

M 42952

M
C 768 R.
1996
C.I.

UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO

FACULTAD DE DERECHO Y

CIENCIAS SOCIALES

ESCUELA DE SERVICIO SOCIAL

15
1996
C.I.

**LA RED SOCIAL : UN RECURSO DE APOYO PARA ORGANIZA-
CIONES QUE TRABAJAN CON EL BEBEDOR PROBLEMA CON
DEPENDENCIA.**

UNA EXPERIENCIA DE SERVICIO SOCIAL PROFESIONAL

PROFESOR GUÍA : SRA. JUDITH DIAZ O.

ALUMNOS : JORGE CONTRERAS L.

BEATRIX LOOS

00015



“IN VINO VERITAS”. Proverbio Romano.

Quiero dar gracias a todos los Rehabilitados Alcohólicos y familiares que me dieron la posibilidad de compartir con ellos su experiencia de vida y de aprender a empezar de nuevo.

Dedico el presente seminario de título a mis padres que, a pesar de la distancia, me apoyaron y me posibilitaron mis estudios.

Beatrix



A mi padre que desde el cielo ha encendido la luz que ha permitido guiar mi camino, porque su ejemplo ha sido mi aliento para seguir adelante y luchar por alcanzar la grandeza que tu significas para mi

A mi madre que me ha mostrado la forma de alcanzar lo que uno se propone con su gran paciencia y sabiduría.

A mi familia compañeros y amigos por comprenderme y apoyarme.

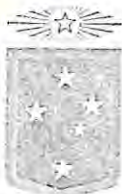
A todos ellos les dedico este seminario .

Jorge

Queremos agradecer la valiosa colaboración de las siguientes personas e instituciones, cuyo aporte nos permitió llevar a cabo el presente seminario de título :

- * **Sra. Judith Díaz O., por su dedicación y constante apoyo.**
- * **Sr. Fernando Lobos M.**
- * **Sr. Fernando Pastén C.**
- * **Sr. Enrique Santander**
- * **Sr. Leonardo Onetto P**
- * **Sra. Gloria Carmona L. y el Equipo de la Unidad de Alcohol y Drogas del Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota.**
- * **Dr. Fernando Voigt C. y el Equipo de la Unidad de Salud Mental del Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota.**
- * **Sra. Lorena Miranda y el Equipo de la DAIL de Quillota.**
- * **Encargados del Programa para el BPCD de los Consultorios del Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota.**
- * **Miembros de los Centros Rehabilitadores de Alcohólicos de Concón, Viña del Mar, Peñablanca, Limache, Olmué, Quillota, La Calera y Cabildo.**
- * **Sr. Eduardo Ubilla y miembros de la URACH V. Región**
- * **Sra. Raquel Asbach, Srta. Doris Herrera, Srta. Claudia Ordenes, Sr. Fernando Acosta y Sr. Juan Fuentes.**





UNIVERSIDAD
DE
VALPARAISO
CHILE

UNIVERSIDAD DE VALPARAISO
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE SERVICIO SOCIAL
CASILLA 5020 - TELEFONO 252131 - VALPARAISO - CHILE
FONO/FAX 252400



REF.: Informa Seminario de Título.

VALPARAISO, Marzo 27 de 1996.

SEÑOR DECANO:

De acuerdo a las disposiciones reglamentarias vigentes, informo a Ud. sobre el Seminario de Título presentado por los alumnos de la Escuela de Servicio Social Sr. JORGE CONTRERAS LAMAS y Srta. BEATRIX LOOS denominado "LA RED SOCIAL: UN RECURSO DE APOYO PARA ORGANIZACIONES QUE TRABAJAN CON EL BEBEDOR PROBLEMA CON DEPENDENCIA. UNA EXPERIENCIA DE SERVICIO SOCIAL PROFESIONAL".

Si bien el trabajo profesional orientado al bebedor problema es de antigua data, los autores tratan la temática con un enfoque diferente, original y con resultados que constituyen un real y significativo aporte a la continuidad del tratamiento de los afectados por la ingesta de alcohol.

En el desarrollo del trabajo se observa un adecuado uso del proceso metodológico, de las técnicas de trabajo profesional y de vocabulario técnico. Hay una racional delimitación del tema respecto al tiempo y recursos disponibles. De igual forma hay concordancia en cuanto al tiempo asignado a las diferentes etapas del método.

En la práctica, el estudio es patrocinado por el Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota. Se inicia con una investigación que busca establecer relaciones de causalidad entre diferentes instituciones sociales (familia, centro rehabilitador de alcohólicos, centro de salud) de apoyo al bebedor problema y la continuidad del proceso rehabilitador de éstos.

El marco teórico es coherente, consistente y suficiente para validar el sistema de hipótesis, la definición de conceptos y operacionalización de variables.

La recolección de datos de tipo cuantitativo y cualitativo se efectúa mediante la aplicación de 5 encuestas y 1 cuestionario, cuyo diseño permite obtener información confiable. Los datos tratados estadísticamente y analizados, corroboran la hipótesis central.

