderazgo han provocado tan graves efectos como la inactividad o desaparición total del centro. Esto sucede principalmen-

te en los CRA que no cuentan con asesoría técnica permanente.

En otras ocasiones, cuando existe asesoría técnica, pueden ocurrir situaciones de dependencia y, cuando no la hay, desorganización y conflictos.

3.- Marginación de los centros frente a la comunidad.

Existe en los centros una falta de promoción en la comunidad respecto a la labor rehabilitadora que desarrollan y que pudiera facilitar la integración de éstos y el desarrollo de sus actividades preventivas.

Los centros en general no se vinculan directamente con las demás organizaciones comunitarias y tienden a formar grupos cerrados.

4.- La carencia de recursos.

Los centros rehabilitadores de alcohólicos cuentan con escasos medios materiales y financieros que les permitan solucionar los problemas de mantención de sus sedes y desarrollar en forma eficiente su labor.

Todos los factores antes mencionados afectan, indudablemente, el proceso de rehabilitación que se desarrolla en el interior de los centros, dificultan o impiden la labor preventiva que pudieran realizar en la comunidad, y en general, disminuyen el aporte de éstos a la lucha antialcohólica.

Frente a éstas situaciones, la Unión Rehabilitadora de Alcohólicos de Chilo organizó seminarios y consultivos durante todo el año 76, en los cuales surgió la necesidad de realizar un encuentro que tuviera un carácter nacional. Esta idea fructificó en el mes de Junio de 1977, fecha en la cual por iniciativa del directorio ejecutivo nacional, de la comisión Asesora Técnica y con la cooperación de los jefes de la Sección de Salud Mental del Servicio Nacional de Salud, se llevó a cabo el II Seminario Nacional de Alcoholismo.

En este seminario se formaron dos equipos: Uno de los profesionales que laboran en alcoholismo y otro de los delegados de los centros de todo el país. El temario analizado incluía las estructuras de los centros rehabilitadores de alcohólicos, los criterios de recuperación y rehabilitación, las medidas de prevención, etc.

Entre las principales conclusiones se establecieron los siguientes objetivos de acción de los centros rehabilitadores de alcohólicos:

- 1.- Colaborar en la mantención de la abstinencia del enfermo alcohólico.
- 2.- Propender a la rehabilitación del alcohólico.
- 3.- Participar en actividades de prevención.

El Seminario estableció también una nueva estructura administrativa que permitiera cumplir los objetivos antes señalados. Esta nueva estructura debía facilitar la coordinación y comunicación entre los centros y entre

éstos y la URACH, facilitar la función asesora y captar mayores recursos para los centros (autofinanciamiento).

La nueva estructura ideada se denomina Delegación Regional y consta de un Directorio y cuatro comisiones dependientes de éste:

Comisión Finanzas

Comisión Relaciones Públicas

Comisión Cultura y Recreación

Comisión Asesora Técnica.

La Delegación Regional fue definida como el organismo directamente relacionado con la URACH, cuyo objetivo fundamental es el desarrollar políticas de prevención, recuperación y rehabilitación del enfermo alcohólico.

A éste organismo le corresponde representar a la URACH ante las autoridades regionales de salud u otras; y coordinar y guiar las acciones de los centros para el logro de metas regionales en cuanto a la lucha antialcohólica.

La Delegación Regional debe estar compuesta por tres socios nominados por el directorio ejecutivo nacional, quienes para ocupar estos cargos tienen que ser o haber sido dirigentes en sus centros de origen.

Las funciones que les competen a los delegados son:

1.- Estar en permanente comunicación con el directorio ejecutivo nacional e informar a éste sobre la

labor que desarrollen los centros.

2.- Responsabilizarse de que los centros cumplan las finalidades para las cuales fueron fundados.

3.- Promover el desarrollo de los centros y prestar asesoría en la formación de nuevos centros rehabilitadores.

4.- Programar, organizar y promover la realización de jornadas de alcoholismo a nivel local o regional.

Los objetivos de las comisiones, en síntesis, son los siguientes:

a) Finanzas.

Esta comisión tiene como principal objetivo el lograr el autofinanciamiento de la delegación regional y cooperar en el financiamiento de los centros. Para el cumplimiento de estos objetivos la comisión debe reunirse regularmente con los tesoreros de los centros, coordinar las actividades del plan de finanzas y recoger y encausar las experiencias de estos materiales de recursos económicos.

b) Relaciones Públicas.

Esta comisión tiene como objetivo establecer relaciones con los organismos vivos de la región: autoridades, prensa, sector privado, etc. para mantener un sistema permanente de comunicación y de difusión de las actividades hacia el resto de la comunidad.

c) Cultura y recreación.

El objetivo fundamental de ésta comisión es el impulsar a nivel regional o local actividades de carácter recreativo y cultural, dirigidas a la rehabilitación del enfermo alcohólico.

d) Asesoría Técnica.

Esta comisión tiene como objetivo asesorar tanto a la delegación regional como a los centros en labor rehabilitadora que desarrollen.

La comisión asesora debe estar compuesta por los profesionales que trabajan en alcoholismo en la región y por un miembro de la delegación regional como coordinador.

La nueva estructura administrativa establecida por el Seminario, comenzó a funcionar en todo el país luego de ser conocidas las conclusiones del mismo. Los resultados positivos o negativos que puede aportar son difíciles de ser evaluados. Sin embargo, el grupo de seminaristas considera necesario hacer un análisis de los mismos en la Quinta Región (teniendo presente el breve período de funcionamiento) porque la Delegación Regional puede significar un aporte fundamental al desarrollo de los centros y a la labor rehabilitadora que llevan a cabo.

LA ASESORIA TECNICA

Todo grupo organizado necesita del conocimiento de un profesional o técnico capacitado, que a través de las acciones realice, lo oriente para el logro de los fines

que determinaron su formación. Este profesional actúa como Asesor de ese grupo, debiendo participar fundamentalmente en las etapas de formación y organización, que son las más importantes en la vida de toda agrupación social.

La inexistencia de asesoría técnica puede producir una distorsión de los fines establecidos por el grupo, lo que lógicamente involucra una eficiencia en su funcionamiento.

Las acciones que desarrolla un asesor están determinadas por una serie de factores de carácter interno y externo que pueden obstaculizar su labor, entre las cuales las más importantes son:

a) INTERNAS (referidas al asesor).

- Formación profesional o técnica del asesor.
- Condiciones personales del asesor.
- Interés por el trabajo con grupos.
- Experiencia en trabajo con grupos.
- Capacitación para el trabajo con grupos.

b) EXTERNAS (referidas al medio)

- Recursos disponibles.
- Facilidades legales y administrativas.
- Características del grupo y sus componentes.
- Fines y objetivos del grupo.

La asesoría técnica puede ser entregada en forma individual o grupal, directa o indirecta. En todo caso siempre será permanente.

La calidad de individual o grupal de la asesoría dependerá de las características del grupo y de cada uno de sus integrantes. En la etapa de formación, fundamentalmente la asesoría será directa, debido a que el grupo requiere una constante orientación. En cambio, cuando el grupo ha alcanzado cierto grado de madurez, a acudiré al asesor sólo en aquellos casos en que determinadas situaciones así lo requieran. De igual manera ocurrirá cuando se trate de asesoría individual.

En el caso de los grupos terapéuticos, la ase soría técnica se considera indispensable, por cuanto es tos grupos están conformados por individuos enfermos - que presentan ciertas particularidades, como son el esta do emocional e intelectual que afecta sus capacidades de desarrollo personal y de adaptación y el desajuste so - cial, laboral y familiar que sufren.

LA ASESORIA TECNICA EN ALCOHOLISMO

Las graves consecuencias producidas por el al coholismo en el país determinaron que el Servicio Nacional de Salud organizara centros asistenciales y orientara las acciones de tratamiento a través de la participación de equipos técnicos conformados principalmente por médicos, asistentes sociales, psicólogos y enfermeras, creándose posteriormente los Centros Rehabilitadores de Alcohólicos (CRA) que agruparían a los alcohólicos recuperados con fines rehabilitadores.

Desde los inicios de los centros rehabilitadores de alcohólicos en Chile, dos han sido los profesionales que han actuado permanentemente coordinados como asesores técnicos: Médicos y Asistentes Sociales. Los primeros han colocado fundamentalmente a disposición de los enfermos alcohólicos y grupos rehabilitadores sus conocimientos sobre la enfermedad alcohólica y sus formas de tratarla, en tanto que los segundos han recurrido a todos sus conocimientos de caso y grupo para las labores de prevención, recuperación y rehabilitación del alcoholismo.

La evolución de los centros rehabilitadores de alcohólicos en nuestro país y la importancia que su organismo máximo tiene, ha hecho surgir la necesidad de ampliar sus recursos de asesoría técnica intentando alcanzar la formación de un equipo interdisciplinario (médicos, asistentes sociales, abogados, contadores, enfermeras, arquitectos, educadores sanitarios, etc.) que actuando organizada y coordinadamente permitan colaborar, a nivel de individuo y grupos, en la rehabilitación de alcohólicos.

A fines de 1976, la Unión rehabilitadora de alcohólicos de Chile, sintiendo esta necesidad, formuló un llamado a una serie de profesionales que laboran en Santiago con el fin de formar una comisión técnica asesora interdisciplinaria que orientara y diera esquemas para hacer más efectiva y benéfica la acción de la URACH. A este llamado concurren tres Asistentes Sociales, tres Médicos, un Arquitecto y un Abogado, quienes acordaron servir a título honorario.

En la primera reunión efectuada (11 de Noviembre de 1976) trazaron algunas líneas generales de un estatuto orgánico que les permitiera coordinar su labor.

En Junio de 1977, y con ocasión del Seminario Nacional de Alcoholismo, se reunió a 68 profesionales - universitarios de todo el país y 6 técnicos relacionados con alcoholismo. Todos ellos se abocaron al análisis y discusión de un temario previamente preparado para asesores técnicos.

Cabe destacar que entre los asistentes contaban 39 Asistentes Sociales, 10 Médicos, 8 Enfermeras, 2 Profesores, 2 Auxiliares de Enfermería, 3 Psicólogos, 2 Terapeutas Ocupacionales, 2 Periodistas, 1 Capitán del Ejército de Salvación y 5 monitores del alcoholismo.

En el mencionado Seminario se definió la asesoría técnica en alcoholismo como "un conjunto de acciones programadas y ejercidas por profesionales capacitados, tendientes a la prevención primaria, secundaria y terciaria en alcoholismo".

Por lo tanto, los objetivos que persigue la asesoría técnica en alcoholismo son prevención, recuperación y rehabilitación del enfermo alcohólico.

También se propuso algunas de las acciones básicas de competencia del asesor técnico, distinguiéndose las siguientes:

- Desarrollar en el enfermo alcohólico nuevas

formas de socialización que le permitan adecuarse al medio social en el cual se desenvuelve.

- Orientar y educar al grupo familiar acerca de características y consecuencias del alcoholismo y sobre las participaciones que le corresponden en la recuperación y rehabilitación del enfermo alcohólico.
- Orientar las acciones de los CRA a los fines de prevención, recuperación y rehabilitación.
- Capacitar al personal que labora en los Centros asistenciales para lograr una actitud receptiva, motivadora y educativa hacia el enfermo.

Sin embargo, hay una serie de problemas que enfrenta la lucha antialcohólica y que afectan directamente a la asesoría técnica, que limitan su acción y dificultan su eficacia. Entre éstos se ha considerado:

- 1.- La absoluta desconexión existente entre asesores de todo el país, lo que no permite medir resultados, intercambiar experiencias ni coordinar programas.
- 2.- La falta de una política Nacional de alcoholismo que sirva de apoyo para los programas de asesoría conjuntos.

- 3.- La carencia de un organismo coordinador encargado de recoger, orientar y evaluar iniciativas surgidas de distintos sectores.
- 4.- La escasez de recursos, reflejada en la carencia de elementos materiales necesarios y personal calificado de los centros asistenciales. Estos centros cuentan normalmente sólo con médicos generales, enfermeros, asistentes sociales y, a veces, con el primero y solamente una auxiliar de enfermería.
- 5.- Falta de capacitación del personal que integra el equipo de salud lo que determina una mayor o menor preparación para trabajar en alcoholismo.

C A P I T U L O I I I

DIAGNOSTICO DESCRIPTIVO DE
CENTROS REHABILITADORES DE ALCOHOLICOS
DE LA V REGION AFILIADOS A
U. R. A. CH.

ANTECEDENTES DESCRIPTIVOS DE LOS CENTROS REHABILITADORES
DE ALCOHOLICOS AFILIADOS A U.R.A.CH.

V REGION

La investigación efectuada a cada uno de los centros rehabilitadores de alcohólicos de la Quinta Región se llevó a cabo mediante la aplicación de las siguientes técnicas:

- A) Observación participante: realizada en reuniones y actividades programadas.
- B) Investigación de documentos, actas de asambleas, correspondencia, reglamentos, estatutos, etc.
- C) Entrevistas estructuradas y no estructuradas, realizadas principalmente a socios, dirigentes y Asesores Técnicos.

Cabe hacer notar que la presente investigación permitió captar que los problemas que afectan a los Centros Rehabilitadores de Alcohólicos son comunes a todos ellos y por lo tanto, para evitar repeticiones, se incluye a continuación una breve descripción general, y luego, una de cada Centro con el propósito de lograr su identificación y conocer la situación en que se encuentran. En ella se resumen las principales características, en cuanto a individualización, antecedentes históricos, estructura, funcionamiento y recursos.

Los Centros Rehabilitadores de Alcohólicos de la Quinta Región que se describen son los siguientes:

VALPARAISO: "Los Gallos"
"Unión y Fe"
"Los Buenos Amigos"
"Amigos del Mar"

SAN ANTONIO: "Vida Nueva"

LA CALERA: "El esfuerzo"

SAN FELIPE: "Nuevo Despertar"

ANTECEDENTES GENERALES DE LOS CENTROS

REHABILITADORES DE ALCOHOLICOS

Los Centros Rehabilitadores de Alcohólicos de la Quinta Región son organizaciones comunitarias registradas por la Ley 16.880 de Juntas de Vecinos y su reglamento.

Los fines que rigen su funcionamiento son:

- Complementar tratamiento médico.
- Prolongar control del enfermo.
- Rehabilitación social.
- Terapia y apoyo a núcleo familiar.

En cuanto a los objetivos, éstos son comunes a todos los Centros rehabilitadores de alcohólicos del país y ya han sido señalados en el segundo capítulo del presente Seminario titulado "La Rehabilitación de los enfermos Alcohólicos".

Las características comunes que presentan los

Centros Rehabilitadores de Alcohólicos están referidas a:

- 1.- Normas de Asesoría frente a la fundación y organización.
- 2.- Dirección de los Centros Rehabilitadores de Alcohólicos.
- 3.- Estructuración de programas de Acción.
- 4.- Calidades de Socios según su participación y tipo de asistencia.
- 5.- Forma de trabajo en la realización de actividades.
- 6.- Existencia del Centro de Damas paralelo al Centro Rehabilitador de Alcohólicos.
- 7.- Existencia de Asesoría Técnica.

1.- NORMAS DE ASESORIA FRENTE A LA FUNDACION Y ORGANIZACION.

La Asesoría Técnica se basa en la dinámica de grupo, cumpliendo las diversas etapas del proceso de estructura y formación. Paralelamente realiza acciones socioeducativas a nivel individual y grupal, con énfasis en la psicoterapia por tratarse de un grupo especializado (de alcoholismo).

2.- DIRECCION DE LOS CENTROS REHABILITADORES DE ALCOHOLICOS.

El directorio está constituido por los siguientes cargos:

- Presidente.
- Secretario.
- Tesorero.
- Directores: Número variable entre 3 y 5 personas.

ELECCION DE DIRIGENTES.

Los estatutos estipulan que ésta debe efectuarse a través de votación directa (escrita y secreta), por cargos (actualmente se debe presentar a la Gobernación Provincial una lista de 10 socios propuestos por la Asamblea para su aprobación y una vez ratificados por la autoridad se distribuyen los cargos en una reunión interna).

DURACION DEL DIRECTORIO.

Los períodos de gobierno están fijados por los estatutos al igual que las situaciones extraordinarias (reemplazo de dirigentes por renuncia, enfermedad, fallecimiento, etc.). Actualmente están acogidos a las normas establecidas por el D.L. 349, modificado por el decreto Ley N° 911 de 1974.

3.- ESTRUCTURACION DE PROGRAMAS DE ACCION.

A través de la investigación efectuada se captó una carencia de programas estructurados; sin embargo, la información obtenida por intermedio de anteriores asesores participantes, permite señalar que al fundarse cada centro recibió instrucciones al respecto

y se les entregó pautas generales en relación a objetivos, acciones y recursos.

En las pautas aludidas se explicitaba la necesidad de confeccionar un programa anual de trabajo en el que se incluyera, en forma equilibrada, actividades recreativas, sociales, culturales y de prevención del alcoholismo.

Estas pautas fueron entregadas en documentos escritos a las directivas de los centros; sin embargo, por falta de un sistema de archivo adecuado se extraviaron quedando sólo la tradición al respecto.

4.- CALIDADES DE SOCIOS SEGUN PARTICIPACION Y TIPO DE ABSTINENCIA.

4.a.) SEGUN PARTICIPACION: Los socios se dividen en:

- Activos
- Cooperadores y Honorarios.

Esta clasificación es la misma aceptada a nivel nacional para todos los centros rehabilitadores y que el grupo de Seminario ha descrito en el Capítulo Segundo de este trabajo.

4.b.) SEGUN TIPO DE ABSTINENCIA.

- Socios enfermos recuperados: Son aquellos que han sufrido la enfermedad alcohólica y han sido tratados en un establecimiento médico.
- Socios Abstemios por Naturaleza: Son aquellos que por principios personales se abstienen to-

talmente de bebidas alcohólicas o las ingieren en forma moderada. También dentro de esta clasificación están aquellos que habiendo sido enfermos alcohólicos lograron, por diversas motivaciones socio-culturales, dejar la ingestión de alcohol.

5.- FORMA DE TRABAJO EN LA REALIZACION DE ACTIVIDADES.

A través de la información obtenida se pudo saber que al crear un centro se recomendaba la participación de todos los socios en las diferentes comisiones de trabajo.

Entre las comisiones indispensables los asesores señalaban:

5.a.) COMISION - DIRECTORES DE TURNO.

Esta comisión debería estar compuesta por un director y dos socios, a quienes les correspondía encargarse del local, de la recepción de visitas y nuevos socios. Su duración era semanal (pudiendo variar de acuerdo a las necesidades), dando así oportunidad de participación rotativa a todos los socios del centro.

5.b.) COMISIONES RESCATE.

Esta comisión debía estar formada por tres integrantes, con el objeto de:

a.- Captar nuevos socios.

b.- Cooperar en la mantención de la abstinencia.

cia de los asociados.

c.- Investigar causas de ausentismo.

Las acciones de esta comisión se debían llevar a cabo a través de programas periódicos que incluyeran visitas y colaboración a los centros de tratamientos del Servicio Nacional de Salud, entrevistas y visitas domiciliarias, elaboración de informes respecto del ausentismo. A estas acciones se podían incorporar todos los socios según su domicilio y sector.

5.c.) COMISION DIARIO MURAL.

Esta comisión, al igual que las anteriores, debía estar compuesta por tres integrantes con una duración semestral o anual en sus cargos. A la comisión podían integrarse aquellos socios que desearan colaborar en forma temporal o permanente. Su principal objetivo era mantener informados a los socios respecto a la enfermedad alcohólica, a las actividades del directorio y de la URACH y todos aquellos aspectos de interés común.

5.d.) COMISION BIBLIOTECA.

Esta comisión debía estar conformada por cuatro socios y su principal objetivo era mantener una biblioteca ágil y en constante incremento para su mejor aprovechamiento.

5.e.) COMISIÒN CASINO O BUFFET.