Consecuente con los resultados del diagnóstico, el programa de acción considera 2 proyectos cuya finalidad es generar una red funcional de apoyo a los bebedores problemas y a sus familias, que contribuya a la continuidad en el proceso rehabilitador de aquellos. Mediante la ejecución de los proyectos se logra el cumplimiento de los objetivos formulados que se concertan en la creación de una red social de apoyo y redes de cuidado posterior al bebedor problema con



UNIVERSIDAD
DE
VALPARAISO
CHILE

UNIVERSIDAD DE VALPARAISO
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE SERVICIO SOCIAL
CASILLA 3020 • TELEFONO 252131 • VALPARAISO • CHILE
FONO/FAX 252400



dependencia. Los planes de trabajo proyectan la continuidad del mismo a mediano plazo y constituyen evidencia de la aceptación y compromiso asumido por parte de los centros de salud, de los centros de rehabilitación y por los afectados y sus familias.

Las conclusiones y sugerencias que formulan los estudiantes respecto al estudio realizado dan cuenta de capacidad de análisis, reafirman la integración de conocimientos teóricos prácticos y la unidad de enfoque a través del estudio.

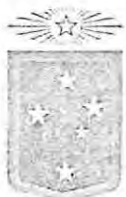
En lo formal pudo haberse sintetizado la información, especialmente en lo referente a proyectos y una mejor presentación de gráficos y tablas de frecuencia.

En consideración a lo informado, calificase con nota 6.5 (seis punto cinco).

MARTA BUSTOS DIAZ
PROFESORA INFORMANTE

AL SEÑOR
ITALO PAOLINELLI MONTI
DECANO FACULTAD DE
DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES
UNIVERSIDAD DE VALPARAISO
P R E S E N T E

MBD/rvs.-



UNIVERSIDAD
DE
VALPARAISO
C H I L E

UNIVERSIDAD DE VALPARAISO
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE SERVICIO SOCIAL
CASILLA 3020 • TELEFONO 252131 • VALPARAISO • CHILE
FONO/FAX 252400



REF.: Informa Seminario de Título.

VALPARAISO, Marzo 25 de 1996.

SEÑOR DECANO:

En cumplimiento a las disposiciones vigentes en la Universidad, me permito informar a Ud. sobre el Seminario de Título denominado "LA RED SOCIAL UN RECURSO DE APOYO PARA ORGANIZACIONES QUE TRABAJAN CON EL BEBEDOR PROBLEMA CON DEPENDENCIA. UNA EXPERIENCIA DE SERVICIO SOCIAL PROFESIONAL, realizado por los alumnos de esta Escuela Srta. BEATRIX LOOS y Sr. JORGE CONTRERAS LAMAS.

En nuestro país, lo relativo al bebedor problema con dependencia requiere de estudios tantas veces como se estime pertinente, ante los riesgos sociales que enfrentan estas personas junto a su familia y por las múltiples repercusiones que sobrepasan el ámbito del hogar.

Si bien el tema ha sido abordado desde diferentes aspectos, por distintas disciplinas, sin exclusión de Servicio Social Profesional, lo innovador en la presente tesis lo constituye el enfoque orientado a la "Red Social de Apoyo" y a las estrategias de acción implementadas para el logro de su funcionalidad.

Conciliar el interés de la Unidad de Alcohol y Drogas del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota, institución patrocinante, el de los seminaristas más la respuesta a las exigencias académicas, en el planteamiento de una idea central que permita focalizar un problema ya conocido, se convierte en un esfuerzo que lleva a agotar entrevistas personales y revisión bibliográfica atingentes a la materia.

Establecida su delimitación como: "falta de continuidad en el proceso rehabilitador del bebedor problema con dependencia", los tesisistas elaboran esclarecedores objetivos de investigación y un coherente marco de referencia conducente a un sistema de hipótesis, obvio, sólo en apariencia. Afinadas conceptualizaciones facultan una rigurosa operacionalización de variables y la construcción de seis (6) instrumentos de recolección de datos permite un procesamiento de la información, análisis e interpretación para configurar un acabado Diagnóstico Social.

.. /

Un hallazgo importante se refiere a la refutación de la hipótesis acerca de: "el insuficiente compromiso familiar con el bebedor problema incorporado a un Centro Rehabilitador de Alcohólicos, favorecería la discontinuidad en el proceso rehabilitador". Al verificar a través de las dimensiones: esfuerzo conjunto, apoyo incondicional y responsabilidad asumida, que existe compromiso familiar, se infiere que este no es suficiente en la continuidad del proceso rehabilitador, explicándose que la familia no sería el único agente determinante y que se requiere de la participación conjunta de otros agentes de la red social.

Considerando la fase diagnóstica la de mayor complejidad y de extraordinaria dedicación de los estudiantes, la Programación también se traduce en interesantes planes de acción que alcanzan su completa realización, excepto mínimas actividades de responsabilidad externa a ellos.

La presentación de la Ejecución y Evaluación unidas, no desmerece la calidad de los dos proyectos: "El Centro Rehabilitador de Alcohólicos como instancia de crecimiento" y "La Red Social un recurso de apoyo entre organizaciones que trabajan con el bebedor problema con dependencia". No obstante, contener el primero dos sub-proyectos iguales y paralelos, se desarrollan en realidades disímiles, Peñablanca y La Calera, a cargo de cada uno de los alumnos respectivamente. El segundo proyecto de amplia cobertura territorial y grupal, concentrado en la localidad de Quillota, lo asumen ambos seminaristas, cumpliendo todos los objetivos propuestos.

La evaluación puede apreciarse disminuída, pese a circunscribirse a los criterios y técnicas pre-fijadas, distinguiéndose como trascendente la acuciosidad con que miden los resultados obtenidos.

Finaliza el informe con precisas conclusiones, factibles sugerencias y una vasta bibliografía. A la vez, el cuerpo de anexos da cuenta con claridad de la magnitud del trabajo efectuado.

Las debilidades que es posible advertir se relacionan, de preferencia, con el aspecto formal y particularidades propias de la temática tratada. Algunas conformaciones inadecuadas de sintáxis e irregulares citas bibliográficas; además, la extensión del documento, que dado el número de elementos que abarca, no concede una síntesis mejor. Por otra parte, la modalidad adoptada tanto en la investigación-diagnóstica como en la ejecución, no facilita su sistematización.



UNIVERSIDAD
DE
VALPARAISO
C H I L E

UNIVERSIDAD DE VALPARAISO
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE SERVICIO SOCIAL
CASILLA 3020 - TELEFONO 252131 - VALPARAISO - CHILE
FONO/FAX 252400



3.-

Puede llamar la atención en la intervención, el reducido universo de bebedores problema con dependencia adscritos a los Centros Rehabilitadores, lo que es inherente a este tipo de agrupaciones. Sin embargo, el carácter de integralidad de la labor profesional, reúne a doce (12) Centros de Salud.

En consecuencia, el mérito de la tesis radica en su originalidad, pues acoge la preocupación por resolver un problema social desde una perspectiva, cuya posible solución puede imitarse para otros e incluso frente a situaciones de la misma índole de trascendencia nacional.

Por lo tanto, en razón de los antecedentes expuestos, se califica el Seminario de Título con nota 6.7 (seis punto siete).


JUDITH DIAZ OYARZUN
PROFESORA GUIA

AL SEÑOR
ITALO PAOLINELLI MONTI
DECANO FACULTAD DE
DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES
UNIVERSIDAD DE VALPARAISO
P R E S E N T E

JDO/rvs.-

ÍNDICE

	Páginas
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1 : ANTECEDENTES INSTITUCIONALES	5
1.1- Antecedentes generales de la institución.	6
1.2- Estructura interna del Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota.	6
1.3- Servicio Social Profesional.	11
CAPÍTULO 2 : DIAGNÓSTICO SOCIAL	13
2.1- Fundamentación del Problema.	14
2.2- Delimitación del Problema.	16
2.3- Objetivos de la Investigación.	18
2.4- Marco de Referencia.	20
2.5- Sistema de Hipótesis.	62
2.6- Operacionalización de Variables.	63
2.7- Metodología de la Investigación.	71
2.8- Resultados de la Investigación.	76
2.9- Confrontación del Sistema de Hipótesis.	93
2.10-Síntesis Diagnóstica.	109
CAPÍTULO 3 : PROGRAMACIÓN	114
3.1- Fundamentación del Programa.	115
3.2- Objetivos del Programa.	118
3.3- Proyecto N°1 : El CRA como instancia de crecimiento.	121
3.4- Subproyecto N°1 : El CRA “La Amistad” de Peñablanca como instancia de crecimiento.	121
3.5- Subproyecto N°2 : El CRA “El Esfuerzo” de La Calera como instancia de crecimiento.	126

3.6- Proyecto N°2 : La Red social : un recurso de apoyo para organizaciones que trabajan con el bebedor problema (cd).	131
3.7- Resumen de Proyectos.	136
CAPÍTULO 4 : EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN	148
4.1- Desarrollo del Subproyecto N°1.	152
4.2- Evaluación del Subproyecto N°1.	157
4.3- Desarrollo del Subproyecto N°2.	165
4.4- Evaluación del Subproyecto N°2.	169
4.5- Desarrollo del Proyecto N°2.	177
4.6- Evaluación del Proyecto N°2.	182
4.7- Evaluación del Programa por Objetivos.	191
4.8- Evaluación de Técnicas.	195
4.9- Sistema de Control y Registro.	198
4.10-Evaluación del Proceso Metodológico.	199
CAPÍTULO 5 : CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	204
5.1- Conclusiones.	204
5.2- Sugerencias.	209
Bibliografía.	211
ANEXOS	
- Anexo N°1 : Encuestas.	
- Anexo N°2 : Invitación para la participación en el Proyecto N°2.	
- Anexo N°3 : Estructura de los Talleres del Proyecto N°2.	
- Anexo N°4 : Resultados de los Talleres del Proyecto N°2.	
- Anexo N°5 : Certificados y Diplomas.	

INTRODUCCIÓN

El presente seminario de título, patrocinado por el Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota, se realiza en una área, que si bien no es exclusiva de Servicio Social, le es propia : se refiere a la área de Salud. Dentro de ésta se abarca específicamente un aspecto de la Salud Mental : el Beber Problema que, sin duda, es uno de los temas más relevantes de la Salud Pública en el país. La cuantía de la población que lo padece; las consecuencias para la salud física y mental del afectado y de su grupo familiar; y los perjuicios sociales y económicos que representan para la sociedad en su conjunto, justifican tal afirmación.