Debía estar compuesta por dos o tres socios. Su objetivo fundamental era preocuparse permanentemente para que la concesión a cargo del buffet otorgara a los socios un servicio eficaz y de acuerdo a las normas de abstinencia fijadas por el directorio. Tenían como obligación hacer notar cualquier anormalidad que advirtieran en el funcionamiento del casino, recibir los reclamos que se hicieran y presentarlos a la directiva.

Esta comisión era considerada indispensable para la mantención de un ambiente acogedor que motivara la asistencia del socio.

6.- EXISTENCIA DEL CENTRO DE DAMAS PARALELO AL CENTRO REHABILITADOR DE ALCOHOLICOS.

Debido al importante rol que tiene el grupo familiar en la rehabilitación del enfermo alcohólico, el asesor técnico aconseja la formación de un centro de damas paralelo al centro rehabilitador a fin de educar y capacitar a las esposas y familiares de los socios en el apoyo que éstos necesitan para su recuperación y rehabilitación.

Los centros de damas deben regirse por las normas establecidas en los estatutos del Centro Rehabilitador, - debiendo contar con una directiva que los represente y tener una organización franca y efectiva.

Además, estos centros a objeto de lograr una motivación, pueden fijar actividades utilitarias como modas, tejidos, manualidades, etc. Pero sus acciones más importantes deben ser la psicoterapia de apoyo (para traspasar su experiencia a las socias nuevas) y la elaboración de trabajos escritos orientados a la lucha antialcohólica.

7.- EXISTENCIA DE ASESORIA TECNICA.

Los centros rehabilitadores de alcohólicos de la Quinta Región, están asesorados por el doctor Antonio Aznar (médico tratante del Hospital "El Salvador") desde Abril del presente año, fecha en que la Unión Rehabilitadora de Alcohólicos de Chile lo designó oficialmente como Asesor Técnico.

Además, participan y participaron durante 1977 los siguientes asesores en los centros:

- La Asistente Social Nancy Vera en el centro "Amigos del Mar" desde su fundación (1974), hasta Julio de 1977.
- El Educador Sanitario señor Juan Colomer y la Asistente Social Aida Palma en el centro "El Esfuerzo" de Calera.
- La Asistente Social Regina Rodríguez en el centro rehabilitador para alcohólicos "Unión y Fe" desde Octubre de 1977.

CENTRO REHABILITADOR DE ALCOHOLICOS "LOS GALLOS"

1.- IDENTIFICACION:

Nombre: Centro de Abstemios "Los Gallos"

Domicilio: Avenida Argentina N° 896, Valparaíso.

2.- PERSONALIDAD JURIDICA: N° 630, Decreto Supremo 540.

Número de Socios: En la actualidad se registran 32 socios activos y 20 socios cooperadores.

Fecha de Fundación: 18 de Abril de 1961. Posta antialcohólica del Hospital Enrique Deformes de Valparaíso.

3.- ANTECEDENTES HISTORICOS:

Fundadores: Doctor Israel Roizblatt.

Asistente Social Elena Leiva.

FUNCIONAMIENTO INICIAL:

El centro rehabilitador "Los Gallos" funciona desde su creación hasta el año 1974, en el local del centro materno infantil del Hospital Deformes. Posteriormente se traslada a un local en Brasil 1486, facilitado por la Sociedad Chilena de Rehabilitación y finalmente se establece en la Avenida Argentina en el local cedido por la misma institución.

4.- ESTRUCTURA:

El Directorio: Constituido de acuerdo a lo expuesto en la descripción general inicial.

Estructuración de Programas: No se elaboran programas anuales de acuerdo a las pautas generales señaladas en Descripción General.

Calidad de Socios: De acuerdo a lo expuesto en Descripción General.

FORMA DE TRABAJO:

Se proponen actividades en reuniones de Directorio y se forma comisiones a cargo de un director. Luego de su realización la comisión informa sobre su resultado en la Asamblea General de Socios. Las actividades generalmente son de carácter recreativo con la finalidad de captar recursos para la mantención del local y financiamiento de actividades futuras.

5.- CENTRO DE DAMAS

Existe el Centro de Damas "Nuevos Horizontes" que ha funcionado en forma ininterrumpida desde su fundación (1964). Actualmente es un Centro de Madres afiliado a Cema Chile con plena autonomía e independencia; sin embargo, continúan participando en las actividades del Centro Rehabilitador.

6.- RECURSOS.

Humanos: Dirigentes del Centro, 10 Socios activos, Socias del Centro de Madres "Nuevos Horizontes".

Materiales: Local, tres salas (secretaría, sala de

recreación y de reuniones), mobiliario suficiente (mesa, escritorio, sillas, etc.) Artefactos: cocina, televisión, tocadiscos, disponen de teléfono.

7.- FINANCIAMIENTO

- Subvención anual proveniente de la Ley 16.744 (accidentes del trabajo y enfermedades profesionales).
- Cuotas sociales.
- Aporte de Socios cooperadores.
- Fondos extras provenientes de actividades.

CENTRO REHABILITADOR DE ALCOHOLICOS "UNION Y FE"

1.- IDENTIFICACION.

Nombre: "Centro de Abstemios "Unión y Fe"

Dirección: Ecuador N° 51, Valparaíso.

Personalidad Jurídica: N° 1.488 de 17 de Noviembre de 1972.

Número de Socios: Actualmente registran 32 socios activos y cooperadores.

Fecha de Fundación: 26 de Octubre de 1966, posta anti-alcohólica. Hospital Enrique De formes de Valparaíso.

2.- ANTECEDENTES HISTORICOS.

Fundadores: Doctor Israel Roizblatt

Asistente Social Regina Rodríguez.

Funcionamiento Inicial: Desde su creación el centro funciona en el Centro Materno Infantil del Hospital Deformes, posteriormente se traslada a la sede de la "Unión Obreros Portuarios" y finalmente se establece en el local que actualmente ocupan (cedido por la Liga Anti-alcohólica).

3.- ESTRUCTURA:

Directorio: Constituido de acuerdo a lo expuesto en la Descripción General.

Estructuración del Programa: No se elabora programa anual de acuerdo a las pautas generales establecidos en la Descripción General.

Calidad de los Socios: De acuerdo a lo estipulado en la Descripción General.

Forma de Trabajo: Se realizan actividades por iniciativa personal de algún dirigente.

Durante el año 1977, se realizaron escasas actividades (Generalmente de carácter recreativo).

4.- CENTRO DE DAMAS.

El centro de damas, después de un prolongado receso, ha podido reorganizarse y reiniciar su labor (desde Noviembre de 1977).

5.- RECURSOS.

Humanos: Dirigentes y
Socios Activos
7 Socias de Centro de Damas
Una Asistente Social (Asesora Técnica).
Materiales: Local: cinco salas (secretaría, lectura,
recreación, bodega de material y baño).
Mobiliario suficiente (mesa de escritorio,
sillas, etc.)
Artefactos: teléfono, televisor, tocadiscos,
cocina.

6.- FINANCIAMIENTO.

- Subvención anual proveniente de la Ley 16.744.
- Cuotas Sociales.
- Aportes de socios cooperadores.
- Fondos extras de actividades.

CENTRO REHABILITADOR DE ALCOHOLICOS "BUENOS AMIGOS"

1.- IDENTIFICACION.

Nombre: Centro de Abstemios "Buenos Amigos".
Dirección: Yungay esquina Morris, Valparaíso.
Personalidad Jurídica: No tiene.
Número de Socios: Actualmente registra 22 socios activos y cooperadores.
Fecha de Fundación: 16 de Marzo de 1970 en la Posta Antialcohólica del Hospital Salvador.

2.- ANTECEDENTES HISTORICOS.

Fundadores: Doctor Israel Roizblatt

Asistente Social, Gladys Guerrero

Funcionamiento Inicial: Desde su fundación el centro funcionó en el Hospital Salvador de Valparaíso, hasta 1971. Luego se trasladó a la avenida Pedro Montt N°2850, y posteriormente a través de Bienes Nacionales obtiene el local actual.

3.- ESTRUCTURA.

Directorio: Constituido de acuerdo a lo expuesto en la Descripción General.

Estructuración de Programas: No se elabora programa anual de acuerdo a las pautas señaladas en la Descripción General.

Calidad de Socios: De acuerdo a lo expuesto en la Descripción General.

Forma de Trabajo: Se proponen actividades en reunión de Directiva y se designa un encargado (generalmente el dirigente que propone la actividad). Se realizan principalmente actividades de carácter recreativo (campeonatos-fiestas). Durante 1977 se llevaron a cabo también acciones preventivas en el Sector Nueva Aurora.

4.- CENTRO DE DAMAS.

Existió un Centro de Damas (fundado en 1971) que participó activamente en las actividades del centro. Actualmente no se ha vuelto a reorganizar.

5.- RECURSOS.

Humanos: Dirigentes y 8 socios activos.

Materiales: Local: 2 salas (recreación, secretaría),
un baño.

Mobiliario suficiente (mesas, escritorio,
etc.).

Artefactos: máquina de escribir, televi-
sor, cocina, tocadiscos.

6.- FINANCIAMIENTO.

- Cuotas sociales de socios cooperadores.

- Fondos provenientes de actividades.

CENTRO REHABILITADOR DE ALCOHOLICOS "AMIGOS DEL MAR"

1.- IDENTIFICACION.

Nombre: Centro de Abstemios "Amigos del Mar".

Domicilio: Avda. Argentina N° 896, Valparaíso.

Personalidad Jurídica: No tiene.

Número de Socios: 20 Socios registrados activos y
cooperadores.

Fecha de fundación: 9 de Julio de 1974, Hospital Sal-
vador, Valparaíso.

2.- ANTECEDENTES HISTORICOS.

Fundadores: El Dr. Israel Roizblatt

Asistente Social, Nancy Vera.

Funcionamiento Inicial: El centro funcionó desde su
fundación en el Hospital Salva-
dor hasta el mes de Octubre de 1977, fecha en que

un incendio (que afectó este Hospital) determinó su traslado a un local cedido por la Sociedad Chilena de Rehabilitación.

3.- ESTRUCTURA.

Directorio: Está constituido de acuerdo a lo establecido en la Descripción General Inicial.

Estructuración de Programa: No se elabora programa anual de acuerdo a las patas indicadas en la Descripción General Inicial.

Calidad de Socios: De acuerdo a lo indicado en la Descripción General.

Forma de Trabajo: Se proponen actividades en reunión de directorio, se forman comisiones y luego los resultados de las actividades son informadas a la Asamblea General de Socios.

Generalmente efectúan actividades recreativas, sin embargo durante 1977 se realizó sicoterapia de grupo orientada por la Asesoría Técnica y algunas acciones dirigidas a la incorporación de socios.

4.- CENTRO DE DAMAS.

Nunca ha tenido.

5.- RECURSOS.

Humanos: Dirigentes del Centro y socios activos, socios cooperadores.

Materiales: Local: La Sociedad Chilena de Rehabilitación le cede una sala de su propia sede.

Mobiliario insuficiente.

Artefactos: televisor, cocina.

6.- FINANCIAMIENTO.

- Cuotas sociales.
- Fondos extras por actividades.
- Aportes de Socios cooperadores.

CENTRO REHABILITADOR DE ALCOHOLICOS

"VIDA NUEVA" SAN ANTONIO

1.- IDENTIFICACION.

Nombre: Centro de abastemios "Vida Nueva".

Domicilio: Barros Luco esq. 3 Norte, San Antonio.

Personalidad Jurídica: Decreto Supremo 177 del 28 de
Enero de 1970.

Número de Socios: Actualmente registra 41 socios recu-
perados y 60 cooperadores.

Fecha de Fundación: 4 da Octubre de 1968, Hospital Re-
gional de San Antonio.

2.- ANTECEDENTES HISTORICOS.

Fundadores: Asistentes Sociales Olga Aguilera,
Rosa Sanhueza y
Alba Orozco.

Funcionamiento Inicial: Desde su fundación el Centro
funciona en una sala que el
Hospital Regional de San Antonio les facilita. Poste-
riormente se traslada al local del Sindicato de Estiba

dores y finalmente, por gestiones de sus directivos, obtuvo de Bienes Nacionales un terreno donde, mediante el sistema de autoconstrucción y con la colaboración de los socios, levantó la actual sede social.

3.- ESTRUCTURA.

Directorio: Constituido de acuerdo a lo expuesto en la Descripción General.

Estructuración de Programas: No se elabora programas anual de acuerdo a las pautas establecidas en la Descripción General.

Calidad de Socios: De acuerdo a lo estipulado en la Descripción General.

Forma de Trabajo: Se realizan actividades por iniciativa de algún dirigente. Generalmente estas actividades tienden a reunir fondos para la mantención del Centro.

Sin embargo, para el año 1977, el Directorio pretendía orientar sus acciones a dos objetivos:

- a) La obtención de una sala con 6 camas, en el Hospital Regional para los tratamientos anti-alcohólicos.
- b) Obtener de Bienes Nacionales, la legalización del terreno en que se construyó la sede social.

4.- CENTRO DE DAMAS:

El Centro de Damas participó activamente en las diferentes actividades que realizaba el Centro Rehabilitador de Alcohólicos hasta el año 1976 fecha en que

principalmente por problemas de liderazgo desaparece.

5.- RECURSOS:

Humanos: Dirigentes y socios activos.

Materiales: Local: 3 piezas (secretaría, recreación y salón de reuniones).

Mobiliario: suficiente (escritorio, máquina de escribir, pizarras, mesas, sillas).

Artefactos: televisor, cocina, estufa.

6.- FINANCIAMIENTO.

Subvención anual proveniente de la Ley 16.744 de Accidentes del Trabajo y enfermedades profesionales, Cuotas sociales, aportes de socios cooperadores y fondos extras de diversas actividades (bailes, rifas, etc.).

CENTRO REHABILITADOR DE ALCOHOLICOS

"EL ESFUERZO" LA CALERA.-

1.- IDENTIFICACION.

Nombre: "Centro de Abstemios El Esfuerzo"

Domicilio: Manuel Rodríguez s/n (Parroquia de La Calera).

Personalidad Jurídica: Decreto Supremo 128 del 14 de Febrero de 1978.

Número de Socios: Registra 40 socios activos y 30 cooperadores.

Fecha de Fundación: 17 de Julio de 1966, Hospital de Quillota.

2.- ANTECEDENTES HISTORICOS

Fundadores: Dr. Elías Sepúlveda Veloso.

Funcionamiento Inicial: Debido a que no fue posible en contrar información escrita - respecto a los inicios de este centro, el grupo de Seminario se ha visto en la obligación de confiar en la información extraoficial y verbal obtenida de parte de sus actuales integrantes. Esta información señala que el centro comenzó sus actividades en la ciudad de Quillota gracias a la gestión del médico anteriormente se ñalado (quien ocupaba el cargo de director del Centro Asistencial). Posteriormente, se traslada a La Calera donde actualmente funciona en un local facilitado por la Parroquia de La Calera.

3.- ESTRUCTURA.

Directorio: Constituido en conformidad a lo expuesto en la Descripción General.

Estructuración de Programas: No se elabora programa anual de acuerdo a las pau tas establecidas en la Des cripción General.

Calidad de Socios: De acuerdo a lo estipulado en la Des cripción General.

Forma de trabajo: Este Centro cuenta con la Asesoría Técnica permanente de un Educador Sanitario y un Asistente Social, quienes apoyan y super visan las diferentes actividades, existiendo dos comisio nes de trabajo:

- a) La comisión de Rescate.
- b) La comisión de Psicoterapia.

El Centro realiza actividades de carácter educativo relacionado con alcoholismo, y es el único en el cual se realizan periódicamente acciones de carácter terapéutico.

A comienzos de año (14/2/78) obtuvieron la Personalidad Jurídica que les permite un reconocimiento oficial y el cobro de la subvención anual que otorga la Ley 16.744.

4.- CENTRO DE DAMAS.

En este Centro rehabilitador no se ha fundado un centro de Damas, principalmente por falta de un local adecuado.

5.- RECURSOS.

Humanos: Dirigentes y socios activos.

Asesores permanentes (Asistente Social y Educador Sanitario)

Materiales: Local: Una sala pequeña. En determinadas oportunidades la Parroquia les facilita un salón más amplio.

Mobiliario: suficiente (un escritorio, bancos, mesa, sillas).

Artefactos: cocina y equipamiento.

6.- FINANCIAMIENTO.

Subvención otorgada por la Ley 16.744, cuotas

sociales, aportes de socios cooperadores, ingresos provenientes de actividades para reunir fondos, subvención especial que otorga la Liga contra el Alcoholismo de Valparaíso (en determinadas oportunidades).

CENTRO REHABILITADOR DE ALCOHOLICOS

"NUEVO DESPERTAR" SAN FELIPE

1.- IDENTIFICACION.

Nombre: Centro de Abstemios "Nuevo Despertar" de San Felipe.

Domicilio: San Martín 202, San Felipe.

Personalidad Jurídica: Decreto N° 491 del 5 de Abril de 1972.

Número de Socios: Están registrados 35 socios activos y 10 cooperadores.

Fecha de Fundación: 14 de Abril de 1958, Hospital San Camilo de San Felipe.

2.- ANTECEDENTES HISTORICOS.

Fundadores: Dr. Victor Lolas.

Funcionamiento Inicial: El Centro funcionó en diferentes locales hasta que obtuvo por intermedio de Bienes Nacionales, el local que actualmente ocupa.

3.- ESTRUCTURA.

Directorio: El Centro está actualmente en receso y sólo cuenta con un directorio compuesto por Presidente, Secretario y Tesorero.

Estructuración de Programas: Por los motivos anteriormente señalados no existe ningún tipo de programas.

Calidad de Socios: De acuerdo a lo estipulado en la Descripción General.

Forma de Trabajo: Debido al receso anteriormente señalado no se realizó ninguna actividad durante el año 1977.-

4.- CENTRO DE DAMAS.

Existe un Centro de Madres afiliado a Cema Chile que en sus inicios estuvo formado por familiares de los asociados y participó activamente en el Centro Rehabilitador. (Actualmente no mantiene ninguna relación).

5.- RECURSOS.

Humanos: Tres dirigentes

Materiales: Local: 5 Salas (recreación, secretaría, de reuniones) y dos baños.

Mobiliario: Suficiente (escritorios, mesas, sillas, etc.)

Artefactos: Máquina de escribir, teléfono, cocina, etc.

6.- FINANCIAMIENTO.

No se percibe la subvención de la Ley 16.744, no se pagan cuotas sociales ni se realizan actividades para captar recursos.

El Centro se encuentra en receso (desde principios del año 1977) debido a una crisis provocada principalmente por conflictos internos (entre dirigentes), falta de asesoría y por el traslado del Centro de tratamiento del

Hospital San Camilo de San Felipe al Hospital Psiquiátrico de Putaendo.

PROBLEMATICA GENERAL DE LOS CENTROS REHABILITADORES DE
ALCOHOLICOS DE LA QUINTA REGION

Los centros rehabilitadores de alcohólicos de la Quinta Región enfrentan un conjunto de problemas y obstáculos que han incidido directamente en su eficiencia, limitando su labor rehabilitadora.

A continuación, el grupo de Seminario sintetiza los más importantes.

- a) El distanciamiento existente entre los centros rehabilitadores y los centros de tratamiento.

Todos los centros estudiados fueron creados por iniciativa de profesionales de los centros de tratamiento del Servicio Nacional de Salud (principalmente Asistentes Sociales y médicos especialistas) y funcionarios, en un primer momento, en el interior de los hospitales. En este primer período (formación y organización) recibieron asesoría directa y permanente, siendo instruidos respecto a la enfermedad alcohólica, al proceso de rehabilitación, sicoterapia, orientados a la elaboración de programas anuales que incluyeran equilibradamente actividades culturales, sociales, recreativas y de prevención y a la formación de comisiones que incorporaran a todos los centros a la participación activa

en sus centros.