Mucho se ha escrito en relación al problema, como también se han desarrollado numerosas estrategias para lograr combatirlo, o al menos prevenir los efectos negativos que conlleva (en lo familiar, laboral, económico y social). Chile cuenta con más de cien años de historia de investigaciones, proposiciones y programas orientados al control de este problema, no solamente desde el Sector Salud, sino que también desde las perspectivas de Educación, Justicia y Legislación. Pese a todo lo anterior, en este contexto hay dos hechos que cabe destacar por el desafío que plantean :

1° Esta larga tradición no ha logrado producir un cambio significativo en las consecuencias adversas del alcohol, observándose incluso un desplazamiento del consumo excesivo hacia sectores más jóvenes de la población, y

2° Esta larga tradición no ha sido suficiente para aglutinar las distintas experiencias y lograr explicitarlas en estrategias de acción concretas que sirvan de guía para profesionales y no-profesionales que trabajan con el tema.

Por lo mismo, es que resulta de gran importancia para Servicio Social buscar caminos en conjunto con otros profesionales, que conduzcan hacia la superación de la problemática recogiendo la experiencia existente en los distintos sectores de la comunidad.

El tema a tratar en este estudio alude a los bebedores problema con dependencia que se encuentran en proceso de rehabilitación y que son miembros de un Centro Rehabilitador de Alcohólicos de la jurisdicción del Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota. Ellos necesitan del apoyo de diversos agentes para alcanzar una continuidad en su proceso rehabilitador : la familia, los Centros Rehabilitadores de Alcohólicos y los

Centros de Salud local, que en conjunto conforman la Red social de apoyo al bebedor problema.

Es menester aclarar que en el desarrollo del seminario se emplean las siguientes siglas, para abreviar conceptos de uso recurrente:

- Bebedor problema con dependencia = Bebedor problema (cd) o BPCD.
- Centro Rehabilitador de Alcohólicos = CRA.
- Unión Rehabilitadora de Alcohólicos de Chile = URACH.
- Centro de Salud local = CSL.

En lo relativo al tema del seminario, el problema central es la continuidad en el proceso rehabilitador del bebedor problema (cd) que, entendido como un proceso de desarrollo personal, incluye, no solamente, la mantención de la abstinencia de bebidas alcohólicas, sino también otras dimensiones importantes para una rehabilitación integral : la integración al medio social y la preocupación del bebedor problema (cd) por problemas físicos, psicológicos y económicos.

Para lograr tal continuidad el bebedor problema necesita del apoyo de los diferentes agentes en ámbitos específicos : de la familia requiere un compromiso que contemple apoyo incondicional, responsabilidad asumida y unión de fuerzas por parte de los miembros; del Centro Rehabilitador de Alcohólicos psicoterapia grupal, educación en relación a la problemática, reinserción social en los aspectos de relaciones familiares y laborales; y del Centro de Salud local un tratamiento integral y trabajo con la familia. Asimismo, se hace indispensable que los agentes trabajen coordinados entre sí para que el bebedor problema cuente con una red social **funcional** de apoyo.

El seminario de título consta de cinco capítulos, donde se contemplan todas las etapas del proceso metodológico.

El **primero**, comprende antecedentes generales de la institución patrocinante, lo que tiene como finalidad dar a conocer su estructura interna, la política y los principios básicos que rigen la organización.

En el **segundo**, se presenta la investigación diagnóstica, en el que se encuentra el Marco de Referencia, en base a dos ámbitos del conocimiento : el Beber Problema y las Redes Sociales, que ayudan a explicar la situación problema abordada.*

En este capítulo se procede a fundamentar y delimitar el problema; se establecen los objetivos de investigación, sistema de hipótesis, operacionalización de variables, incluyendo posteriormente el análisis e interpretación de los datos recogidos para concluir en una síntesis diagnóstica y formulación de pronosis y previsión tecnológica.

El **tercer** capítulo corresponde al programa, que contempla dos proyectos y que tiene como objetivo último generar una red social **funcional** de apoyo al bebedor problema (cd) en proceso de rehabilitación y a su familia, con el propósito de contribuir a la continuidad en el proceso rehabilitador de éstos.

El primer proyecto se orienta a mejorar el apoyo de los Centros Rehabilitadores de Alcohólicos “La Amistad” de Peñablanca y “El Esfuerzo” de La Calera, en los aspectos de Preocupación por problemas psicológicos, Ocupación del tiempo libre y Reinserción laboral.

El segundo tiene como finalidad crear una red social funcional de apoyo a los bebedores problema (cd), integrado por los agentes familia, Centros Rehabilitadores de Alcohólicos y Centros de Salud local, en las localidades de Concón, Peñablanca, Quillota y La Calera.

El capítulo **cuatro** describe la intervención profesional propiamente tal, llevado a cabo por el equipo seminarista, interpretando en seguida los resultados de la ejecución de los proyectos, para finalmente concluir acerca del cumplimiento de los objetivos y la evaluación del programa en general. Esta sección incluye, a la vez, la evaluación del proceso metodológico desarrollado por los alumnos memoristas.

Para finalizar, en el **quinto** capítulo se exponen las conclusiones y sugerencias que los autores han considerado a lo largo del trabajo. Para terminar, se presenta la

* Nota : En el Marco de Referencia se respeta la terminología utilizada por los autores citados en cuanto a los conceptos de Alcoholismo - Beber Problema, a pesar de que el primero se encuentra obsoleto desde el año 1993.

bibliografía empleada y los anexos que sirven como complemento a la labor profesional realizada.

ANTECEDENTES INSTITUCIONALES

INFORME INSTITUCIÓN

1.- Antecedentes generales de la institución.

El Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota constituye un organismo estatal, funcionalmente, descentralizado que está dotado de personalidad jurídica y de patrimonio propio. Por ende, el Servicio de Salud es una institución de derecho público.

El Servicio de Salud depende del Ministerio de Salud siendo coordinado, controlado y supervigiliado por su respectiva Secretaria Regional Ministerial.

El radio de acción del Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota se extiende a 15 comunas de la V Región : Viña del Mar, Puchuncaví, Quintero, Quilpué, Villa Alemana, Limache, Olmué, Quillota, La Cruz, La Calera, Nogales, Hijuelas, La Ligua, Petorca y Cabildo.

En relación a su historia, en el año 1979 son creados, por el Capítulo III del Decreto Ley 2.763 del Ministerio de Salud 26 Servicios de Salud a lo largo del país, siendo los continuadores legales del ex Servicio Nacional de Salud y del ex Servicio Médico Nacional de Empleados, dentro de sus respectivos territorios y con los mismos derechos y obligaciones que correspondían a esas instituciones.

Estos Servicios integran el actual Sistema Nacional de Servicios de Salud descrito por el inciso segundo del Artículo 2º del Decreto Ley Nº 2763 del 1979.

En los años 1992 y 1994 se crean por resolución del Ministerio de Salud la Unidades de Salud Mental y la Unidades de Alcohol y Drogas, respectivamente.

2.- Estructura interna u organizacional del Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota

La estructura administrativa del Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota, permite ubicar a la Unidad de Alcohol y Drogas bajo la Unidad de Salud Mental, la que depende del Departamento del Programa de las Personas, organismo patrocinador del seminario de título.

Política de Salud Mental

La Unidad de Salud Mental en su contexto general se rige por las políticas, planes y programas en Salud Mental emanados por el Ministerio de Salud.

Para implementar las Políticas de Salud Mental en la institución es necesario señalar el concepto de Salud Mental que se maneja :

"Salud Mental, es la capacidad de las personas y de los grupos para interactuar entre sí y con el medio ambiente, de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de las potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas, relacionales, el logro de las metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común."¹

Los valores que subyacen a la política de Salud Mental se pueden resumir en lo siguiente:

- énfasis en la meta de reinserción social de los enfermos, en la perspectiva de superar paulatinamente el modelo asilar. Ello significa minimizar las internaciones, apoyarse en agentes de la comunidad y fortalecer modalidades de trabajo insertas en la modalidad de atención primaria de Salud.
- desarrollar redes de servicios diversificados en cada región e incorporados, a su vez, a la red de establecimientos de salud general.
- mejorar la calidad de vida de las personas, en conjunto con otros sectores de la sociedad, generando más allá de un crecimiento económico iniciativas en pro del desarrollo humano y el bienestar psicosocial.

Por lo tanto, "las políticas de Salud Mental deben procurar condiciones, tanto para una adecuada atención de las personas con desordenes mentales o en riesgo de ello, como para contribuir a elevar el nivel de Salud Mental de la población en general. (...). Las formas concretas de promoción de la Salud Mental se encuentran en la estructuración y organización de la educación, el trabajo, la convivencia en los barrios, el manejo de la información, la administración de la justicia, etc., junto a otras focalizadas más directamente en los individuos, tales como los estilos de vida, las redes de apoyo, las cualidades de liderazgo en las comunidades, y otros."²

¹Ministerio de Salud y Bienestar, Canadá, Mental Health for Canadians. Striking a balance. 1988.

²"Políticas y Plan nacional de Salud Mental". Ministerio de Salud, Santiago de Chile. 1993.

Asimismo, "es necesario perfeccionar el nivel primario de atención para lograr acciones de Salud verdaderamente integrales y resolutivas, incorporando capacitación y tecnologías simples; pero, efectivas para atender la dimensión psicológica y psicosocial de los consultantes, adicionar programas metodológicamente actualizados para la prevención primaria de problemas como el consumo de sustancias, el manejo de crisis normales del desarrollo, el enfrentamiento del stress y otros problemas psicosociales de frecuente ocurrencia.³

Esta política enfatiza que tanto las intervenciones en el ámbito clínico, como la organización de los servicios, deben tener muy en cuenta que los pacientes viven con sus familias, tienen parientes y relaciones, y pertenecen a una comunidad que puede y debe ser informada, requerida para autorizar ciertas decisiones que afectan la libertad de los pacientes y tomada en cuenta mediante decisiones dialogadas. Resulta imprescindible modificar la subestimación que el sistema de atención ha hecho de las posibilidades de colaboración de la red social primaria y de las comunidades.

Por último, las orientaciones y medios de acción deben reconocer el potencial de autocuidado y solidaridad de las personas, las familias, la comunidad y del personal de Salud.

Objetivos de la Política de Salud Mental

Las políticas de Salud Mental adoptan las siguientes prioridades para los próximos años;

- 1.) Desarrollar esfuerzos especiales en las áreas de fomento y promoción de la Salud Mental de la población en general y de grupos vulnerables, así como acciones de prevención de trastornos específicos.
- 2.) Modificar equilibradamente las acciones necesarias para beneficiar a los enfermos mentales y sus familias, los grupos de mayor riesgo y a la población en general.
- 3.) Tender a la satisfacción de las necesidades de Salud Mental de la población, proveyendo servicios de una manera accesible y oportuna en cualquier lugar del país, aumentando la cobertura e incrementando la disponibilidad de recursos en todas las regiones.
- 4.) Superar las tradicionales insuficiencias en el abordaje de los trastornos mentales más

³ Ministerio de Salud, op. cit. 2.

relevantes, tales como el abuso y la dependencia del alcohol, y otras sustancias psicoactivas, trastornos emocionales, las psicosis y los trastornos del desarrollo psicosocial.