Sin embargo, cuando los centros se independizan funcionando en locales particulares, comienzan a desaparecer las comisiones, dejan de elaborarse programas anuales, no se realizan actividades psicoterapéuticas, etc., produciéndose una serie de conflictos tanto individuales como grupales que incidieron en la productividad del centro, afectando especialmente su labor rehabilitadora.

A modo de ejemplo, cabe señalar que el traslado del Centro de Tratamiento del Hospital San Camilo de San Felipe al Hospital Psiquiátrico de Putaendo, fue la causa fundamental de la crisis por la cual atraviesa el Centro Rehabilitador "Nuevo Despertar" (de San Felipe).

b) Carencia de Asesoría Técnica permanente.

El distanciamiento de los centros de tratamiento incidió directamente en la asesoría que recibían los centros rehabilitadores, por cuanto una serie de profesionales dejaron de participar activamente en ella.

Este proceso se acentuó después del fallecimiento del Dr. Israel Roizblatt (fundador de todos los centros de Valparaíso), al quedar la mayoría de los centros sin asesor permanente. Las únicas excepciones fueron "Amigos del Mar" que contó con la asesoría de la Asistente Social Nancy Vera hasta el mes de Julio de 1977, y "El Esfuerzo" de La Calera en el cual partici-

paba el educador sanitario Juan Colomer quien continúa cumpliendo esta función en la actualidad.

La carencia de Asesoría permanente determinó - una serie de obstáculos a la labor rehabilitadora de los centros, principalmente desorganización (desaparecimiento de la mayoría de las comisiones, incumplimiento de reglamentos, etc.), conflictos de liderazgo y distorsión de los fines y objetivos (transformación de los centros en clubes sociales).

c) Organización deficiente.

En todos los centros investigados se constató la inexistencia de programas anuales elaborados según las pautas establecidas por los Asesores Técnicos. Además, se pudo comprobar que la mayoría de las comisiones no funcionan actualmente.

Todo ésto ha incidido en las actividades que se efectúan y en la forma de trabajo de los centros.

Generalmente las actividades son propuestas - en reunión de directorio y al ser aprobadas se designa a un dirigente para su realización (en algunos centros se organizan comisiones de acuerdo a la actividad que se llevará a cabo). Las actividades más frecuentes son de carácter recreativo dirigidas a la captación de recursos.

La forma de trabajo, el tipo de actividades y el desaparecimiento de las comisiones en los centros

rehabilitadores han determinado:

- 1.- Que los dirigentes tengan la responsabilidad total de la labor que desarrollan los centros.
- 2.- Que se limite la participación activa y creativa de los asociados por no existir comisiones que la posibiliten.
- 3.- Que la mayoría de las actividades no estén dirigidas al crecimiento individual y grupal.

d) El ausentismo de socios y el escaso número de socios nuevos.

Un bajo número de socios asisten periódicamente a los centros (generalmente siete a diez socios) y un reducido número de enfermos tratados han ingresado a ellos.

Esta situación deriva principalmente de:

1.- El desaparecimiento de la Comisión Rescate.

Esta comisión es indispensable a todo centro rehabilitador de alcohólicos por cuanto a través de ella se actúa frente al ausentismo, se ayuda a la mantención de la abstinencia y se incorpora a los enfermos tratados al centro. Actualmente en la mayoría de los centros no existe y las acciones de rescate (visitas domiciliarias a los socios ausentes, visitas periódicas a los centros de tratamiento, y control de la abstinencia) se llevan a

cabo esporádicamente, por iniciativas personales de los asociados.

2.- Falta de motivación para el ingreso y la permanencia.

La observación participante realizada en cada uno de los centros descritos permitió constatar que la frialdad con que es recibido el enfermo tratado en el centro ha determinado, en muchos casos, se alejamiento inmediato.

Además, cabe señalar que son escasas las actividades que varían, en cierta medida, la rutina del centro incentivando la permanencia del socio.

e) El incumplimiento de los reglamentos y postulados.

El grupo de Seminario comprobó que en la mayoría de los centros las determinaciones se adoptan de acuerdo a la costumbre y tradición debido a que los reglamentos han desaparecido, principalmente, por deficiencia de archivo.

Respecto a los postulados (mencionados anteriormente) cabe señalar que existe un gran desconocimiento de ellos, fundamentalmente, por escasa difusión.

f) La escasa participación del Grupo Familiar.

Al organizarse un centro rehabilitador siempre el Asesor Técnico recomendaba la formación de un Centro de Damas que permitiera, a través de su participación, apo-

yar y afianzar la recuperación del socio.

Este tipo de organización existió en casi todos los centros de la Quinta Región y participó activamente en la labor que desarrollaban. Sin embargo, actualmente sólo "Unión y Fe" y "Los Gallos" cuentan con Centro de Damas. En el primero de los indicados, estuvo en receso durante un largo período y solamente en Octubre de 1977, gracias a la participación de la Asesora Técnica Regina Rodríguez, ha vuelto a funcionar. En el segundo, es un Centro de Madres afiliado a Cema Chile.

g) Rivalidades entre los centros rehabilitadores.

Los centros de la Quinta Región presentan un espíritu excesivamente competitivo que ha afectado notablemente la solidaridad que deben mantener en la lucha antialcohólica.

Esta competencia los ha distanciado y ha impedido la labor conjunta y el apoyo que necesariamente deben brindarse.

h) Problemas de financiamiento.

Los centros presentan graves problemas de financiamiento derivados fundamentalmente de:

- Escaso número de socios.
- Subvención estatal insuficiente.
- Falta de apoyo material de la comunidad por desconocimiento de la labor que realizan.

Esto determina en gran medida que la mayoría de las actividades estén destinadas a la captación de recursos.

Sobre el particular cabe destacar que dos centros no cuentan con la subvención estatal; "Buenos Amigos" y "Amigos del Mar" por no tener personalidad jurídica.

DELEGACION REGIONAL

El Seminario Nacional de Alcoholismo efectuado en los días 10, 11 y 12 de Junio de 1977 estableció (tal como fue estipulado en el Marco Teórico) una nueva estructura que permitiera coordinar la labor que realizan los Centros en las respectivas Regiones y mejorar el Sistema de Comunicación existente entre éstos y el Directorio Ejecutivo Nacional.

La nueva estructura se denominó Delegación Regional y debía estar constituida por tres delegados designados por el Directorio Ejecutivo Nacional, tres comisiones integradas por delegados de cada centro (Relaciones Públicas, Finanzas y Recreación y Cultura) y una comisión Asesora en la cual participarían profesionales relacionados con la lucha antialcohólica.

El principal objetivo de la Delegación Regional es mejorar la eficiencia de los Centros y captar recursos necesarios para el desarrollo de la labor de los Centros.

En Junio de 1977, luego de conocidas las conclusiones del Seminario, el Directorio Ejecutivo Nacional confirmó a los coordinadores Regionales (cargos existentes antes del Seminario) como Delegados Regionales.

Estas nuevas designaciones fueron dadas a conocer en la primera reunión General convocada, en la cual cada Centro nombró delegados para las diferentes comisiones. La Comisión Asesora no alcanzó a constituirse formalmente.

La Delegación Regional logró, en cierta medida incorporar a los socios y dirigentes más activos y realizar algunas actividades. Las principales fueron:

- 1.- Festival Folklórico, que se llevo a efecto en el Sindicato de Estibadores, con la colaboración de grupos musicales de Valparaíso (Julio de 1977).
- 2.- La Organización de la colecta Nacional del 2 de Agosto de 1977, profundos del Centro Rehabilitador de Alcohólicos.
- 3.- La instalación de una Ramada en Fiestas Patrias con la finalidad de dar testimonio sobre "la celebración sin alcohol en la comunidad".
- 4.- La Organización de la Semana del Rehabilitador (primera semana de Septiembre) que incluía charlas, foros, películas educativas,

fiestas sociales y un homenaje al Doctor Israel Roizblatt.

A fines de Octubre surgen serias dificultades derivadas de las rivalidades de los Centros, de la falta de coordinación y comunicación, de conflictos de liderazgo, de una deficiente asimilación de las conclusiones del Seminario, que junto a la inexistencia de Asesoría permanente, termina por provocar una crisis que afecta no sólo a la Delegación sino también a cada Centro.

La crisis determina la renuncia de los delegados de comisiones y un profundo distanciamiento entre los centros y la Delegación Regional produciéndose un receso, que se extendió hasta el mes de Abril de 1978, fecha en que el Directorio Ejecutivo Nacional de la URACH designa como Asesor Técnico de los Centros de la Quinta Región al Dr. Antonio Aznar. A este profesional la URACH dió la responsabilidad de poner en marcha en esta Región, los acuerdos y conclusiones del Seminario Nacional de Alcoholismo (Junio de 1977).

La primera acción desarrollada por el Asesor Técnico, fue la formación de la comisión Asesora Técnica (que no pudo constituirse anteriormente). A ésta integran a la Asistente Social Regina Rodríguez y el grupo Seminarista.

El principal objetivo de esta comisión fue lograr el funcionamiento eficiente de la Delegación y sus respectivas comisiones, orientando su acción a objetivos

rehabilitadores.

La delegación nominada por los centros se incorpora a las comisiones y orientados por la Asesoría Técnica, elaboran programas de actividades que posteriormente fueron presentados en las reuniones efectuadas en Mayo de 1978 para incorporarlos definitivamente.

Sin embargo, por la falta de coordinación de las comisiones, se presentan nuevamente los mismos conflictos, en este caso principalmente las rivalidades entre Centros y la desconfianza mutua.

La Delegación Regional de la Quinta Región no ha podido aún alcanzar objetivos establecidos en el Seminario Nacional, fundamentalmente porque los Centros estuvieron un largo período sin asesoría técnica permanente. Esto ha determinado una serie de conflictos individuales y grupales, que han impedido la labor conjunta.

ESTUDIOS DE LA ASESORIA TECNICA EN
LA QUINTA REGION

La asesoría técnica de los centros rehabilitadores de alcohólicos de la Quinta Región, afiliados a la Unión Rehabilitadora de Alcohólicos, fue investigada por el grupo de Seminario aplicando las siguientes técnicas:

- 1.- Entrevistas individuales: A asesores técnicos actualmente en funciones.

Asesores técnicos que participaron en períodos anteriores. A profesionales que laboran en alcoholismo.

- 2.- Investigación Documental: Programas, actas de Centros rehabilitadores, acuerdos de convenciones y seminarios, informes anuales de URACH, etc.
- 3.- Observación Participante: Los componentes del grupo de Seminario se incorporaron a la Comisión Asesora Técnica de la Delegación Regional participando en la reuniones y actividades programadas.

Los resultados del estudio realizado son los que a continuación se exponen:

ANTECEDENTES HISTORICOS.

El estudio realizado permitió constatar que en la Región se realizaron tratamientos antialcohólicos, en forma paralela, en los siguientes servicios:

- Servicio de Neurología dependiente del Hospital Deformes de Valparaíso desde el año 1943.
- Servicio de Siquiatría dependiente del Hospital de Viña del Mar, desde el año 1940.

En ambos servicios, como complemento del tratamiento, se crearon grupos terapéuticos con pacientes tratados. Estos grupos posteriormente generarían los Centros Rehabilitadores de Alcohólicos.

En el año 1952, en el Hospital de Viña del Mar, se funda el primer centro de la Región "Centro de Alcohólicos Recuperados (CAR), dependiente del mismo hospital y asesorado por el doctor Luis Acevedo Castillo. Al inicio de la investigación realizada por el Seminario el Servicio de Siquiatría, el Centro de Alcohólicos Recuperados (CAR) y el Centro Antialcohólico creado en 1960 en el Hospital de Viña del Mar), habían cesado en sus funciones.

En 1961 por iniciativa del Dr. Roizblatt y con la participación de otros profesores se funda el primer centro rehabilitador de Valparaíso. "El Centro de Abstemios Los Gallos".

En 1966 por iniciativas del mismo médico se crea en el Hospital Deformes, la Posta Antialcohólica y el Centro de Abstemios "Unión y Fe".

Desde 1968 hasta el año 1976, diferentes profesionales del Servicio Nacional de Salud, asumen las funciones de Asesoría correspondientes a los cargos que desempeñaban en esa institución. Esto dio origen a equipos interdisciplinarios que desarrollaron una labor discontinua en los centros de la Región hasta 1976 (término de la Asistente Social a los centros).

A principios de Septiembre del mismo año, fallece el Dr. Roizblatt, quedando la casi totalidad de los centros de la Quinta Región sin asesoría permanente, exceptuando a los centros "Amigos del Mar" de Valparaíso

y "El Esfuerzo" de La Calera, a cargo de una Asistente Social y un Educador Sanitario respectivamente. A fines de Junio de 1977 se retira la Asistente Social agravando más aún la situación señalada.

Sin embargo, en el mes de Octubre de 1977, se incorpora al Centro Unión y Fe, la Asistente Social Regina Rodríguez, quien había participado anteriormente junto al Dr. Reisblatt en la función Asesora y en Febrero de 1978 se integra al Centro El Esfuerzo de La Calera, la Asistente Social Aída Palma.

Finalmente, en Abril de 1978, la Unión Rehabilitadora de Alcohólicos de Chile designa como Asesor Oficial a los Centros Rehabilitadores de la Quinta Región, al Dr. Antonio Aznar. Este profesional organiza una Comisión de Asesoría Técnica a la cual se integran la Asistente Social Regina Rodríguez y los componentes del grupo de Seminario.

CONCEPTOS, OBJETIVOS Y FUNCIONES

En las entrevistas efectuadas a los profesionales que participaban actualmente y participan en la función asesora en los Centros Rehabilitadores de Alcohólicos de la Quinta Región han permitido constatar que, el concepto que utilizan éstos, no difiere mayormente del aceptado a Nivel Nacional. En términos generales ellos definen la Asesoría Técnica en Alcoholismo, como "el conjunto de acciones efectuadas por profesionales especializados, dirigidas a la recuperación, rehabilitación del enfermo alcohólico y a la prevención del Alcoholismo en toda

la comunidad".

A pesar de que los objetivos y funciones de la Asesoría Técnica no están expresamente establecidos, a nivel regional se trabaja principalmente sobre la base de:

- 1.- Orientar a los enfermos tratados para lograr su recuperación y rehabilitación.
- 2.- Crear Centros rehabilitadores de alcohólicos en diferentes sectores de la comunidad.
- 3.- Orientar las actividades de los Centros a los fines rehabilitadores que determinan su existencia.
- 4.- Prevenir a la comunidad respecto a las graves consecuencias provocadas por la ingestión excesiva de alcohol.
- 5.- Promover en toda la comunidad la labor rehabilitadora de los centros.
- 6.- Educar y capacitar al grupo familiar para que apoye la recuperación y rehabilitación del socio y participe en las acciones preventivas que los centros realizan.

En cuanto a las funciones, éstas se pueden dividir en dos grupos, las de carácter médico y las socio-educativas que son las que le competen principalmente al Asistente Social.

PRINCIPALES FUNCIONES DE CARACTER MEDICO. (Médico especialista).

- a) Extensión de la terapia antialcohólica a través de las acciones rehabilitadoras que llevan a cabo los centros.
- b) Instrucción de los socios de los centros respecto a la sicoterapia como técnica rehabilitadora.
- c) Instrucción de los socios y de la comunidad en general frente a la enfermedad alcohólica (características, sintomatología, tratamiento, etc.).
- d) Extensión en cuanto a programas de Prevención a través de la difusión de las normas emanadas del Servicio Nacional de Salud.

PRINCIPALES FUNCIONES DE CARACTER SOCIO-EDUCATIVO. (Asistente Social).

- a) Derivación del caso social individual a los Servicios Sociales profesionales correspondientes.
- b) Estudio permanente de las situaciones individuales de cada socio en relación con el grupo, con el fin de coordinar y complementar el tratamiento de Caso.
- c) Aplicación de las Técnicas de Trabajo Social con grupos frente a la Organización, Dirección y Dinámica interna.
- d) Planeamiento y Proyectos de Programas elaborados en

base a un enfoque rehabilitador.

- e) Instrucciones de los socios respecto a la rehabilitación y el rol de los centros.
- f) Orientación de las relaciones públicas de los Centros.
- g) Acción moderadora frente a conflictos derivados de las interrelaciones individuales y grupales.

ASESORES TECNICOS DE LA QUINTA REGION.

Los profesionales que actualmente asesoran a los centros rehabilitadores de la Quinta Región son:

- 1.- Un médico Siquiatra (asesor Oficial nominado por la URACH) y una asistente Social. Estos profesionales desarrollan su labor en los cuatro centros rehabilitadores de Valparaíso.
- 2.- Un educador sanitario y una asistente social que participan en el centro "El Esfuerzo" de La Calera.
- 3.- Los Centros "Vida Nueva" de San Antonio y "Nuevo Despertar" de San Felipe no cuentan con Asesoría permanente.

PRINCIPALES OBSTACULOS DE LA FUNCION ASESORA.

Los asesores técnicos enfrentan una serie de problemas que derivan de una situación general y que se han acentuado desde el fallecimiento del Dr. Israel Roizblatt.

Entre los más importantes cabe destacar:

1.- El escaso interés existente entre los profesionales para elaborar en alcoholismo y para llevar a cabo la función asesora. En este problema influyen dos factores:

a) El carácter voluntario de la Asesoría.

Los profesionales que participan o que han participado en la Asesoría en alcoholismo, en su mayoría, lo han hecho en forma voluntaria sin contar con recursos ni apoyo oficial, lo que ha determinado en muchos casos su alejamiento.

A modo de ejemplo cabe señalar, que el Asesor Oficial de los Centros Rehabilitadores de la Quinta Región nominado por URACH, no ha sido aún oficializado por el Servicio Nacional de Salud, que no existe en la misma institución un cargo para Asistente Social en Alcoholismo.

b) La carencia de recursos de los centros de tratamiento y el bajo rendimiento del tratamiento antialcohólico han determinado que sean escasos los profesionales que se interesen en esta enfermedad.

2.- La falta de programas Nacionales, regionales o locales cohere que posibiliten la creación de nuevos cargos en el Servicio Nacional de Salud para la prevención del alcoholismo y que permitan además, incorporar mayores recursos para enfrentar esta enfermedad

a nivel regional.

- 3.- La falta de comunicación y la desconexión existente entre los asesores y profesionales que laboran en alcoholismo en toda la región que les impide unificar criterios respecto a la enfermedad, su rehabilitación y rol del asesor, determinando la existencia de programas comunes y de evaluación periódica del trabajo efectuado.
- 4.- El desconocimiento, en algunos dirigentes, de la labor rehabilitadora que le corresponde a los Centros y del rol que le compete en ella, al asesor técnico. Esto limita, en determinados casos, el trabajo del asesor por cuanto se le desconoce o mal interpreta su labor profesional.
- 5.- Los conflictos derivados de la interrelación individual y grupal (muy frecuentes en los enfermos alcohólicos) que obligan al asesor a utilizar gran parte de su tiempo en solucionar este tipo de problemas, en desmedro del resto de las funciones que le compete.

Expuestas las características de cada uno de los centros de la Delegación Regional y la Asesoría Técnica, es oportuno y conveniente incorporar en este Capítulo los resultados obtenidos con la aplicación de un instrumento de medición a socios y dirigentes de los mismos, lo que permite apreciar, en líneas generales, las características que éstos presentan en cuanto a nivel social, cultural, laboral, etc.

En primer lugar se expone lo relativo a socios y a continuación la información obtenida respecto a los dirigentes.

ESTUDIO A SOCIOS DE CENTROS REHABILITADORES

DE ALCOHOLICOS DE LA QUINTA REGION

ESTUDIO DE SOCIOS DE LOS CENTROS REHABILITADORES
DE ALCOHOLICOS DE LA QUINTA REGION

El estudio del nivel cultural, participación, motivación y situación laboral de los socios se llevó a cabo mediante la aplicación de las siguientes técnicas:

- a) Entrevistas individuales
- b) Cuestionario

Este estudio estaba dirigido primitivamente al 50% de los socios que asistieron regularmente a las actividades programadas durante 1977 (muestra al azar). Sin embargo, tal como fue expresado anteriormente (estudio de centros), la crisis por la que atraviezan los Centros Rehabilitadores de Alcohólicos (de la Quinta Región) ha determinado una baja asistencia, razón por la cual el grupo de Seminario decidió estudiar el 100% de los que asisten periódicamente a los centros.

El total de los entrevistados suma 65 socios que corresponden a 6 centros de la V Región.

Cabe hacer notar que en el centro "Nuevo Despertar" de San Felipe no se pudo aplicar el instrumento (cuestionario) por cuanto se encuentra en receso desde comienzos del año 1977.

A continuación se presentan los resultados de la aplicación del cuestionario.

CUADRO N° 1

DISTRIBUCION DE LOS SOCIOS POR EDADES Y EXISTENCIA
DE GRUPO FAMILIAR

grupo familiar distribuc. por edad	tienen grupo familiar	viven solos	total
20 a 30 años		4	4
31 a 40		6	6
41 a 50	35		35
51 y más	20		20
totales	55	10	65

El cuadro muestra que los sujetos de estudio en su mayoría son mayores de 41 años (55), registrándose un escaso número de socios jóvenes (menores de 41 años).

Esta situación puede estar determinada por la

imagen distorsionada que proyecta el Centro Rehabilitador hacia la comunidad (lo que influiría directamente en el ingreso) y por la actividad rutinaria que se realiza en él, la cual no estimula la permanencia del joven en la institución.

El cuadro permite observar, además, que los socios jóvenes viven solos, lo que indicaría que tal situación es producto de la misma enfermedad (generalmente provoca un alejamiento del grupo familiar).

CUADRO N° 2

CONFORMACION DEL GRUPO FAMILIAR DEL SOCIO

grupo familiar	N° socios
1 a 3 personas	41
4 a 6 personas	12
7 y más	2
totales	55

El cuadro 2 indica que la mayor parte de los

socios cuentan con un reducido grupo familiar (compuesto por una o tres personas) y un bajo número de ellos pertenece a uno más numeroso. Esto estaría determinado por la edad (veinte entrevistados que señalaron tener grupo familiar son mayores de 51 años, por lo que se deduce que sus hijos ya mayores no vivirían con ellos) y por los graves efectos socio-familiares que la enfermedad provoca (en muchos casos disgregación de la familia del acohólico).

CUADRO N° 3.

NIVEL DE INSTRUCCION ESCOLAR ALCANZADO POR LOS SOCIOS MEDIDO EN GRADO DE ESCOLARIDAD

grado escolar / nivel escolar	primaria incompleta	prim. compl.	secundaria o técn. incompleta	secund. o técn. completa	TOTAL
BAJO	30				30
MEDIO		16	14		30
ALTO				5	5
totales	30	16	14	5	65

De acuerdo a los niveles previamente estable-

cidos, se puede observar que en los centros rehabilitadores de alcohólicos de la Quinta Región existe un considerable número de socios (30) con un bajo nivel de escolaridad (primaria incompleta) y que una cantidad similar (30) cuenta con un nivel medio (primaria completa o secundaria incompleta).

Esta situación estaría confirmando en parte la hipótesis planteada (la cual indicaba que la mayoría de los socios tendría bajo nivel de escolaridad), ya que la mayor parte de los entrevistados se encuentra en los niveles medio y bajo, situación que de todas maneras limita el proceso de rehabilitación.

Si se toma en cuenta que 55 socios tienen sobre 41 años (según cuadro N° 1) se puede deducir que el nivel de escolaridad registrado no tiene posibilidades de mejoría, debido a que normalmente no surge interés en los adultos por continuar su educación formal.

CUADRO N° 4.

SOCIOS QUE ESTUDIARON DURANTE EL AÑO 1977 Y TIPO
DE CURSOS REALIZADOS.

socios que estudiaron tipo de curso	estudiaron	no estudiaron	TOTAL
educación básica	1		
educación media	4		
técnico profesional	2		
capacitación profesional	2		
TOTAL	9	56	65

Este cuadro indica que de 65 socios entrevistados solamente 9 de ellos estudiaron durante 1977 y, de éstos, sólo 5 se interesaron por completar su educación formal.

Esto viene a confirmar lo deducido en el cuadro anterior (N° 3) respecto al escaso interés por la completa ción de estudios en los adultos.

Sin embargo, cabe señalar que esta situación podría variar a través de campañas de motivación que se realicen en los centros (charlas, foros, películas educativas, etc.).

CUADRO N° 5.

SOCIOS QUE SUGIEREN ACTIVIDADES DE CARACTER
EDUCATIVO PARA SU CENTRO

SOCIOS	NUMERO
sugieren	63
no sugieren	2
TOTAL	65

El cuadro N° 5 muestra un significativo número de socios que sugieren actividades de carácter educativo para su centro (63).

Esta situación demuestra claramente que existe un alto interés por la realización de este tipo de actividades las cuales no son frecuentes en los centros.

CUADRO N° 6

TIPO DE ACTIVIDADES DE CARACTER EDUCATIVO QUE EL SOCIO
SUGIERE PARA SU CENTRO

<u>TIPO DE ACTIVIDAD</u>	<u>N° de RESPUESTAS</u>
cursos de Alfabetización	16
c de formación de Líderes	18
c.de Capacitación Laboral	13
c.de Alcoholismo y rehabilitación	45
charlas o foros Cultura General	15
ch.o foros referentes a la Previsión	12
proyección de películas Educativas	25
otras	8
TOTALES	152

LISMO Y REHABILITACION, lo que indicaría que éstos, en primer lugar, tienen conciencia de su condición de enfermos por cuanto se interesan por instruirse respecto de la enfermedad y, en segundo lugar, refleja la necesidad de que los centros cumplan con sus objetivos respecto a la educación y preparación del socio frente al alcoholismo y al proceso rehabilitador.

Además, cabe señalar que existe interés en la formación de líderes y en la proyección de películas educativas. En cuanto a esto último el interés demostrado no sólo se refiere al contenido de las películas sino que también a la utilización de esta técnica.

En este Item se dio la posibilidad de elegir hasta un máximo de tres alternativas por socio, obteniéndose un total de 152 respuestas.

CUADRO N° 7

SOCIOS QUE REALIZAN ACTIVIDADES DE CARACTER
ARTISTICO

SOCIOS	NUMERO
realizan actividades	25
no realizan actividades	40
TOTAL	65

El cuadro N° 7 indica que la mayor parte de los entrevistados no practican actividades de carácter artístico ya que, de 65 socios, 40 señalaron no asistir ni participar en ellas.

Esta situación permite deducir que actualmente no se dispone de motivación dentro de los centros para el desarrollo personal de sus asociados a través de la expresión de carácter artístico.

CUADRO N° 8

TIPO DE ACTIVIDADES DE CARACTER ARTISTICO
QUE REALIZAN LOS SOCIOS

ACTIVIDADES	Nº
asiste a festivales y/o shows de música popular	23
asiste a presentaciones folklóricas	7
asiste a obras teatrales	2
participa en algún grupo musical	2
participa en algún grupo teatral	1
realiza ,trabajos de artesanía	5
otras actividades	1
TOTAL	41

Frente a las actividades de carácter artístico, los socios que señalaron practicarlas en su mayoría

sólo asisten a presentaciones, festivales o shows, un reducido número (3) participa en grupos teatrales o musicales y solamente 5 realizan trabajos artesanales.

Esta situación podría estar determinada por el hecho que la enfermedad los aisló en su período crítico e impidiéndoles aprender o realizar actividades de carácter artístico, ya que su interés estaba dirigido a la ingestión de alcohol.

Además, cabe señalar que este tipo de actividades son realizadas ocasionalmente en los centros, por lo que no hay mayor motivación para su práctica.

En este Item se dio la posibilidad de elegir hasta un máximo de tres alternativas por socio, obteniéndose un total de 41 respuestas.

CUADRO N° 9

SOCIOS QUE SUGIEREN ACTIVIDADES DE CARACTER
ARTISTICO PARA SU CENTRO

SOCIOS	NUMERO
sugieren actividad	61
no sugieren actividad	4
TOTAL	65

El presente cuadro deja de manifiesto el considerable interés de los entrevistados por la realización en sus centros de actividades de carácter artístico (61 socios).

Esta situación resulta ser de vital importancia ya que permite deducir que al programarse este tipo de actividades se tendería a satisfacer los intereses de los asociados junto con posibilitar su desarrollo personal y cultural.

CUADRO N° 10.

TIPOS DE ACTIVIDADES DE CARACTER ARTISTICO QUE
SUGIEREN LOS SOCIOS PARA SU CENTRO

TIPO DE ACTIVIDAD	Nº
formación de grupo teatral	3
formación de grupo musical	13
formación de grupo folklórico	11
cursos de enseñanza de instrumento musical	6
cursos de artesanía	37
otras	2
TOTAL RESPUESTAS	78

Tal como fue expresado en el cuadro anterior (9) existe un gran interés en los socios por la realización de este tipo de actividades.

En el cuadro N° 10, las preferencias se orientaron principalmente a los cursos de artesanía, por cuanto los socios ven en ello una posibilidad de desarrollar su personalidad y de incrementar su ingreso económico por medio de la venta de los trabajos elaborados.

También las preferencias de los socios se inclinaron por la formación de grupos musicales y folklóricos (13 y 11 respectivamente) lo que reflejaría la necesidad del socio de expresarse y desarrollar su personalidad a través de la música.

En este Item se dio la posibilidad de elegir hasta un máximo de tres alternativas por socio, obteniéndose un total de 78 respuestas.

SOCIOS QUE REALIZAN ACTIVIDADES
DE CARACTER LITERARIO

CUADRO N° 11.

SOCIOS	NUMERO
realizan actividades	56
no realizan actividades	9
TOTAL	65

El cuadro N° 11, indica que la mayoría de los socios entrevistados realizan actividades de carácter literario y que sólo nueve no las practican.

Esto permite concluir, en términos generales, que los socios han superado la etapa crítica de la enfermedad y se interesan en actividades que les eran ajenas durante ese período.

CUADRO N° 12

TIPO DE ACTIVIDADES DE CARACTER LITERARIO
QUE REALIZAN LOS SOCIOS

ACTIVIDADES	N°
lectura libros cultura general	22
lectura revistas de entretención	15
lectura de diarios	45
lectura revistas especializadas (medicina, electrónica, etc.)	12
lectura revistas periódicas informativas	7
lectura de libros referentes a alcoholismo	26
escritura en diarios murales	7

Tal como quedó demostrado en el cuadro N° 3

el promedio de escolaridad de los socios se ubica en niveles medio y bajo. Sin embargo, el presente cuadro permite apreciar que en uno de los aspectos del nivel cultural (actividades de carácter literario) existen positivos hábitos de lectura.

Es así como, de las 135 respuestas registradas, cerca de la mitad corresponden a este tipo de hábitos, vale decir, lectura de libros, de cultura general, revistas especializadas o libros referentes a alcoholismo.

Por otra parte, si bien el resto de las respuestas dicen relación con actividades de menor relevancia (lectura de diarios, revistas de entretenimiento o revistas informativas) lo verdaderamente destacable es que existe un constructivo hábito de lectura en la mayoría de los socios entrevistados que bien encauzado, permitiría un desarrollo cultural y personal adecuado a este tipo de agrupación terapéutica.

En este Item se dio la posibilidad de elegir tres alternativas de respuesta, obteniéndose un total de 135 respuestas.

CUADRO N° 13

SOCIOS QUE SUGIEREN ACTIVIDADES DE CARACTER
LITERARIO PARA SU CENTRO

SOCIOS	NUMERO
sugieren actividad	63
no sugieren actividad	2
TOTAL	65

El cuadro N°13 muestra claramente el alto interés de los socios por la realización de actividades de carácter literario para su centro.

Esto está estrechamente relacionado con los hábitos de lectura presentado en el cuadro anterior (cuadro N° 12).

CUADRO N° 14

TIPO DE ACTIVIDADES DE CARACTER LITERARIO
QUE SUGIEREN LOS SOCIOS PARA SU CENTRO

ACTIVIDADES	N° de RESPUESTAS
elaboración de un diario mural	12
elaboración de una revista	14
formación y/o activación de una biblioteca	48
otra actividad	1
TOTAL	75

Los hábitos de lectura de los socios registrados en el cuadro anterior se ven reafirmados aquí por el alto número que señaló la formación o activación de una biblioteca que, si bien no es una actividad literaria propiamente tal, se puede, a través de ella, orientar la lectura de los socios hacia el desarrollo cultural.

Cabe hacer notar que tanto el diario mural como la revista del centro existen o alguna vez se han creado en los centros, sin embargo, no han logrado mayor interés en los socios por cuanto ambas requieren de una preparación más compleja.

En este Item se dio la posibilidad de elegir hasta un máximo de 3 alternativas, obteniéndose un total de 75 respuestas,

CUADRO N° 15

TIPO DE ACTIVIDADES QUE EL SOCIO CONSIDERA DEBERIA
EFFECTUARSE CON MAYOR FRECUENCIA EN EL CENTRO

TIPO DE ACTIVIDAD	Nº
educativas	24
literarias	2
artísticas	4
sociales (fiestas, platos únicos, etc.)	17
deportivas (fútbol, rayuela, etc.)	15
juegos de salón (nai pes, dominó, etc.)	24
otras	1
TOTAL	87

Con este rubro se pretendió conocer la imagen que el socio tiene de su Centro, reflejada por las actividades que considera deben efectuarse con mayor frecuencia en él.

Si bien el mayor número de preferencias se inclina hacia las actividades educativas y juegos de salón (lo que supondría una posición equilibrada respecto a su Centro), al agruparse las alternativas se obtiene un considerable número de preferencias por las actividades sociales, deportivas y juegos de salón (56), en desmedro de aquellas que favorecen el crecimiento grupal o individual, como son las educativas, literarias y artísticas (30).

En este rubro se dio la posibilidad de elegir hasta tres alternativas, obteniéndose un total de 87 respuestas.

CUADRO N° 16.

MOTIVOS DE INGRESO

MOTIVOS	N° socios
de salud	45
familiares	14
laborales	3
otros	3
TOTAL	65

Los motivos de ingreso más frecuentemente señalados fueron los de salud demostrando así la importancia primordial que tuvo en los socios la mantención de la abstinencia y la imagen que proyectaba en este aspecto el centro rehabilitador.

En segundo lugar, fueron señalados los motivos familiares, los que están estrechamente relacionados con los graves efectos provocados por la enfermedad en la vida familiar.

En este rubro es posible concluir que en su mayoría

los enfermos ingresan al Centro Rehabilitador a fin de re
cuperar su salud y mejorar sus relaciones familiares.

CUADRO N° 17.

PERSONAS QUE SUGIEREN EL INGRESO AL CENTRO

A SUGERENCIA DE:	Nº socios
un socio del centro	15
su familia	14
un profesional (médico, asist. soc.)	22
un amigo	2
un religioso	3
otros	9
TOTAL	65

Este cuadro está estrechamente vinculado con el anterior por cuanto el profesional y el socio del centro

(quienes participan directa o indirectamente en el tratamiento) fueron los que orientaron el ingreso de la mayoría de los actuales socios.

En este rubro se comprueba la hipótesis N° 1 de Motivación, porque la mayor parte de los socios ingresaron al Centro por indicación de un profesional (22).

Sin embargo, cabe señalar también el alto número de enfermos que fueron incorporados al centro por influencia de socios y de familiares (29 en total) lo que pone de manifiesto la efectividad de la comisión rescate y realza el papel fundamental del grupo familiar en la decisión del enfermo para tratarse e ingresar a un centro rehabilitador.

CUADRO N° 18.

MOTIVOS DE PERMANENCIA DEL SOCIO EN EL CENTRO

MOTIVOS	codigo	Nº
---------	--------	----

Del mismo modo como fue señalado anteriormente - (cuadro N°16) en este cuadro la salud también es el principal motivo de permanencia (67 respuestas) y dentro de este aspecto la mantención de la abstinencia (40 respuestas). Además, fueron señalados con un alto número de preferencias los motivos recreativos, sociales (50) y los familiares(28).

CUADRO N° 18.

MOTIVOS DE PERMANENCIA DEL SOCIO EN EL CENTRO

MOTIVOS	codigo	Nº
permite mantener abstinencia	S	40
facilita tratamiento	S	8
relación con otros enfermos	S	19
ayuda en la relación familiar	F	26
evita conflictos familiares	F	2
permite estabilidad laboral	L	13
evita conflictos con patronos	L	2
sirve para conseguir trabajo	L	4
permite recrearse	R	17
formación de grupo de amigos	R	33
otros	-	2
TOTAL DE RESPUESTAS		166

En este rubro se refuta la hipótesis N° 2 de Motivación por cuanto los principales motivos de permanencia del socio en el Centro son de salud.

En general, se puede deducir que los socios consideran indispensable el centro para la mantención de la abstinencia y que además éste les ha permitido la formación de grupos de amigos, lo que es un paso importante en su incorporación al medio social.

En este Item se dio la posibilidad de elegir hasta un máximo de 3 alternativas obteniéndose un total de 166 respuestas.

CUADRO N° 19.

PARTICIPACION EN LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS

ACTIVIDADES	N° socios
integra comisiones	23
asiste a las actividades	36
no participa en forma alguna	6
TOTAL	65

El cuadro N°19 muestra que los socios en su mayoría no asumen responsabilidades en la realización de las actividades, por cuanto del total de entrevistados, solamente 23 se integran a comisiones comprometiéndose directamente con el éxito o fracaso de la actividad.

Esta situación comprueba la hipótesis N°1 de Participación que señala que la mayor parte de los socios sólo asisten a las actividades programadas.

CUADRO N° 20.

SOCIOS QUE PARTICIPAN EN CARGOS DIRECTIVOS

S O C I O S	N°
han participado	37
no han participado	28
T O T A L	65

El cuadro N° 20 señala que de 65 entrevistados, 37 han participado en cargos directivos, refutando así la hipótesis N° 2 de Participación, por cuanto la mayor parte de los socios han tenido responsabilidades directivas en sus cargos.

CUADRO N° 21.

PARTICIPACION EN CARGOS DIRECTIVOS

SOCIOS	NUMERO
presidente	3
secretario	7
tesorero	5
director	12
delegado	5
jefe de comisión	5
TOTAL	37

Si bien el cuadro anterior (N° 20) presenta un considerable número de socios que han ocupado cargos directivos, este cuadro demuestra que de ellos sólo 15 han tenido experiencia en los tres cargos más importantes de un centro rehabilitador (presidente, se-

cretario, tesorero).

El resto ha ocupado cargos que no implican grandes responsabilidades en la dirección de los centros (director, delegados y Jefe de Comisión).

Cabe hacer notar que de 37 socio con experiencia en cargos directivos dentro de los Centros solamente 3 han sido presidentes.

CUADRO N° 22.

PARTICIPACION DEL SOCIO EN OTRAS ORGANIZACIONES
SOCIALES

SOCIOS	NUMERO
participan	40
no participan	25
TOTAL	65

El cuadro N° 22 presenta una realidad que refuta la hipótesis de Participación por cuanto la mayoría de los socios participa en otras organizaciones sociales.

Este cuadro señala que de los 65 socios entrevistados 40 participan en otras organizaciones sociales, refutando así la hipótesis N° 3 (de Participación) ya que ella indicaba que la mayoría no pertenecía a otros grupos organizados.

Sin embargo, cabe señalar que existe un número importante de socios (25) que aún presentan dependencia del centro rehabilitador aislándose completamente de la vida comunitaria.

Los 40 socios que señalaron pertenecer a otras organizaciones sociales están integrados principalmente

Este cuadro señala que de los 65 socios entrevistados 40 participan en otras organizaciones sociales, refutando así la hipótesis N° 3 (de Participación) ya que ella indicaba que la mayoría no pertenecía a otros grupos organizados.