- 5.) Considerar la existencia de grupos o poblaciones particulares, que constituyen retos a la sensibilidad social y a la eficacia del sistema y cuyas necesidades de atención no están satisfechas. Entre otros, los afectados por violaciones a los derechos humanos u otros tipos de violencia, en particular mujeres, niños o ancianos maltratados o en situación de abandono y las personas que viven en condiciones de extrema pobreza.
- 6.) Asegurar espacios que posibiliten la presencia de la comunidad y sus distintas formas de organización, así como los organismos no gubernamentales y de otros sectores del estado, en la programación, ejecución y evaluación de las acciones de Salud Mental.
- 7.) Generar acciones orientadas al desarrollo y cuidado del recurso humano del Sistema de Salud permitiendo que el personal de Salud Mental, se constituya en eficaz agente de promoción del desarrollo humano de la población a su cargo.
- 8.) Incorporar el conocimiento, la tecnología y la experiencia acumulada para asegurar el acceso de los discapacitados por causas psíquicas a programas diversificados de rehabilitación y de reinserción social, laboral y familiar.

Planes y Programas de Salud Mental

Dentro de los planes y programas de Salud Mental se encuentran los siguientes :

- 1.) Salud Mental infanto-juvenil.
- 2.) Salud Mental en atención primaria de Salud.
- 3.) Red de servicios clínicos de salud mental y psiquiatría.
- 4.) Beber problema y consumo indebido de drogas, cuyos objetivos son :
 - 4.1) Contribuir a la disminución de la oferta de alcohol y otras drogas, con acciones coordinadas con los diversos sectores de la nación que tengan relación con ello.



- 4.2) Contribuir a disminuir la demanda de alcohol y otras drogas por parte de la población infanto-juvenil y postergar la edad de inicio de consumo, promoviendo un pleno desarrollo personal, estilos de vida saludables, habilidades sociales, uso constructivo del tiempo e información veraz sobre el efecto de las sustancias.
- 4.3) Detectar precozmente a las personas que abusan del alcohol y de otras drogas, con el fin de motivarlas para iniciar tratamientos antes de la aparición de complicaciones o dependencia.
- 4.4) Desarrollar una red de servicios y programas destinados a la atención de consumidores de sustancias, en que participen organismos del estado y del sector privado, y en la que tengan un rol primordial los grupos de auto-ayuda.
- 4.5) Implementar un sistema nacional y regional de vigilancia epidemiológica de alcohol y drogas, que facilite la obtención periódica de información sobre prevalencia de consumo de drogas, tipos de sustancias de abuso, formas de consumo y de factores de riesgo y protectores.
- 5.) Atención, Rehabilitación y Reinserción social de discapacitados de causa psíquica.
- 6.) Derechos humanos, violencia y salud.

Funciones de la Unidad de Salud Mental

La unidad de Salud Mental a nivel del Servicio de Salud es la encargada de llevar a la práctica la política anteriormente descrita y en este contexto orienta su acción al cumplimiento de las siguientes funciones:

- "Participar en la elaboración de programas y proyectos atinentes a las necesidades de Salud Mental de la población beneficiaria del Servicio de Salud respectivo.
- Coordinar, asesorar y evaluar la marcha de los programas y programas de Salud Mental existentes.
- Efectuar reuniones periódicas con los equipos de atención primaria con el fin de apoyar las actividades de Salud Mental que realicen.
- Diseñar, orientar y organizar, en conjunto con el departamento de capacitación, las acti-

- vidades de formación de Salud Mental y Psiquiatría que sean necesarias para el personal de los diversos niveles de atención del Servicio de Salud.
- Asesorar al director del Servicio de Salud y a otras autoridades y Unidades, en materias pertinentes a Salud Mental.
 - Colaborar en la marcha de los comités intersectoriales de Salud Mental, facilitando el intercambio de información acerca de las múltiples funciones que realicen en esta área las diversas instituciones que no pertenecen al Sector Salud (Educación, Instituto Nacional de la Juventud, Servicio Nacional de la Mujer, Organizaciones no gubernamentales, Área Social Municipal, etc.)."⁴

Estructura de la Unidad de Alcohol y Drogas

La Unidad de Salud Mental para hacer más operativo su accionar cuenta con una Unidad de Alcohol y Drogas encargada de enfrentar específicamente el problema de las toxicomanías. Para tal efecto dispone de los siguientes profesionales :

- un médico psiquiatra
- un psicólogo
- una enfermera
- un asistente social

La jefatura de la Unidad esta a cargo de la médico psiquiatra, estando los otros profesionales a un mismo nivel jerárquico. Se procura tomar las decisiones en equipo.

3.- Servicio Social Profesional

Los objetivos de Servicio Social como integrante de un equipo multidisciplinario abocado al tema de la Salud Mental, son los siguientes :

- Motivar y crear las condiciones para que las organizaciones sociales de la comunidad se integren activamente tanto a la descripción diagnóstica como el establecimiento de prioridades y resolución de problemas de salud mental.