Sin embargo, cabe señalar que existe un número importante de socios (25) que aún presentan dependencia del centro rehabilitador aislándose completamente de la vida comunitaria.

CUADRO N° 23.

TIPO DE ORGANIZACION EN QUE PARTICIPAN LOS SOCIOS

ORGANIZACIONES	N° de RESPUESTAS
junta de vecinos	16
club deportivo	21
sindicato	13
asociación de jubilados	6
cooperativa	4
mutual	2
ótras	1
T O T A L	63

a Juntas de Vecinos, Sindicatos y Clubes Deportivos (en especial a estos últimos que fueron señalados por 21 entrevistados).

Esta situación indicaría que el centro rehabilitador de alguna forma les ha servido de apoyo, reforzando su personalidad y ayudándolo a integrarse a su medio social.

CUADRO N° 24.

SITUACION LABORAL

72 % activos	28 % pasivos
-----------------	-----------------

De los 65 entrevistados, 47 se encuentran la borantes activos (72%) y tan solo 18 socios señalaron no trabajar (28%).

Esto estaría refutando la hipótesis N°1 de Situación Laboral ya que contra lo que allí se señalaba no existen dificultades laborales que obstaculicen la labor rehabilitadora de los centros.

CUADRO N° 25.

CALIDAD DE ACTIVOS

66% permanente	19 % ocasion.	15% p.e.m.
-------------------	------------------	---------------

De los 47 socios que señalaron encontrarse laboralmente activos, 31 tienen trabajo permanente (66%), 9 son trabajadores ocasionales (19%) y 7 pertenecen al Plan de Empleo Mínimo (15%).

Esto significa que la mayoría de los entrevistados cuentan con un ingreso económico estable para satisfacer sus necesidades básicas.

CUADRO N° 26.

CALIDAD DE PASIVOS

44%	50%	6%
cesantes	jubilados	incapacit.

De los 18 socios que indicaron encontrarse laboralmente pasivos, solamente 8 son cesantes (44%), 9 son jubilados (50%) (por lo que perciben una Pensión Mensual) y uno no trabaja por estar incapacitado para

ello (6%).

Esto significa que, sumando los activos con los jubilados, de los 65 entrevistados solamente 10 no perciben un ingreso económico propio, por lo tanto la situación laboral de los socios no sería obstáculo para la labor rehabilitadora en los centros.

CONCLUSIONES Y DEDUCCIONES GENERALES DEL ESTUDIO DE SOCIOS

Dado que el objetivo de la investigación a socios de Centros Rehabilitadores de Alcohólicos era medir las características fundamentales que influyen en la productividad del grupo, el equipo Seminarista ha obtenido un conjunto de conclusiones que servirán de base para mejorar el funcionamiento de los Centros.

Del resultado de la entrevista aplicada a los sujetos de estudio surgen las siguientes conclusiones:

- 1.- En los centros existe un bajo número de socios jóvenes de los cuales un gran porcentaje no tiene responsabilidades familiares. Esto significa que se hace imprescindible el trabajo de promoción a nivel de Centros de Tratamientos, con el objeto de motivar a los enfermos que allí concurren para que se integren a un Centro rehabilitador de alcohólicos y posibiliten la renovación de cuadros directivos, fortaleciendo su labor.

- 2.- La mayoría de los socios dispone de ingresos económicos mínimos suficientes que les permitirían cumplir con sus responsabilidades familiares en el plano económico. Ello implica que se hace imprescindible la programación de actividades que permitan a los socios recuperar el resto de sus roles familiares, mediante labores terapéuticas a nivel individual y grupal.
- 3.- El alto número de socios que no ha completado estudios primarios y secundarios y el escaso interés registrado por un mejoramiento potencial de esta situación, se debe principalmente a dos factores: la edad (la mayoría sobre 41 años) y las responsabilidades familiares (56 socios son jefes de familia).
- 4.- La formación o activación de bibliotecas en los Centros Rehabilitadores deberían tender a la satisfacción de los intereses manifestados por los socios en el estudio realizado; vale decir, fundamentalmente diarios, libros sobre alcoholismo, revistas especializadas y revistas de entretención. Posteriormente, una vez logrado el hábito de lectura en el centro, se podría ir mejorando gradualmente el material que se les entregaría. Con ello se tendería a elevar el nivel cultural de los enfermos recuperados.
- 5.- Si bien la práctica de actividades educativas actualmente es baja, los socios manifiestan un considerable interés porque éstas se realicen en los centros. Para

satisfacer esta necesidad sería conveniente que se planificara actividades relacionadas con las preferencias señaladas por los entrevistados, vale decir, cursos de alcoholismo, formación de líderes y proyección de películas educativas.

- 6.- La rehabilitación integral supone la búsqueda de la superación personal del enfermo alcohólico mediante actividades que posibiliten el progreso educativo, la expresión y la creatividad, entre éstas se encuentran las actividades artísticas.
- 7.- Las limitaciones culturales reflejadas principalmente en el nivel de escolaridad (93% no han cumplido su instrucción primaria y/o secundaria) y en las actividades que practican (la mayoría realizan actividades de escaso valor cultural) inciden notablemente en la comprensión del significado de la rehabilitación debido a que ésta contiene aspectos socio-educadores un tanto complejos que demandan un conocimiento elemental previo.
- 8.- Como consecuencia de la anterior, el proceso de rehabilitación en los centros de recuperados se ve limitado ya que las ejecuciones de programas con este fin supone la debida aprehensión del objetivo que persigue el grupo terapéutico.
- 9.- Las limitaciones culturales cuentan con un elemento potencialmente favorable para posibilitar su desarrollo

debido a que no obstante la carencia de programas de este tipo) los entrevistados estiman que el centro rehabilitador debería efectuar con mayor frecuencia, actividades educativas y lúdicas. Esto significa que la mayoría de los actuales socios consideran al centro como un lugar donde no sólo se debería practicar la recreación sino también es imprescindible ejecutar planes de carácter educativo.

10.- Siendo la salud el principal motivo de ingreso y permanencia de socios en los centros, la satisfacción de esta necesidad es una obligación ineludible de éstos y debe ser considerado en cualquier programa interno. Más aún si se toma en cuenta que los recuperados, en su mayoría, consideran que el centro rehabilitador de alcohólicos les permite mantenerse abstinentes. Con esto se establece una relación de dependencia que de no ser debidamente tratada, podría provocar frustración y reincidencia.

11.- Derivado de lo anteriormente señalado, surge la necesidad de reorganizar la comisión Rescate, planificando cuidadosamente sus labores de manera que posibilite, a lo menos, la incorporación de nuevos socios y la recuperación de los reincidentes.

12.- Considerando que la mayoría de los recuperados ha ingresado al centro a sugerencia de algún profesional, es conveniente que estas agrupaciones se organicen debidamente con el objeto de ofrecer un programa

coherente que otorgue seguridades para la continuación del proceso de rehabilitación de los pacientes que los profesionales envíen.

13. -En relación a la participación dentro de los centros existe una contradicción entre el alto número de socios que señalaron tener experiencia en cargos directivos y la baja participación en actividades programadas, a través de la integración a comisiones. Esto se debería a la escasa motivación para la participación dentro de los centros rehabilitadores de alcohólicos, ya que la mayoría de los entrevistados manifiestan inquietudes sociales en otras organizaciones comunitarias (Juntas de Vecinos, Clubes Deportivos, etc.).

14. - Los antecedentes obtenidos permiten concluir que existe homogeneidad económica, social y cultural entre los socios de los centros rehabilitadores de alcohólicos, por lo que no se producen grandes diferencias a nivel de intereses y necesidades: esto facilita un tanto la ejecución de programas debido a que la delimitación de actividades puede llevarse a efecto en una perspectiva globalizante.

ESTUDIO DE DIRIGENTES DE CENTROS
REHABILITADORES DE ALCOHOLICOS
DE LA QUINTA REGION

ESTUDIO DE DIRIGENTES DE CENTROS REHABILITADORES
DE ALCOHOLICOS DE LA QUINTA REGION

A fin de cumplir con los objetivos establecidos y dado la importancia del dirigente en la labor del centro rehabilitador, el grupo de Seminario efectuó un estudio del nivel cultural y la capacitación que estos obtienen para la conducción de grupos terapéuticos.

Este estudio se llevó a cabo a través de la aplicación de las siguientes técnicas:

- a) Entrevistas individuales
- b) Cuestionarios.

El total de entrevistados fue de 23 dirigentes que corresponden a los 7 centros rehabilitadores de la Quinta Región (fundamentalmente Presidente, Secretario y Tesorero).

A continuación se presentan los resultados obtenidos de la aplicación de las mencionadas técnicas:

CUADRO N° 1.

DISTRIBUCION DE LOS DIRIGENTES POR
EDADES Y EXISTENCIA DE GRUPO FAMILIAR

grupo familiar distribución edad	TIENEN GRUPO FAMILIAR	VIVEN SOLOS	total
20 a 30	1		1
31 a 40		3	3
41 a 50	9		9
51 Y MAS	10		10
TOTALES	20	3	23

El cuadro N°1 muestra que los dirigentes en su mayoría tienen más de 41 años de edad y que sólo 4 pueden ser considerados jóvenes (menores de 41 años).

Además, 10 dirigentes son mayores de 51 años y solamente uno es menor de 30 años.

Esta situación deriva directamente de los factores señalados anteriormente en relación a los socios jóvenes.

Respecto al grupo familiar se puede deducir que existe

estabilidad por cuanto sólo tres dirigentes viven solos (menores de 41 años todos ellos). Esto indicaría que las responsabilidades directivas no obstaculizan la integración de la familia.

CUADRO N° 2

NIVEL DE ESCOLARIDAD ALCANZADO POR LOS DIRIGENTES

MEDIDO EN GRADO DE ESCOLARIDAD.

grado escolaridad nivel escolaridad	primaria incompleta	primaria completa	secundaria o técnica incompleta	secun. o téc. compl.	TOTAL
BAJO	8				8
MEDIO		9	3		12
ALTO				3	3
totales	8	9	3	3	23

De acuerdo a los niveles previamente establecidos, se puede observar que si bien la mayoría de los dirigentes se ubica en el nivel medio (primaria completa o secundaria incompleta), existe un importante número

que no ha completado su educación primaria (8).

Esta situación es una limitante, por cuanto la conducción de un grupo terapéutico requiere de una adecuada preparación para la cual la instrucción escolar es un elemento básico.

CUADRO N° 3.

DIRIGENTES QUE ESTUDIARON DURANTE EL AÑO 1977.

DIRIGENTES	N°
estudiaron	2
no estudiaron	21
TOTAL	23

En el cuadro se observa que existe un escaso interés en los dirigentes por mejorar su nivel escolar por cuanto del total de entrevistados sólo dos estudiaron durante el año 1977.

Esta situación deriva de la edad que la mayoría tiene más de 41 años (lo que incide directamente en el interés), de la calidad de jefes de familia que tiene la mayor parte de los dirigentes (lo que limita sus posibilidades de estudio).

CUADRO N° 4.

ACTIVIDADES DE CARACTER EDUCATIVO SUGERIDAS POR LOS DIRI-
GENTES PARA SU CENTRO

A C T I V I D A D E S	N°
cursos de alfabetización	9
cursos de formación de líderes	10
cursos de capacitación laboral	7
c. de alcoholismo y rehabilitación	11
charlas o foros de cultura general	8
charlas o foros referentes a previsión	1
proyección de películas educativas	7
T O T A L	53

Todos los dirigentes sugirieron actividades de carácter educativo para sus centros, orientando sus pre-

ferencias principalmente a los cursos de Alcoholismo y Rehabilitación y a los de formación de líderes.

Estas sugerencias permiten deducir que en los dirigentes existe conciencia respecto a la necesidad de ser capacitados para la conducción de grupos terapéuticos.

En este Item se dio la posibilidad de elegir hasta tres alternativas obteniéndose un total de 53 resuestas.

CUADRO N° 5.

DIRIGENTES QUE REALIZAN ACTIVIDADES DE CARACTER
ARTISTICO.

DIRIGENTES	NUMERO
realizan actividad	5
no realizan actividad	18
TOTAL	23

El cuadro N° 5 muestra que la mayor parte de los dirigentes no realiza actividades de carácter artístico y que sólo 5 dirigentes señalaron asistir o participar activamente en ella.

Esta situación está determinada por las oca-

sionales presentaciones artísticas que se efectúan en los centros, en los cuales no se ha visualizado aún su carácter rehabilitador.

CUADRO N° 6.

TIPO DE ACTIVIDADES DE CARACTER ARTISTICO REALIZADAS POR EL DIRIGENTE

ACTIVIDAD	N°
asiste a festivales y/o show de música popular	6
asiste a presentaciones folklóricas	3
asiste a obras teatrales	1
realiza trabajos de artesanía	1
T O T A L	11

Frente a las actividades de carácter artístico se puede señalar que la mayoría de los dirigentes que manifestaron participar en ellas asiste a presentaciones de este tipo y que solamente uno las practica activamente

(trabajo de artesanía).

Esto significa que al igual que el resto de los socios, en los dirigentes no existen hábitos de carácter artístico por lo que se comprende la absoluta falta de este tipo de actividades en los centros.

CUADRO N° 7.

ACTIVIDADES DE CARACTER ARTISTICO SUGERIDAS POR LOS DIRIGENTES PARA SUS CENTROS

ACTIVIDADES	N°
formación de grupo teatral	2
formación de grupo musical	1
formación de grupo folklórico	4
cursos de artesanía	19
TOTAL	26

A pesar de la situación presentada en los cuadros anteriores (5 y 6) aquí se observa un alto interés por la realización de este tipo de actividad en los cen-

tros por cuanto el total de los entrevistados lo sugirieron.

Las preferencias (al igual que los socios) se orientaron a los cursos de Artesanía aduciendo las mismas razones (desarrollo de la personalidad e incremento del ingreso económico).

En este Item se dio la posibilidad de señalar hasta un máximo de tres alternativas, obteniéndose un total de 26 respuestas.

CUADRO N° 8.

ACTIVIDADES DE CARACTER LITERARIO REALIZADAS POR LOS DIRIGENTES.

ACTIVIDADES	N°
lectura de revistas de entretenición	11
lectura de diarios	16
lectura de revistas especializadas (salud.)	7
lectura de revistas periodísticas informativas	2
lectura de libros referentes al alcoholismo	12
lectura de libros de cultura gral.	3
T O T A L DE RESPUESTAS	51

y libros referentes a alcoholismo.

Esto permite deducir que los hábitos de lectura de los dirigentes bien orientados posibilitaría su desarrollo personal permitiéndoles proyectar a los socios - el interés por la cultura.

Cabe señalar además, que la lectura sobre alcoholismo refleja en cierta medida su conciencia respecto a la enfermedad y al papel que les corresponde como líderes de centros rehabilitadores.

En este Item se dio la posibilidad de señalar tres alternativas, obteniéndose 51 respuestas.

CUADRO N° 9.

ACTIVIDADES DE CARACTER LITERARIO SUGERIDAS POR LOS
DIRIGENTES PARA SUS CENTROS

ACTIVIDADES	Nº
elaboración de un diario mural del centro	2
elaboración de una revista del centro	6
formación o activación de una biblioteca	15
TOTAL	23

Este cuadro está muy relacionado con los hábitos de lectura presentados anteriormente, por cuanto los dirigentes en su mayoría señalaron la formación u activación de una biblioteca, si bien no es una actividad literaria propiamente tal, su existencia y adecuada dirección permitiría mejorar el nivel cultural.

Además cabe señalar que un número menor pero no por ello intrascendente (6), indicó la elaboración de una Revista del Centro, manifestando así interés por una actividad que posibilita la creatividad literaria.

CUADRO N° 10.

TIPO DE ACTIVIDAD QUE EL DIRIGENTE CONSIDERA SE DEBE
EFFECTUAR CON MAYOR FRECUENCIA

ACTIVIDADES	N°
educativas	14
literarias	1
sociales	3
deportivas	1
juegos de salón	4
TOTAL RESPUESTAS	23

gen que tiene el dirigente respecto a su centro reflejada en cierta medida por las actividades que él cree se deben efectuar con mayor frecuencia en éstos.

Las preferencias se inclinaron hacia las actividades educativas, demostrando así que los dirigentes tienen conciencia respecto a la importancia que -

tienen éstas en la rehabilitación del enfermo alcohólico.

Esta situación permite deducir que los dirigentes consideran imprescindible las actividades educativas por cuanto ellas diferencian el centro rehabilitador de un Club Social.

CUADRO N° 11.

AÑO DE INICIO DEL ACTUAL CARGO

AÑO	Nº
1970-1973	3
1974 -1976	8
1977-1978	12
TOTAL	23

El cuadro N° 11 señala que de 23 dirigentes entrevistados, 12 tienen alrededor de un año en su actual cargo, 8 entre dos y cuatro años y 3 entre cinco y ocho años.

Esto significa que existe un considerable número de dirigentes (11) que llevan demasiado tiempo en sus cargos, lo que permite deducir que en los Centros hay una escasa movilidad de líderes, con las consecuen-

cias a nivel grupal que es dable suponer.

CUADRO N° 12.

AÑO EN EL CUAL EL DIRIGENTE OCUPA SU PRIMER CARGO DIRECTIVO EN ORGANIZACIONES DE ALCOHOLICOS.

AÑO	Nº
1964-1969	5
1970-1975	8
1976-1978	10
TOTAL	23

Observando el presente cuadro se puede apreciar que 10 dirigentes ocuparon su primer cargo entre 1976 y 1978, vale decir, de 23 entrevistados 13 tienen algunos años de experiencia en este tipo de organizaciones.

Al hacer la comparación con el cuadro anterior se puede deducir que poco más de la mitad de los entrevistados han venido ocupando cargos dentro del Centro - por más de tres años, existiendo incluso algunos que mantienen esta situación desde hace más de ocho años.

Se puede ratificar lo deducido en el cuadro anterior respecto a la escasa movilidad de dirigentes.

CUADRO N° 13.

ADQUISICION DE CONOCIMIENTOS TEORICOS

DIRIGENTES	N°
con conocimientos	3
sin conocimientos	20
TOTAL	23

Este cuadro deja de manifiesto la extremada falta de capacitación teórica que enfrentan los actuales dirigentes de Centros Rehabilitadores de Alcohólicos ya que, de 23 entrevistados, solamente 3 señalaron poseer este tipo de conocimientos.

Si se considera que la mayoría de los actuales conductores de Centros tienen más de tres años de experiencia directiva en ellos (ver cuadros Nos. 11 y 12) se puede deducir que la falta de capacitación teórica es un hecho extremadamente grave dado el carácter terapéutico de estas organizaciones.

CUADRO N° 14.

DIRIGENTES QUE OCUPAN CARGOS EN OTRAS ORGANIZACIONES

DIRIGENTES	N°
ocupa cargo	7
no ocupa cargo	16
TOTAL	23

Un importante número de dirigentes de Centros Rehabilitadores (7) ocupan además cargos directivos en otras organizaciones.

Esto significa que en ellos existen inquietudes de líder que no sólo dependen del Centro sino que también han logrado incorporarse a organizaciones comunitarias.

Sin embargo, tanto a estos dirigentes como a aquellos que no ocupan actualmente cargos en otros grupos, es necesario capacitarlos teóricamente para que puedan orientar su labor hacia fines rehabilitadores sin confundir su acción con las de agrupaciones no terapéuticas.

CUADRO N° 15.

DIRIGENTES CON EXPERIENCIAS DE LIDERAZGO EN
OTRAS INSTITUCIONES

DIRIGENTES	N°
con experiencia	13
sin experiencia	10
TOTAL	23

De los 23 entrevistados 13 señalaron tener experiencia de liderazgo en otras instituciones, lo que estaría refutando la hipótesis N° 2 de Capacitación que indicaba que la mayoría de ellos no habría tenido experiencias directivas en otros grupos organizados.

A pesar que la mayor parte de los entrevistados no han recibido capacitación teórica (cuadro N° 13) al menos muchos de ellos cuentan con algún tipo de experiencia de liderazgo.

CUADRO N° 16.

TIPO DE ORGANIZACION EN QUE FUE DIRIGENTE

ORGANIZACION	Nº
laboral	4
deportiva	7
religiosa	1
cooperativa	1
vecinal	6
total de respuestas	19

ide-

razgo en otras organizaciones, la mayor parte la tienen en instituciones deportivas y vecinales.

Esta situación resulta ser un tanto riesgosa debido a que la falta de capacitación de líderes para centros rehabilitadores podría derivar en una repetición del sistema utilizado en aquellas instituciones confundiendo las labores y los objetivos.

CONCLUSIONES Y DEDUCCIONES GENERALES DEL ESTUDIO DE
DIRIGENTES.

Debido a que el objetivo del estudio de dirigentes era medir sus características fundamentales que inciden en el desarrollo de la rehabilitación de los enfermos alcohólicos, el grupo de Seminario obtuvo un conjunto de datos que servirán de base para el mejor funcionamiento de los CRA.

Del resultado de la entrevista aplicada a 23 dirigentes (principalmente presidente, secretarios y tesoreros) se derivan las siguientes conclusiones:

- 1.- Existe un bajo número de dirigentes jóvenes como consecuencia de la falta de formación de nuevos líderes y del escaso número de nuevos socios que ingresan a los centros (cabe recordar que el promedio actual de socios corresponde a personas mayores de 41 años).
- 2.- La mayoría de los dirigentes no han cumplido sus estudios primarios o secundarios (al igual que el resto de los socios) ni existen antecedentes que permitan vislumbrar un cambio de esta situación ya que, por su edad y las responsabilidades laborales que tienen, no hay motivación para la completación de estudios. Este aspecto, que incide en la conducción del grupo, se ve agravado debido a las escasas posibilidades de capacitación que este nivel existen.

3.- A pesar que las actividades de carácter literario que realizan los dirigentes son generalmente de menor relevancia, manifiestan un notable interés por la lectura, al igual que la mayoría de los socios. Esto significa que, existiendo los mismos intereses la formación u activación de una biblioteca podría satisfacer las necesidades de lectura posibilitando un progreso cultural general.

4.- Uno de los aspectos que posibilitan el desarrollo integral del enfermo alcohólico recuperado son las actividades de carácter artísticas.

A pesar que la mayoría de los dirigentes no practica este tipo de actividad, existe conciencia en ellos de su importancia en el proceso de rehabilitación.

Al igual que los socios, los dirigentes se manifiestan mayoritariamente por la realización de cursos de artesanía (ésto resulta particularmente importante para la elaboración de programas anuales). Otra actividad sugerida por los dirigentes es la formación de un grupo folklórico, lo que motivaría la incorporación de jóvenes al centro.

5.- En cuanto a la actividad educativa sugerida para el Centro, en su mayoría los dirigentes demostraron estar conscientes de su escasa preparación para la dirección de un grupo terapéutico, por cuanto sus mayores preferencias fueron para los cursos de forma-

ción de líderes y cursos de alcoholismo y rehabilitación.

- 6.- No obstante las limitaciones culturales, los dirigentes comprenden la importancia de las labores de carácter educativo en un grupo terapéutico. Incluso, estiman que este tipo de actividad resulta mucho más importante que las actividades recreativas. Esta situación adquiere mayor importancia si se recuerda que también los socios manifestaron el mismo interés.
- 7.- La renovación de cargos directivos es deficiente, dando lugar a dos consecuencias graves en algunos centros: prolongada permanencia de dirigentes en las mismas funciones y en otros cambios bruscos de directiva por conflictos internos. Ambas situaciones entorpecen el normal funcionamiento de los Centros ya que, por un lado se tiende a llevar al grupo según un mismo pensamiento (restando dinamismo) y, por otro, el líder no alcanza a permanecer el tiempo mínimo necesario para llevar a efecto algún plan de actividades.
- 8.- La casi totalidad de los dirigentes no cuentan con los conocimientos teóricos necesarios para dirigir un grupo terapéutico. Sin embargo, más de la mitad de los entrevistados tienen algún tipo de experiencia práctica como líderes. Esta situación obliga a establecer con urgencia alguna forma de orientar y/o

capacitar con cierta periodicidad a los actuales -
dirigentes, apoyando a aquellos nuevos líderes que
reciën se inician como tales.

C A P I T U L O I V

MODELO DE CENTRO REHABILITADOR DE ALCOHOLICOS.

PROPOSICION DE UN MODELO DE
CENTRO REHABILITADOR DE
ALCOHOLICOS

FUNDAMENTACION

El estudio efectuado ha permitido poner de manifiesto los graves efectos provocados por el alcoholismo en todos los aspectos de la vida nacional (económicas, sociales, culturales y laborales), la importancia de las medidas preventivas que enfrenten integralmente la enfermedad y el importante rol que cumplen los profesionales que integran la asesoría técnica y los centros, en la recuperación y rehabilitación del enfermo alcohólico

Los centros rehabilitadores de alcohólicos deben ayudar a la mantención de la abstinencia de sus asociados, a la recuperación de sus capacidades físicas, mentales y sociales disminuidas por la enfermedad y deben posibilitar un crecimiento integral (personal, cultural y social) que les permita incorporarse, como individuos normales, a su medio familiar, laboral y social (rehabilitación integral).

Sin embargo, actualmente los centros enfrentan una crisis derivada fundamentalmente de la escasa prioridad asignada al alcoholismo en los programas asistenciales, de la falta de claridad en cuanto a la política de prevención y de la carencia de recursos (materiales y humanos). En el plano interno de conflictos y distorsiones en la labor que desarrollan y falta de asesoría permanente.

Todos los factores señalados han determinado que los centros no puedan cumplir los fines rehabilitadores que les competen.

En la Quinta Región, el grupo de Seminario estudió los factores que directa o indirectamente han incidido en esta situación y elaboró un diagnóstico descriptivo que incluye:

- Principales características de los socios y dirigentes.
- Estructura y funcionamiento de los centros, y
- Situación de la asesoría técnica.

Este estudio reflejó una grave situación representada principalmente por la realización de actividades no orientadas al crecimiento individual y grupal, por el escaso número de socios que participan activamente en los centros, por falta de una estructura que permita la participación activa y creativa de los asociados y grupos familiares, por los conflictos individuales y grupales (rivalidades entre centros), por falta de capacitación de dirigentes, por la escasez de recursos, por falta de apoyo institucional, etc.

No obstante estas dificultades, los socios y dirigentes en su mayoría están concientes de la situación crítica de sus instituciones y se han integrado a la nueva estructura (delegación regional) aprobada en el último Seminario Nacional realizado en Santiago.

La Delegación Regional ha permitido en cierta manera, reanimar la lucha antialcohólica en la región, despertando a los centros rehabilitadores de alcohólicos de su prolongado letargo y salvando a algunos de ellos del casi irremediable desaparocimiento a que la inactividad los estaba llevando. sin embargo, los conflictos internos, las rivalidades entre centros, la falta de una ascsoría permanente han impedido que esta nueva estructura cumpla los objetivos para los cuales fue establecida.

En resumen, se puede señalar, que los conflictos y distorsiones que se presentan en los centros dificultando su labor rehabilitadora derivan de la carencia de una estructura que permita la participación activa y creativa de los socios y sus familiares y que posibilite el asesoramiento permanente.

El modelo que a continuación se presenta pretende proporcionar a los centros rehabilitadores de alcohólicos una alternativa objetiva de estructuración - coherente de éstos, con el objeto de que dispongan de un instrumento práctico para la acción.

DEFINICION

Los centros rehabilitadores de alcohólicos son grupos de carácter terapéutico formados principalmente por alcohólicos recuperados o en tratamiento y personas de abstinencia espontánea con fines de prevención, recuperación y rehabilitación.

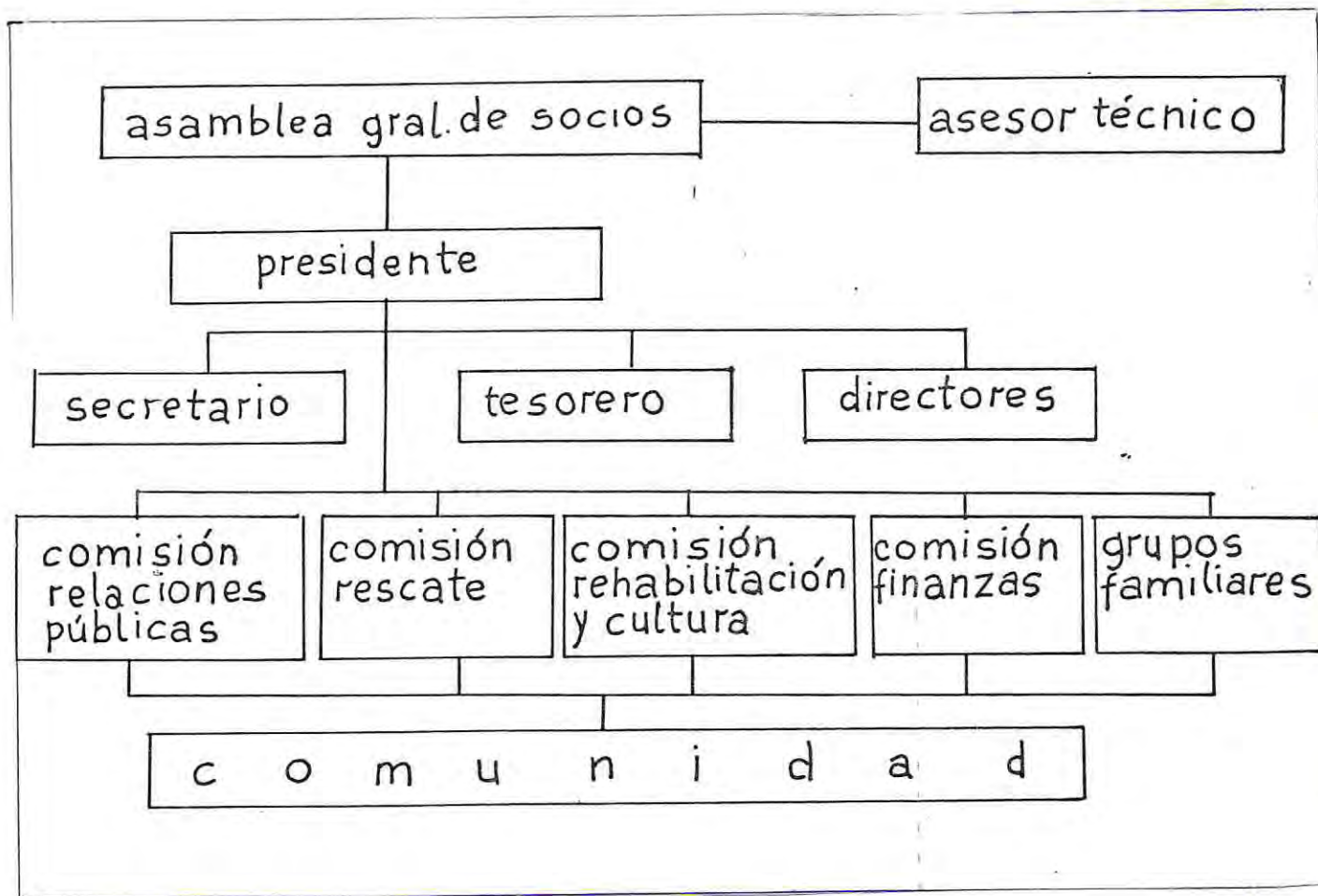
OBJETIVOS:

- 1.- Colaborar en la mantención de la abstinencia del asociado y propender a su rehabilitación a través de actividades sociales, recreativo-deportivas, culturales y psicoterapéuticas que proporcione a sus socios posibilidades de crecimiento integral.
- 2.- Orientar a la familia del asociado para que lo apoye en la mantención de su abstinencia, en su recuperación y rehabilitación.
- 3.- Incentivar la participación e integración de familiares directos del socio en la labor rehabilitadora del centro mediante la organización de grupos formales con fines de apoyo individual y grupal.
- 4.- Crear conciencia en la comunidad respecto a los nocivos efectos que la enfermedad alcohólica produce en el individuo, familia y sociedad en general.
- 5.- Fomentar la cooperación de la comunidad en la mantención de la abstinencia de los alcohólicos recuperados o tratados.
- 6.- Participar activamente en las campañas de prevención del alcoholismo.
- 7.- Incentivar y orientar al enfermo alcohólico para que logre su recuperación a través de la aplicación del tratamiento social y su rehabilitación por medio de su incorporación a un grupo terapéutico (CRA).

ESTRUCTURA

Para el cumplimiento de estos objetivos se sugiere organizar el grupo de tal manera que la productividad del mismo esté en manos de los mismos socios, siendo éstos - quienes, a través de comisiones, tengan la responsabilidad de mantener el carácter terapéutico del Centro buscando para sí y para los demás la rehabilitación integral que se pretende

Manteniendo en cierta forma la actual estructura de los CRA el organismo funcional sería el siguiente:



Las comisiones dependientes del directorio del

CRA son las encargadas de captar y controlar recursos, programas, coordinar y realizar acciones tendientes a la rehabilitación integral de sus socios y prevención alcohólica.

A continuación se define cada comisión señalándose los objetivos de cada una de ellas:

a) COMISION RELACIONES PUBLICAS

Será la encargada de programar, dirigir y coordinar las actividades de promoción y difusión del CRA.

SUS OBJETIVOS SON:

- a.1.- Apoyar el proceso de rehabilitación del enfermo recuperado.
- a.2.- Difundir a través de los medios de comunicación toda la información referente al centro.
- a.3.- Promover al centro como medio de rehabilitación del enfermo alcohólico.
- a.4.- Publicitar a nivel de intercentros todas las actividades por CRA.

b) COMISION REHABILITACION Y CULTURA

Será la encargada de programar, dirigir y coordinar las actividades tendientes a la rehabilitación del asociado y al desarrollo cultural de éstos y su grupo familiar.

SUS OBJETIVOS SON:

- b.1.- Lograr el crecimiento cultural del asociado y su grupo familiar.
- b.2.- Incentivar y estimular a los socios que tengan condiciones artísticas, literarias o culturales en general.
- b.3.- Educar al asociado y su grupo familiar respecto a la enfermedad alcohólica y su rehabilitación.
- b.4.- Crear conciencia en la comunidad sobre los efectos del alcoholismo y el rol que les corresponde cumplir a los CRA en el proceso de rehabilitación.
- b.5.- Colaborar en las campañas de prevención del alcoholismo.

c) COMISION DEPORTES Y RECREACION

Será la encargada de programar, dirigir y coordinar las actividades que, orientadas a la sana recreación del socio y su grupo familiar, signifiquen un aporte a la labor rehabilitadora del centro.

SUS OBJETIVOS SON

- c.1.- Recrear sanamente al asociado y su grupo familiar.
- c.2.- Crear un espíritu de solidaridad y comunicación entre los socios y entre centros rehabilitadores de alcohólicos.
- c.3.- Estimular a los socios a que tengan condiciones

de líderes

- c.4.- Motivar a los socios para que participen en las actividades que se ejecuten en su centro.

d) COMISION RESCATE

Será la encargada de programar, coordinar y ejecutar las acciones que signifiquen un apoyo a los socios en la mantención de su abstinencia, que permitan incorporar nuevos socios y pesquisar casos de alcoholismo en la comunidad orientándolos a su tratamiento.

SUS OBJETIVOS SON

- d.1.- Apoyar y ayudar a los socios en la mantención de su abstinencia.
- d.2.- Motivar al enfermo alcohólico hacia el tratamiento y recuperación.
- d.3.- Orientar a los enfermos tratados para que se incorporen al CRA.
- d.4.- Integrar a nuevos socios y familiares a la institución.

e) COMISION FINANZAS

Será la encargada de la fiscalización y control del movimiento financiero del centro y de programar actividades destinadas a la captación de recursos.

SUS OBJETIVOS SON

- e.1.- Velar por la adecuada utilización de los recursos que dispone el centro.

- e.2.- Crear sistemas de financiamiento programando acciones destinadas a la captación de recursos.

f) GRUPOS FAMILIARES

Serán grupos dependientes del directorio del CRA compuestos por familiares de los socios recuperados encargados de programar, dirigir, coordinar y ejecutar actividades de subgrupo con fines de apoyo terapéutico grupal e individual.

SUS OBJETIVOS SON

- f.1.- Apoyar el proceso de rehabilitación del enfermo recuperado.
- f.2.- Colaborar en todas las actividades programadas por el CRA.
- f.3.- Orientar a la familia del alcohólico recuperado referente a sistemas de apoyo terapéutico.
- f.4.- Motivar la permanencia del socio recuperado.
- f.5.- Participar en campañas de prevención.
- f.6.- Orientar a la familia de enfermos alcohólicos respecto a sistemas de apoyo pre y post tratamiento.
- f.7.- Motivar el desarrollo personal y familiar de sus propios socios.

PLANES DE ACCIONES POR COMISIONES
CENTRO REHABILITADOR DE ALCOHOLICOS
(PLAN EJEMPLO)

Considerando que los objetivos de cada comisión deben ser cumplidos a través de planes de trabajo, que en su conjunto conformarán el programa anual de un centro rehabilitador, el grupo de Seminario ha creído conveniente incorporar un plan ejemplo de acciones con el objeto que pueda ser utilizado como pauta para la planificación de cualquier programa de comisiones.

1.- COMISION RELACIONES PUBLICAS

OBJETIVO GENERAL:

Promover al centro rehabilitador y difundir la función rehabilitadora que cumple en la comunidad.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Lograr la participación de los medios de comunicación en la labor rehabilitadora del centro.

Dar a conocer al CRA en las Organizaciones Comunitarias y Organismos Públicos y Privados.

ACCIONES

- Concertar entrevistas con los medios periodísticos informativos locales (radio, TV, prensa) con el objeto de solicitar su cooperación a la labor de difusión y promoción propuesta.
- Entregar material informativo y propagandístico res

pecto a la rehabilitación del enfermo alcohólico y a la labor que le compete a los centros rehabilitadores en esta causa, a los medios de comunicación local en forma periódica,

- Efectuar reuniones con Asistentes Sociales de los departamentos de Bienestar de Empresas Públicas y Privadas y entregarles material informativo respecto a los CRA.
- Efectuar reuniones con dirigentes y bases de organizaciones comunitarias para obtener su colaboración a las labores de difusión y promoción entregando material informativo propagandístico en las unidades vecinales.
- Ofrecer representantes del Centro para que cooperen con los colegios y Universidades aportando su experiencia en asignaturas y actividades relacionadas con alcoholismo y rehabilitación.

RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS

- Material informativo propagandístico de URACH.
- Material informativo propagandístico confeccionado por el centro.
- Miembros de la comisión asesora.
- Familiares y socios voluntarios.

2.- COMISION RESCATE

OBJETIVO GENERAL

Lograr la integración de nuevos socios al centro.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Motivar la incorporación de nuevos socios.
- Lograr la participación activa de los socios nuevos en el centro.

ACCIONES.

- Asistir periódicamente a los centros de tratamiento con el objeto de apoyar a los enfermos y motivarlos al ingreso al centro.
- Efectuar reuniones con los familiares de los enfermos en tratamiento con el objeto de explicarles la labor que los centros cumplen en la rehabilitación de los alcohólicos.
- Recibir eficientemente a los socios nuevos e incorporarlos al grupo.
- Estimularlos para que participen en todas las actividades programadas e incorporarlos en las comisiones.

RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS

- Los integrantes de la comisión rescate.
- Personal médico y paramédico de los centros de tratamiento que participen en forma voluntaria.
- Familiares y socios voluntarios.