⁴ Ministerio de Salud, op. cit. 2.

- Crear y fortalecer los sistemas de coordinación estable entre los diferentes organismos gubernamentales y no gubernamentales que se relacionan con los problemas de salud mental de la población.
- Aportar a la comunidad y al equipo de Salud Mental elementos diagnósticos y de análisis crítico fundado en el conocimiento de la realidad psicosocial y socio-cultural.
- Motivar e incentivar en la comunidad la creación y fortalecimiento de las redes sociales de apoyo, en un intento de promover sistemas innovativos de organización social.
- Promover cambios en los estilos de vida que favorezcan el paulatino desarrollo y fortalecimiento de pautas culturales tendientes a la solidaridad, apoyo mutuo y autoresponsabilidad.
- Crear y promover la formación de grupos de organizaciones de auto-ayuda y funcionamiento democrático.
- Sensibilizar y motivar a la comunidad en general respecto al tema de la Salud Mental.
- Promover y fomentar la identidad cultural propia de los grupos y comunidades.
- Elaborar e implementar proyectos de intervención específicos en problemas de Salud Mental, tradicionales o emergentes en conjunto con el equipo de salud en cualquiera de los tres niveles.
- Propiciar la creación de programas y/o proyectos de Salud Mental en los establecimientos en que no existan.

Funciones de Servicio Social Profesional dentro de la Unidad de Alcohol y Drogas

De estos objetivos emanan las funciones específicas que debe desarrollar la Asistente social dentro de la Unidad de Alcohol y Drogas :

- Atención de casos de pacientes adictos.
- Atención de pacientes adictos en terapia pareja y terapia familiar.
- Crear y fortalecer la coordinación estable de los asistentes sociales de los consultorios con los Centros Rehabilitadores de Alcohólicos en cada sector.
- Coordinación con Centros Rehabilitadores de Alcohólicos.
- Capacitación de equipos en consultorios para manejo de pacientes adictos y, en especial, manejo familiar.

DIAGNÓSTICO SOCIAL

FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

La salud mental es la gran preocupación, hoy en día, de vastos sectores de la sociedad, esto deviene del hecho de que las llamadas patologías psiquiátricas más comunes : como es el bebedor problema alcanzan a un 20% de la población adulta, que genera grandes problemas en la vida familiar, laboral y social, ya que alteran al individuo en su configuración integral.

El alto porcentaje de patologías psiquiátricas, y condiciones desfavorables para la creación de ambientes propicios para la rehabilitación, no sólo biosicológica, sino también social, se constituye en un gran desafío para la profesión de Servicio Social.

Este más que cualquier otro problema de salud, debe contar con la activa participación de la comunidad y de todos los actores involucrados, ya que se relaciona directamente con estilos de vida y organización de la sociedad en su conjunto.

El Servicio Social en su propuesta a contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la población, debe colaborar creando instancias que permitan la integración de toda la población, especialmente aquellas que presentan mayores dificultades, como son las personas con alguna alteración mental derivada del consumo excesivo de alcohol.

El agente social que se ve afectado más directamente por la problemática descrita es, sin duda, la familia. La cual, al tener entre sus miembros un bebedor problema, se ve obligada a cambiar su funcionamiento en forma sustancial. Sin embargo, la familia es también el agente principal en la rehabilitación del bebedor problema.

Según el estatuto de los Servicios de Salud, el tratamiento antialcohólico contempla la gestación de Centros Rehabilitadores de Alcohólicos, para asegurar un tratamiento integral y seguimiento de los pacientes. En la jurisdicción del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota funcionan varios Centros Rehabilitadores de Alcohólicos dependientes de la Unión Rehabilitadora de Alcohólicos de Chile, en relación de coordinación y colaboración como miembros de la red de apoyo a los Servicios de Salud. Observándose en ellos un deficiente funcionamiento, según la opinión de los profesionales de la Unidad de Alcohol y

Drogas del Servicio, lo cual impide que estos centros cumplen los objetivos para los cuales fueron creados.

Esta situación amerita un estudio para conocer el funcionamiento de dichos grupos, teniendo además como objetivo plantear estrategias en base a este estudio para contribuir al funcionamiento de estos grupos, de manera tal, que cumplan con sus objetivos..

En relación al funcionamiento de los Centros Rehabilitadores de Alcohólicos, cabe mencionar la importancia que reviste para ellos contar con el apoyo del Nivel de Atención Primaria en Salud, a través de Consultorios y Postas Rurales. Apoyo, que debiera manifestarse en la entrega de elementos, por parte de los profesionales encargados de los bebedores problema, que permitan al Centro colaborar efectivamente con el proceso rehabilitador de sus miembros. Asimismo, el Nivel de Atención Primaria debería contribuir a la continuidad de los Centros en el tiempo.

Por último, para cumplir con el objetivo de dar un tratamiento integral al bebedor problema se hace indispensable una coordinación expedita entre los diferentes agentes sociales que se preocupan de abordar la problemática del consumo excesivo de alcohol. Por ende, todos los agentes mencionados - la familia, los Centros Rehabilitadores de Alcohólicos, el Nivel de Atención Primaria en Salud, la Unidad de Alcohol y Drogas del Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota, la URACH y agentes comunitarios - deberían conformar la red social coordinada en apoyo al bebedor problema.