3.- COMISION CULTURA Y REHABILITACION

OBJETIVOS GENERALES

Lograr el crecimiento cultural del asociado y su familia

orientándolos hacia la rehabilitación integral y la superación personal y familiar.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Acrecentar el conocimiento del socio y familia en alcoholismo y rehabilitación.
- Incentivar y estimular al socio y su familia para el logro de un crecimiento cultural, individual y grupal.

ACCIONES

- Activar la biblioteca existente organizando la distribución entre socios de libros, folletos, revistas, etc.
- Realizar contactos con compañías navieras para obtener la donación de libros dados de baja en las naves.
- Activar el Diario Mural existente en el Centro incentivando la colaboración de los socios, familiares y asesores técnicos.
- Organizar un ciclo de charlas referidas a alcoholismo y rehabilitación con participación de profesionales, socios y familiares.
- Coordinar con organismos culturales la proyección de películas educativas sobre temas variados, realizando un cineforo al final de éstas.
- Conseguir la participación dentro del centro de grupos artísticos locales (folklóricos, teatrales, etc.)

- Realizar periódicamente mesas redondas con la participación de todos los socios y familiares discutiendo algún tema relacionado con la enfermedad alcohólica.

RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS

- Integrantes de la Comisión.
- Profesionales del Servicio Nacional de Salud que laboren con alcoholismo.
- Organismos culturales (filmoteca interuniversitaria, institutos culturales, Liga Antialcohólica, etc.)

4.- COMISION DEPORTES Y RECREACION

OBJETIVO GENERAL

Entretener sanamente al asociado y su familia y lograr una mayor comunicación y solidaridad interna y entre centros.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Desarrollar un fuerte espíritu de grupo.
- Crear un ambiente de sana competencia entre centros.
- Desarrollar un espíritu deportivo recreativo.

ACCIONES.

- Organizar actividades sociales (paseos, fiestas, etc.).
- Organizar competencias deportivas y de juegos de salón

internamente y entre centros.

- Organizar celebraciones especiales (aniversario del centro, bautizo de socios nuevos, competencias familiares, etc.)

RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS

- Integrantes de la Comisión.
- Grupo de familiares y socios voluntarios.
- Aporte financiero del centro.
- Implementos deportivos y juegos de salón.
- Asesoría de líderes de la Asociación Cristiana de Jóvenes.

5.- COMISION FINANZAS

OBJETIVO GENERAL

Lograr la utilización eficiente de los recursos económicos del centro y programar actividades que posibiliten el autofinanciamiento.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Controlar los recursos materiales y financieros del centro.
- Obtener aportes económicos de organizaciones y entidades particulares.

ACCIONES

- Efectuar un inventario del Centro.
- Coordinar con el tesorero un sistema claro de control de ingresos y egresos.

- Revisar periódicamente los libros de contabilidad del centro.
- Organizar rifas y sorteos internos y entre centros.
- Tomar el control financiero de toda actividad programada por el resto de las comisiones en los cuales exista posibilidades de ingreso económico.
- Elaborar un sistema de bonos de cooperación para ser vendidos a empresas e instituciones privadas.
- Reorganizar la búsqueda de nuevos socios cooperadores.

RECURSOS HUMANOS

- Integrantes de la comisión.
- Secretario y Tesorero del centro.
- Aporte de los integrantes del resto de las comisiones.

Una vez aprobado el plan de acciones cada comisión confeccionará un calendario de actividades que permita cumplir con los objetivos propuestos.

El programa anual del CRA (basado en el plan de acciones por comisiones) deberá contener fundamentación, objetivos, acciones, recursos y sistemas de evaluación.

Una vez aprobado por el directorio deberá ser presentado a la asamblea general de socios, los cuales podrán aceptarlo, rechazarlo o modificarlo.

El directorio deberá velar por el cumplimiento de las actividades de cada comisión y, a su vez, la asam-

blea general de socios deberá controlar el cumplimiento del programa de trabajo presentado por la directiva del centro.

ASESORIA TECNICA DE CENTROS REHABILITADORES

Todo grupo organizado, en especial el de carácter terapéutico, debe contar con un asesor que lo oriente a los fines que determinan su existencia.

En el caso de los grupos de recuperados alcohólicos, el asesor es imprescindible, por cuanto la enfermedad ha afectado sus capacidades físicas, mentales y sociales y en determinados casos ha provocado secuelas que inciden directamente en su personalidad.

En el estudio efectuado en la Quinta Región, se constató que la Asesoría Técnica realiza su labor en condiciones anormales (carencia de recursos, falta de apoyo institucional, escaso número de asesores, etc.). Esta situación determina que el grupo seminarista señale tres condiciones necesarias para la función asesora:

- 1.- Deben existir programas coherentes de prevención en alcoholismo que posibiliten la captación y utilización eficiente de los recursos y la creación de nuevos cargos en el Servicio Nacional de Salud, para enfrentar esta enfermedad.
- 2.- Debe existir un programa nacional de asesoría técnica de centros rehabilitadores de alcohólicos que establezca pautas generales para ser utilizadas en la elabora-

de programas regionales.

- 3.- Deben existir jornadas de estudio interdisciplinarios para asesores técnicos, que permitan aunar criterios respecto al rol que les compete y posibiliten la incorporación de nuevos profesionales a la función asesora en general y a la rehabilitación de alcohólicos en especial.

Todas las condiciones señaladas son fundamentales para la eficiencia y productividad de la Asesoría Técnica.

Cabe destacar que la Asesoría Técnica en alcoholismo fue definida anteriormente como el conjunto de medidas y acciones que realizan profesionales especializados dirigidos a la prevención, recuperación y rehabilitación del enfermo alcohólico. Esta asesoría puede ser entregada a un enfermo alcohólico, en particular (orientándolo para su recuperación y rehabilitación) o a un grupo terapéutico conformado por enfermos tratados, como en el caso de los centros rehabilitadores de alcohólicos, donde tiene fundamental importancia la labor que cumple el Asistente Social.

El análisis de la Asesoría Técnica en alcoholismo permitió sintetizar algunos de los principales objetivos hacia los cuales debe estar orientada la asesoría de un centro rehabilitador.

a) En el plano interno

- 1.- Organizar y orientar al centro para el cumplimiento

de sus fines rehabilitadores.

- 2.- Procurar la realización de actividades dirigidas al crecimiento individual y grupal.
- 3.- Fomentar la participación activa y creativa de socios y familiares en la labor del centro.
- 4.- Lograr el funcionamiento eficiente del centro rehabilitador.

b) En el plano externo

- 1.- Crear conciencia en la Comunidad respecto a los graves efectos del alcoholismo y al rol que cumplen los centros en la recuperación y rehabilitación del enfermo alcohólico.
- 2.- Lograr el apoyo constante de toda la comunidad (organizaciones comunitarias, organismos privados y públicos, etc.) a la labor rehabilitadora que llevan a cabo los centros.
- 3.- Fomentar y organizar nuevos centros rehabilitadores de alcohólicos cuando las condiciones del medio así lo permitan.
- 4.- Fomentar la comunicación constante y la solidaridad entre los centros rehabilitadores.

ACCIONES DE LA ASESORIA

Si bien es cierto que las acciones de la asesoría técnica deben aplicarse de acuerdo a las diferentes realidades, el grupo seminario ha creído conveniente enunciar algunas de carácter básico posibles de poner en prác-

tica por el Asistente Social en los centros rehabilitadores de alcohólicos. Estas acciones son:

- 1.- Participar en la formación y organización de las comisiones.
- 2.- Supervisar la elaboración de los programas de comisiones sugiriendo pautas generales de trabajo y ámbito de acción que corresponde a cada una de ellas.
- 3.- Vigilar el normal funcionamiento de las comisiones actuando de moderador en los conflictos que internamente se produzcan y en sus relaciones hacia el exterior.
- 4.- Coordinar las comisiones con organismos públicos, privados y organizaciones comunitarias.
- 5.- Incorporar a otros profesionales a las actividades que se llevan a cabo en los centros rehabilitadores.
- 6.- Organizar todo tipo de encuentros relacionados con rehabilitación y asesoría (seminarios, charlas, convenciones, etc.) que posibiliten la participación de otros profesionales en la causa antialcohólica.
- 7.- Fomentar, a nivel profesional, el análisis teórico práctico del problema alcohólico dando énfasis al sistema de trabajo en los tres niveles de prevención.
- 8.- Organizar jornadas de capacitación de dirigentes y posibilitar la preparación de nuevos líderes.

SUGERENCIAS RESPECTO A LA DELEGACION REGIONAL

Tomando en cuenta que la Delegación Regional (DEN) es el organismo reconocido como representante de los centros rehabilitadores de alcohólicos locales, el grupo seminario ha creído conveniente incluir algunas proposiciones que posibiliten su mejor funcionamiento :

- 1.- Mejorar el sistema de comunicación existente entre los centros y entre éstos y el DEN (Directorio Ejecutivo Nacional).
- 2.- Coordinar con organismos públicos o privados que puedan cooperar en la labor rehabilitadora de los centros (Servicio Nacional de Salud, Universidades, Empresas periodísticas, etc.).
- 3.- Crear un espíritu solidario entre los centros rehabilitadores de alcohólicos.
- 4.- Sustituir la comisión Recreación y Cultura por una comisión Recreación y Deportes y una comisión Rehabilitación y Cultura.
- 5.- La comisión Recreación y Deportes debe orientar en su acción a recrear a los socios y familiares, a crear un sano espíritu competitivo y fomentar la solidaridad entre los centros.

La comisión Rehabilitación y Cultura debe organizar y programar actividades dirigidas al crecimiento in

dividual y grupal y al fortalecimiento de la labor rehabilitadora de los centros.

- 6.- Que las comisiones de la Delegación Regional (para incorporar mayores recursos, lograr mayor eficiencia y fortalecer su acción) estén constituidas por socios que pertenezcan a sus similares en los centros, de manera que no se produzcan dualidades de acciones y permita además clarificar los límites de trabajo a ambos niveles.
 - 7.- Que la Delegación Regional no transforme en otro centro, es decir, que no establezca un programa de actividades rígido ni tome una posición contraria a los grupos rehabilitadores que representa.
 - 8.- Que se elabore un reglamento donde estén consignados los deberes y derechos de comisiones y delegados regionales, tipo y periodicidad de las reuniones, sanciones a las trasgresiones al reglamento, sistema de renovación de delegados regionales y formas de control de actividades.
 - 9.- Considerando que, tanto socios como dirigentes demostraron un alto interés por la realización de cursos de artesanía en los centros, la delegación debería abocarse a su estudio y organización, debido a que la práctica de este tipo de actividad estimula al socio, le otorga posibilidades de creatividad y le permite buscar, a través de ella, una forma de ingreso económico extra. Desde un punto de vista institucional esta actividad
-

permitiría promocionar los centros rehabilitadores hacia la comunidad,

- 10.- Debería organizar todo tipo de encuentros de CRA ya sea regionales o locales que posibiliten el intercambio constante de experiencias.

	Pág.
Centro Rehabilitador de Alcohólicos "LOS GALLOS" - Valparaíso	87
Centro Rehabilitador de Alcohólicos "UNION Y FE" - Valparaíso	89
Centro Rehabilitador de Alcohólicos "BUENOS AMIGOS" - Valparaíso	91
Centro Rehabilitador de Alcohólicos "AMIGOS DEL MAR" - Valparaíso	93
Centro Rehabilitador de Alcohólicos "VIDA NUEVA" - San Antonio	95
Centro Rehabilitador de Alcohólicos "EL ESFUERZO" - La Calera	97
Centro Rehabilitador de Alcohólicos "NUEVO DESPERTAR" - San Felipe	100
Problemática general de los Centros Rehabilitadores de Alcohólicos de la Quinta Región	102
Delegación Regional	108
Estudio de la Asesoría Técnica de la Quinta Región .	111
Estudio a los socios	121
Conclusiones y deducciones generales del estudio de socios	156
Estudio a los dirigentes	161
Conclusiones y deducciones generales del estudio de dirigentes	179
CAPITULO IV <u>"MODELO DE CENTRO REHABILITADOR DE ALCOHOLICOS"</u>	
Proposición de un Modelo de Centro Rehabilitador de Alcohólicos	183
Planes de acciones por Comisiones (Plan Ejemplo) ...	192
Asesoría Técnica de Centros Rehabilitadores	199
Sugerencias respecto a la Delegación Regional	203

ANEXC: ANTEPROYECTO

BIBLIOGRAFIA

B I B L I O G R A F Í A

- ANDER EGG, E. "TECNICAS DE INVESTIGACION SOCIAL"
Editorial Humanitas,
ARGENTINA, Buenos Aires, 1973.-
- CAMUS GUNDIAN, D. "ALCOHOLISMO, PROBLEMA MEDICO SOCIAL"
Editorial Central de Publicaciones
CHILE, Santiago, 1951.
- 154 FERRER, S. "COMPLICACIONES NEUROLÓGICAS CRÓNICAS
DEL ALCOHOLISMO"
Editorial Universitaria,
CHILE, Santiago, 1970.-
- GIBB R., JACK "MANUAL DE DINAMICA DE GRUPO"
Editorial Humanitas,
ARGENTINA, Buenos Aires, 1967.-
- GOODE, WILLIAN J. y
- HATT, PAUL K. "METODOS DE INVESTIGACION SOCIAL"
Editorial Trillas.-
MEXICO, 1974.-
- LEY N° 16.880 "LEGISLA SOBRE JUNTAS DE VECINOS Y
DEMÁS ORGANIZACIONES COMUNITARIAS"
TOMO N° 54, "Recopilación de Leyes"
Editado por la sección publicaciones
de la Contraloría General de la
República.
- LEY N° 16.744 "ESTABLECE NORMAS SOBRE ACCIDENTES
DEL TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFE-
SIONALES"
Tomo N° 53 "Recopilación de Leyes"
Editado por la sección publicaciones
de la Contraloría General de la
República.-
- LEY N° 17.105 "FIJA EL TEXTO COORDINADO, SISTEMATI-
ZADO Y REFUNDIDO DE LA LEY DE ALCOHO-
LES, BEBIDAS ALCOHOLICAS Y VINAGRES"
Tomo N° 55, "Recopilación de Leyes"
Editado por la sección publicaciones
de la Contraloría General de la
República.-

- MARCONI, JUAN "EL CONCEPTO DE ALCOHOLISMO"
Editorial, Sección Educación para
la Salud, S.N.S.-
Clínica Siquiátrica Universitaria
CHILE, Santiago, 1958.-
- PARE, SIMONE "GRUPOS Y SERVICIO SOCIAL"
Editorial Humanitas.
ARGENTINA, Buenos Aires, 1966.
- ROSSEMBLATT, ENRIQUE "EL ALCOHOLISMO"
Editorial Universitaria
CHILE, Santiago, 1962.-

E N T R E V I S T A S

- AZNAR A., ANTONIO MEDICO SIQUIATRA
Hospital "Salvador"
Valparaíso.
Asesor Regional de los Centros
Rehabilitadores de Alcohólicos
de la V Región.-

- ALVALLAY, LUIS ALBERTO DELEGADO REGIONAL
Presidente de la Unión Rehabilita-
dora de Alcohólicos V Región.

- COLOMER, JUAN EDUCADOR SANITARIO
Hospital La Calera
Asesor Técnico del Centro Rehabili-
tador de Alcohólicos "El Esfuerzo"

- DIAZ GALAZ, MIGUEL PRESIDENTE NACIONAL
"Unión Rehabilitadora de Alcohóli-
cos de Chile".-

- KLEMMER, LAURA ASISTENTE SOCIAL
Asesora Técnica Nacional
Unión Rehabilitadora de Alcohólicos
de Chile.-

- MITCHEL GONZALEZ,
HERNAN SECRETARIO REGIONAL
Delegación Regional
Unión Rehabilitadora de Alcohólicos
de Chile.-

- NUÑEZ, BENITO EX-PRESIDENTE NACIONAL
Relacionador Público del Centro
Rehabilitador de Alcohólicos "Vida
Nueva" de San Antonio.-

- PALMA, AIDA ASISTENTE SOCIAL
Hospital de La Calera
Asesora Técnica del Centro Rehabili-
tador de Alcohólicos "El Esfuerzo"

- REYES DONOSO,
ORLANDO TESORERO REGIONAL
Delegación Regional
Unión Rehabilitadora de Alcohólicos
de Chile.

- RODRIGUEZ, REGINA
ASISTENTE SOCIAL
Asesora Técnica
Unión Rehabilitadora de Alcohólicos
de Chile V Región.

- VASQUEZ, JUANA
ASISTENTE SOCIAL
Docente
Departamento de Siquiatría y Salud
Mental.
Universidad de Chile - Sede Valpa-
raíso.-

- VERA, NANCY
ASISTENTE SOCIAL
Ex-Asesora Técnica
Centro Rehabilitador de Alcohólicos
"Amigos del Mar".-

M E M O R I A S

- ALMAZAN TAPIA, INES "PSICOTERAPIA DE GRUPO Y SERVICIO SOCIAL DE GRUPO EN LA RECUPERACION DEL ALCOHOLICO"
- Escuela de Servicio Social.
Universidad de Chile - Sede
Valparaíso, 1952.-
- FIGUEROA BARRIA, YOLANDA "ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO MEDICO SOCIAL DE LOS ENFERMOS TRATADOS EN LA POSTA ANTIALCOHOLICA DEL HOSPITAL ENRIQUE DEFORMES, AFILIADOS AL CENTRO DE ABSTEMIOS "LOS GALLOS" Y NO AFILIADOS A ESTA INSTITUCION".
- y PIRAINO SOTO, ESTEFANIA
- Escuela de Servicio Social
Universidad de Chile,
Valparaíso, 1968.-
- VIDAL ALVAREZ, NILSA "TRATAMIENTO MEDICO-SOCIAL DEL ENFERMO ALCOHOLICO EN UN HOSPITAL GENERAL"
- Escuela de Servicio Social
Universidad de Chile,
Valparaíso, 1957.-

DOCUMENTOS Y REVISTAS

- "SEMINARIO NACIONAL DE ALCOHOLISMO"
Central de Publicaciones, URACH, Santiago, 10-11-y 12 de Junio 1977.
- "SEMINARIO LATINOAMERICANO SOBRE ALCOHOLISMO"
Organización Mundial de la Salud.-
VIÑA DEL MAR, Noviembre de 1960.-
- "REVISTA MEDICA DE VALPARAISO"
"El Problema del Alcoholismo en la zona de Valparaíso, prevención y tratamiento".
Doctores:
Luis Acevedo Castillo,
Luis Marty Calvo,
Alberto Robinson N, y
Sra. María Saavedra de Shere.
1959.
- "APRENDAMOS SOBRE ALCOHOLISMO"
Eduardo Medina Cárdenas y María Teresa Dobert V.
Editado por la Sección Educación para la Salud S.N.S. Santiago, CHILE, 1974.-
- "PERIODICOS"
"El Mercurio" de Valparaíso 10 de Noviembre de 1977.-
"EL Mercurio" de Valparaíso 11 de Octubre de 1977.-
"El Mercurio" de Santiago 2 de Septiembre de 1974.-
- "UNION REHABILITADORA DE ALCOHOLICOS DE CHILE"
- Documentación Primer Congreso de Clubes de Abstemios de Chile"
Santiago, 1964.-
- Estatutos y Reglamentos.-
- Tercera Convención Nacional de Clubes de Abstemios de Chile.-
Valparaíso, Diciembre de 1966.-

- Cuarta Convención de Centros de recuperados Alcohólicos y Centros de Abstemios de Chile, - san Antonio, Agosto 1969. -

"CENTROS REHABILITADORES DE ALCOHOLICOS DE LA QUINTA REGION"

- Actas de Fundación.-
- Reglamentos y Estatutos,
- Actas de Asambleas de Socios.
- Correspondencia.

A P U N T E S Y F O L L E T O S

- "SINDROME CLINICOS EN ALCOHOLISMO"

Autor, Morris E. Chofetz.-
Apuntes Mimeografiados.-
URACH, 1972.-

- "ALCOHOLISMO ENFERMEDAD RECUPERABLE"

Folleto propagandístico.-
Elaborado por la sección de
Salud Mental y Educación para
la Salud del S.N.S.
Editorial Gabriela Mistral,
1976.

- "SIMPOSIO INTERNACIONAL SOBRE ALCOHOL Y ALCOHOLISMO"

Dres. Jorge Mardones y
Aníbal Varela.-
Centro de publicaciones Biológicas,
Universidad de Chile,
SANTIAGO DE CHILE, 1969.

- "IMPORTANCIA DEL ALCOHOLISMO Y DE LOS PROBLEMAS DERIVADOS
DEL ALCOHOL"

Doctores:
José Horvits y Ricardo Honorato,
1975.-

- " "PLAN NACIONAL DE REHABILITACION"

De 1976.

- "COMISION NACIONAL DE REHABILITACION"

Ministerio de la Salud.-
Copia Mimeográfica.
CHILE, 1976.-

ANEXO ANTEPROYECTO

DIAGNOSTICO DESCRIPTIVO DE LOS CENTROS REHABILITADORES
DE ALCOHOLICOS DE LA V REGION Y PROPOSICION
DE UN MODELO DE CENTRO REHABILITADOR

Los alumnos Eduardo Arán Cortés, José Muñoz Oyarce, Carlos Senarega Vásquez y Pedro Vargas Vega quienes elaboraron un Seminario de Tesis referente a la rehabilitación del ex-alcohólico, presentan el siguiente Anteproyecto:

FINES

- 1.- Evaluar el papel rehabilitador que cumplen los centros rehabilitadores de alcohólicos en la actualidad.
- 2.- Contribuir al fortalecimiento de las labores desarrolladas por estos centros y otras organizaciones afines en pro de la rehabilitación de alcohólicos.
- 3.- Promover el desarrollo de los centros como organismos rehabilitadores de ex-alcohólicos mediante la difusión de las conclusiones obtenidas en la investigación.
- 4.- Entregar al Asistente Social elementos de análisis necesarios que le permitan reorientar sus acciones en la recuperación y rehabilitación de alcohólicos.

OBJETIVOS

- 1.- Conocer el papel rehabilitador que cumplen los Centros Rehabilitadores de Alcohólicos en la actualidad.

- 2.- Analizar el concepto de rehabilitación de alcohólicos aceptado por los centros rehabilitadores y el equipo asesor y/o complementarlo y/o replantearlo.
- 3.- Investigar los aspectos fundamentales del funcionamiento, organización y financiamiento de los centros rehabilitadores de alcohólicos.
- 4.- Utilizar los resultados obtenidos en la investigación para proponer un modelo de Centro Rehabilitador de Alcohólicos.
- 5.- Medir las características fundamentales de los socios que influyen en la productividad del grupo, tales como, nivel cultural, situación laboral, motivación y participación.
- 6.- Investigar la asesoría Técnica que tienen los Centros Rehabilitadores de Alcohólicos.
- 7.- Medir el nivel cultural y la capacitación que tienen los dirigentes para la conducción de un grupo de carácter terapéutico.
- 8.- Proponer formas de coordinación de las labores desarrolladas por los centros rehabilitadores de alcohólicos y la asesoría Técnica.
- 9.- Investigar las funciones que cumple el Asistente Social como asesor de centros rehabilitadores de alcohólicos.

FUNDAMENTACION Y DESCRIPCION DEL TEMA

En la observación inicial efectuada en los centros rehabilitadores de alcohólicos de Chile (Regional) en los meses de Enero y Marzo de 1977, el grupo de seminario pudo detectar una serie de problemas que obstaculizan su labor y el cumplimiento de sus fines y objetivos.

Esta situación estaba derivando en una grave crisis que podría afectar seriamente la rehabilitación de los enfermos alcohólicos de la V Región.

Por este motivo el grupo de seminario decidió orientar su estudio a determinar cuales eran esos obstáculos y encontrar elementos que favorezcan el progreso de los centros como grupos rehabilitadores de alcohólicos.

La rehabilitación del enfermo alcohólico es un problema que compete al Servicio Social, por cuanto, los Asistentes Sociales cuentan con los conocimientos, métodos y técnicas adecuadas para enfrentarlo.

El Asistente Social se inserta en esta problemática, como asesor del Centro (rehabilitador) y su acción está dirigida principalmente a acelerar la evolución del enfermo recuperado a rehabilitado.

Considerando los graves efectos provocados por el alcoholismo, tanto a nivel nacional como regional, y dada la importancia que tiene el Asistente Social en este aspecto, el grupo de seminario ha estimado necesario hacer

un estudio de la situación actual de los centros rehabilitadores de alcohólicos de la V Región, a fin de, contribuir a su fortalecimiento y entregar elementos de análisis que permitan reorientar las acciones que realiza este profesional en la recuperación y rehabilitación del enfermo alcohólico.

UNIDADES DE ANALISIS

Los sujetos de estudio de nuestra investigación serán:

- a) Los Centros rehabilitadores de alcohólicos de la Quinta Región afiliados a la Unión Rehabilitadora de Alcohólicos de Chile, que son los que a continuación se indican:
 - "Vida Nueva" de San Antonio
 - "El Esfuerzo" de La Calera
 - "Buenos Amigos" de Valparaíso
 - "Unión y Fe" de Valparaíso
 - "Amigos del Mar" de Valparaíso
 - "Los Gallos" de Valparaíso
 - "Nuevo Despertar" de San Felipe.

- b) Los socios con una asistencia regular a las actividades y reuniones programadas por los centros, entendiéndose como regular la asistencia al 50% de éstas. De ellos se sacará una muestra al azar del 50%.

- c) Los dirigentes de los centros rehabilitadores al alcohólicos de la V Región, consignándose principalmente al

Presidente, Secretario y Tesorero por ocupar los cargos más importantes.

PROCEDIMIENTOS METODOLOGICOS

Se pretende realizar una investigación de los centros rehabilitadores de alcohólicos de la V Región, a través de la cual se podrá elaborar un diagnóstico descriptivo que permitirá conocer su actual situación en relación a:

- a) Organización, funcionamiento, financiamiento y asesoría de los centros.
- b) Nivel cultural, situación laboral, motivación y participación de los socios.
- c) Nivel cultural y capacitación de los dirigentes de los centros rehabilitadores de alcohólicos.

Para lograrlo será necesario recurrir a las siguientes técnicas:

- Entrevistas estructuradas y no estructuradas
- Reunión de grupos.
- Discusión de grupos.
- Observación participante.
- Cuestionario.
- Análisis documental.

El procedimiento de trabajo utilizado implicará el cumplimiento ordenado de las siguientes etapas:

- 1.- Elaboración del Marco Teórico.
- 2.- Investigación de los Centros rehabilitadores de alcohólicos de la V Región.
- 3.- Procesamiento e interpretación de la información obtenida
- 4.- Diagnóstico Descriptivo.
- 5.- Formulación de un modelo de Centro Rehabilitador.-

MARCO TEORICO

El alcoholismo, es sin lugar a dudas, la tradición mas profundamente adherida a nuestra idiosincracia que, a través de generaciones ha provocado fenómenos de honda significación y de repercusiones nefastas para la salud y la economía del país.

Desde que la Organización Mundial de la Salud lo definió como enfermedad, descartando el término vicio, se ha considerado importante la atención médica, hospitalaria, readaptación psicoterapia, asistencia social del enfermo alcohólico y la Investigación Científica acerca del alcoholismo.

En nuestro país esta enfermedad influye directamente en el desarrollo socio-económico ya que está afectando a un millón docientos mil chilenos, de los cuales, trecientos mil han sido clasificados como bebedores

excesivos (1).

En el año 1974 la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica (2), publicó los siguientes datos estadísticos:

- De cada 10 camas de Medicina Interna, 3 estaban ocupadas por alcohólicos.
- La mortalidad por cirrosis hepática en varones y mujeres era la más alta del mundo.
- El 89% de los tuberculosos hospitalizados y ambulatorios eran también alcohólicos.
- El 36% de los egresados del hospital psiquiátrico, tenían el diagnóstico de alcoholismo.
- El 70% de las ausencias al trabajo se debía al consumo excesivo de bebidas alcohólicas.
- El 33 % de los casos de accidentes del trabajo se debe también al consumo excesivo de alcohol.
- Los accidentes de tránsito acusaban un porcentaje de alcoholismo que alcanzaba al 26%. Además, el 32 % de las atenciones eran por ebriedad, como asimismo el 52% de los crímenes y el 25% de los suicidios.

(1) URACH, Memoria Anual, 1977.

(2) CONICYT, Estadística año 1974. In:URACH, folletín 1974.

Todos estos datos estadísticos nos permiten graficar la incidencia que tiene en la actualidad el alcoholismo en la vida nacional.

El alcoholismo resulta ser, entonces, una enfermedad crónica, progresiva y por lo tanto irreversible, que presenta definidos procesos de enfermedades psicológicas, en los cuales el individuo va perdiendo paulatinamente todo sentido de responsabilidad, alcanzando tal desmoralización que afecta tanto a su trabajo como al cumplimiento de sus más elementales deberes frente a su familia y la sociedad.

LOS CENTROS REHABILITADORES DE ALCOHOLICOS

Como ya lo hemos señalado, dado el carácter irreversible de la enfermedad y los efectos físico-mentales que provoca en los afectados, éstos quedan imposibilitados para integrarse a la sociedad como individuos normales una vez que han sido recuperados clínicamente.

Esta situación sumada a la presión del medio social y a la crisis surgida en su medio familiar, son algunos de los elementos que motivan al enfermo recuperado (en forma clínica) a reincidir. Por este motivo se crearon los centros rehabilitadores de alcohólicos entre los años 1949-1950 en Santiago, como grupos específicos de psicoterapia, los cuales en la actualidad deben desarrollar labores tendientes a la rehabilitación integral del enfermo.

Estos centros surgieron en Chile tomando como modelo la Organización Alcohólicos Anónimos de los Estados Unidos de Norteamérica y se encuentran reglamentados en la Ley 16.880 sobre Juntas de Vecinos y Organizaciones Comunitarias. Los objetivos son la prevención, recuperación y rehabilitación de los enfermos alcohólicos.

En la actualidad los centros se encuentran agrupados en torno a la Unión rehabilitadora de Alcohólicos de Chile (URACH), que es una corporación de derecho privado sin fin de lucro fundada el 22 de Julio de 1971 en Santiago.

El objetivo general de la Unión Rehabilitadora de Alcohólicos de Chile es "Federar a todas las corporaciones de Derecho Privado que no persiguen fines de lucro que existan en el país, y cuyos fines sean la rehabilitación del enfermo alcohólico para aunar esfuerzos y recursos y representarlos ante todo tipo de autoridades y entidades (3).

Algunos de los mecanismos que ha propuesto utilizar URACH para el cumplimiento de sus fines son:

- La creación de Centros de Estudio, Investigación y Rehabilitación en relación con el problema del alcoholismo.
- El fomento y promoción de Centros de Abstemios en todo el país.
- La coordinación con organismos públicos y privados.

(3) URACH Estatutos, Santiago 1971.

- La coordinación de programas de rehabilitación entre sus asociados.

En la actualidad URACH, agrupa más de ciento treinta instituciones rehabilitadoras de alcohólicos, que suman un total aproximado de doce mil personas recuperadas (4).

A nivel de Quinta Región, URACH agrupa a 7 centros rehabilitadores de alcohólicos, distribuidos entre Valparaíso (cuatro), La Cañera (uno), San Felipe (uno), San Antonio (uno).

LA REHABILITACION DE ALCOHOLICOS

La Organización Mundial de la Salud, ha definido la rehabilitación integral como un proceso continuo y progresivo que pretende el desarrollo de las capacidades remanentes del individuo incapacitado y su paulatina integración a su medio social y cultural, preocupándose no sólo de sus problemas físicos sino que también de los psíquicos, socio-económicos y vocacionales hasta lograr la utilización máxima de su capacidad funcional residual (5)

-
- (4) Información obtenida en entrevista personal realizada al señor Miguel Díaz G., Presidente de URACH, Valparaíso 1977.
 - (5) Comisión Nacional de Rehabilitación, "Plan Nacional de Rehabilitación 1976" Ministerio de Salud Pública, Santiago de Chile, 1976.-

Esta definición bien podría ser adaptada para la rehabilitación de alcohólicos, ya que es bastante aceptado el concepto de incapacidad social con que se conoce al enfermo que nos preocupa.

El grupo seminarista estima que la rehabilitación integral del alcohólico, supone la superación de las siguientes etapas:

a) ENFERMEDAD

En la cual el individuo manifiesta claros síntomas de alcoholismo, en sus diferentes tipos.

b) RECUPERACION

Es aquella en que el individuo es sometido a tratamiento médico con el fin de lograr su desintoxicación.

c) READAPTACION

Etapa que se inicia una vez que el enfermo ha egresado del establecimiento hospitalario y se integra a un nuevo grupo social (Centro Rehabilitador de Alcohólicos) formado por individuos afectados por la misma enfermedad.

d) REHABILITACION INTEGRAL

Etapa en que el individuo logra recuperar las capacidades físicas, síquicas y sociales que le permiten reconocerse como enfermo; mantenerse en estado de abstinencia e integrarse como un individuo normal a la sociedad.

SISTEMA DE HIPOTESIS

SOCIO DEL CENTRO

NIVEL CULTURAL

- 1.- La mayoría de los socios de los centro rehabilitadores de alcohólicos tendría bajo nivel de escolaridad.
- 2.- El Nivel cultural de los socios sería una de los principales obstáculos del proceso de rehabilitación llevado a cabo por los centros.
- 3.- El nivel cultural de los socios les impediría la comprensión del significado de la rehabilitación.

PARTICIPACION

- 1.- La participación de los socios se limitaría solamente a la asistencia a las actividades programadas en sus centros.
- 2.- La mayoría de los socios nunca habría tenido responsabilidades directivas en los centros a los cuales pertenecen.
- 3.- La mayor parte de los socios no pertenecería a otros grupos organizados.

MOTIVACION

- 1.- La mayoría de los socios habría ingresado a los centros por indicación de algún profesional.

- 2.- La recreación sería el principal motivo de permanencia de los socios en sus centros.

SITUACION LABORAL

- 1.- La situación laboral de los socios obstaculizaría la labor rehabilitadora de los centros.

DIRIGENTES DE LOS CENTROS

NIVEL CULTURAL

- 1.- El nivel cultural de los dirigentes sería obstáculo para el desarrollo de la labor rehabilitadora que le corresponde a los centros rehabilitadores de alcohólicos.
- 2.- El nivel cultural de los dirigentes les impediría la comprensión del significado de la rehabilitación.

CAPACITACION DE DIRIGENTES

- 1.- La mayoría de los dirigentes de los centros no habría sido capacitado para la conducción de grupos de alcohólicos recuperados.
- 2.- La mayoría de los dirigentes de los centros no habría tenido experiencia directiva en otros grupos organizados.

CENTRO REHABILITADOR DE ALCOHOLICOS

ORGANIZACION INTERNA

- 1.- La Organización interna de los centros dificultarían

el proceso rehabilitador llevado a cabo en éstos.

- 2.- No existiría un sistema normativo que facilite la labor rehabilitadora de los centros.
- 3.- La mayoría de las actividades programadas en los centros tendrían como finalidad la captación de recursos.
- 4.- La mayoría de los programas elaborados por los centros no contendrían objetivos rehabilitadores.
- 5.- Los programas de financiamiento serían insuficientes para el desarrollo de la labor rehabilitadora de los centros.
- 6.- No existirían programas de motivación que fortalecieran la labor de los centros.
- 7.- La mayoría de los programas serían elaborados únicamente por los dirigentes.
- 8.- No existiría un sistema formal de evaluación de los programas que permitiera orientar sus objetivos y acciones a fines rehabilitadores.

ASESORIA TECNICA

- 1.- La mayoría de los centros no contaría con asesoría técnica profesional.
- 2.- No existirían programas de acción elaborados por los asesores técnicos en relación a los centros de rehabilitación.

3.- El rol de la asesoría técnica no estaría bien delimitado en la actualidad.

DEFINICIONES DE LAS VARIABLES

Las definiciones de las variables que se presentan a continuación están adecuadas a los objetivos propuestos en nuestro trabajo, por lo tanto, no contienen todos los elementos que les puedan dar una validez universal, sólo mencionaremos aquellos que nos interesan y que serán utilizados por el grupo de seminario.

NIVEL CULTURAL.

Es el grado de desarrollo cultural alcanzado por un individuo en determinado momento y que puede ser medido por la instrucción recibida, sus intereses culturales y las actividades culturales que realiza.

NIVEL DE ESCOLARIDAD.

Es el grado de instrucción escolar alcanzado por los sujetos de estudio. La escolaridad será medida de acuerdo a los siguientes niveles:

Bajo: Primaria incompleta

Medio: Primaria completa a secundaria incompleta

Alto: Secundaria completa o más.

PARTICIPACION

Es la asistencia periódica de un individuo a las reuniones y actividades programadas en la organización a la cual pertenece, su integración a las comisio-

nes de trabajo y a los cargos directivos existentes en esta organización.

SITUACION LABORAL

Es la situación ocupacional del socio o dirigente de los centros.

MOTIVACIONES

Son los diferentes incentivos que determinan la incorporación de un individuo a una organización y su permanencia como socio de la misma.

CAPACITACION DE DIRIGENTES

Proceso de aprendizaje mediante el cual el dirigente de una organización adquiere los elementos teóricos-prácticos necesarios para desarrollar su función directiva.

ORGANIZACIÓN INTERNA

Es la estructuración interna de un grupo organizado (estatutos, reglamentos, líneas de autoridad), que permite alcanzar objetivos y fines propuestos por medio de la rehabilitación de programas de acción.

ASESORIA TECNICA

Es la orientación técnica (profesional o no profesional) entregada a un grupo organizado, con el objeto de encauzarlo hacia la consecución de los fines que se han propuesto.

VARIABLES E INDICADORES

a) SOCIOS DE CENTROS
VARIABLES

NIVEL CULTURAL

DIMENSIONES

INDICADORES

a) Nivel de escolaridad

Grado de instrucción

b) Intereses culturales

Artísticos

Literarios

Educativos

c) Actividades culturales

Artístico

Literario

Educativas

PARTICIPACION

DIMENSIONES

INDICADORES

a) Participación en las
actividades programadas

Asistencia a las acti-
vidades programadas

Integración a Comisio-
nes.

Ocupación de un cargo
directivo.

MOTIVACION

DIMENSIONES

INDICADORES

a) Motivos de ingreso

De Salud

laborales

familiares

b) Motivos de permanencia	De salud familiares laborales recreativos sociales
---------------------------	---

SITUACION LABORAL

DIMENSIONES

INDICADORES

a) Situacion ocupacional	Estable Inestable Pasivo Cesante Plan de Empleo mínimo.
--------------------------	---

CAPACITACION DE DIRIGENTES

DIMENSIONES

INDICADORES

a) Proceso de enseñanza	Asistencia a cursos Materias Duración de los cursos Institución patrocinante
b) Adquisición de conocimientos prácticos	Experiencia como dirigente

b) CENTRO DE ABSTEMIOS
VARIABLE .

ORGANIZACION INTERNA

DIMENSIONES

INDICADORES

a) Estructura interna	Reglamentos Estatutos
-----------------------	--------------------------

b) Programa de acción

Líneas de autoridades
Tipos de programas (culturales, de financiamiento, de salud, etc.).
Formas de elaboración de programas.

ASESORIA TECNICA

DIMENSIONES

a) Tipo de asesor

b) Rol de Asesoría

INDICADORES

Asesor profesional

Asesor no profesional

Objetivos de la asesoría

Funciones

Existencia de asesoría.