Ahora bién, todo lo anterior es reconocido y sostenido por la Política de Salud Mental que en sus objetivos señala explícitamente la importancia de los grupos de auto-ayuda y de las redes sociales de apoyo en problemáticas de Salud Mental. Sin embargo, no existe ninguna estrategia, en un nivel más concreto, que defina líneas de acción específicas que indiquen como trabajar con los grupos de auto-ayuda, y como crear y operar dentro de redes sociales.

DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

El presente Seminario de título pretende abordar como problema la falta de continuidad en el proceso rehabilitador para los bebedores problema.

Un efecto directo de este problema, es la carencia o insuficiencia en el rehabilitación integral a los bebedores problema; también, se ve afectada, indirectamente, la familia en su capacidad para enfrentar la problemática familiar en torno al beber problema, ya que no recibe los elementos necesarios que le permitan colaborar, adecuadamente, en el proceso rehabilitador.

Se visualiza como causa del problema, la inexistencia de una red social coordinada de apoyo al bebedor problema y a su familia.

Además, incide en la génesis del problema, el insuficiente apoyo del Nivel de Atención Primaria en Salud, a través de consultorios y postas rurales, como partes de esta red social coordinada de apoyo al bebedor problema.

El insuficiente apoyo de los Centros Rehabilitadores de Alcohólicos, pertenecientes a la Unión de Rehabilitados Alcohólicos de Chile, correspondientes a la jurisdicción del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota, influye directamente en el problema descrito debiéndose, a su vez, a la inexistencia de la red social coordinada de apoyo.

Todo lo anterior, constituyen las causales externas al problema descrito, el cual se incrementa por el insuficiente compromiso de la familia. Ésta debiera ser la primera responsable en velar por la continuidad en el proceso rehabilitador del bebedor problema.

El problema anteriormente descrito afecta a los bebedores problema en general, por no contar con una respuesta de tratamiento integral a su problema, y, específicamente, a los bebedores problema en proceso de rehabilitación por no tener una continuidad en su proceso rehabilitador, aumentándose la probabilidad de recaída y dificultándose su reinserción social.

Afecta a los Centros Rehabilitadores de Alcohólicos, haciendo que los esfuerzos de éstos se tornen insuficientes. Afecta al Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota, específicamente, al Nivel de Atención Primaria en Salud y a la Unidad de Alcohol y Drogas (como responsable frente a la problemática), haciendo insuficiente sus esfuerzos frente a una de las problemáticas primordiales en Salud Pública.

Finalmente, afecta a la comunidad, pues, no existe una red social coordinada de prevención, ni de rehabilitación del beber problema.

Especialmente vulnerable frente a esta problemática son los bebedores problema en proceso de rehabilitación y sus familias, que están insertos en comunidades poco organizadas, que no dan lugar para participar en otro ámbito. Como también, aquellos que viven en comunidades en donde la Atención Primaria en Salud no trabaja con bebedores problema.

Desde la presente perspectiva se han realizado tres intentos para atenuar los efectos del problema; y éstos son los siguientes :

- Diagnóstico descriptivo de los Centros Rehabilitadores de Alcohólicos. Tesis de Servicio Social. Universidad de Chile, Sede Valparaíso. 1978.

- Capacitación para orientadores de los CRA. Tesis de Trabajo Social. Pontificia Universidad Católica de Chile. 1993.

- Proyecto de Capacitación de Dirigentes de los CRA. Unidad de Alcohol y Drogas del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota. 1995.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo General :

Conocer la red social de apoyo a los bebedores problema en proceso de rehabilitación, insertos en los Centros Rehabilitadores de Alcohólicos pertenecientes a la jurisdicción del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota.

Objetivos Específicos :

1.- Detectar la percepción del bebedor problema, que sea miembro de algún Centro Rehabilitador de Alcohólicos en estudio, acerca del compromiso de su familia en el proceso rehabilitador.

2.- Determinar el compromiso de la familia de los bebedores problema en proceso de rehabilitación, y que sean miembros de alguno de los Centros Rehabilitadores de Alcohólicos en estudio.

3.- Detectar el apoyo que brindan los Centros Rehabilitadores de Alcohólicos pertenecientes a la jurisdicción del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota a los bebedores problema en proceso de rehabilitación.

4.- Identificar la percepción del bebedor problema acerca del apoyo entregado por los Centros Rehabilitadores de Alcohólicos pertenecientes a la jurisdicción del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota en su proceso rehabilitador.

5.- Detectar el apoyo entregado por unidades de salud del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota a los bebedores problema en proceso de rehabilitación.

6.- Identificar la percepción del bebedor problema acerca del apoyo entregado por las unidades de salud del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota en su proceso rehabilitador.

7.- Establecer la relación existente entre las instituciones que integran la red social de apoyo a los bebedores problema.

MARCO DE REFERENCIA

“La salud mental es el estado de bienestar emocional que posibilita un funcionamiento pleno y armonioso de la persona en la sociedad de la que es parte, en sus aspectos afectivos, laborales y recreacionales.”⁵ Este concepto incluye dos elementos polares en interjuego dinámico: uno, referido a la persona en cuanto a su satisfacción consigo misma, con sus propias capacidades y con su desempeño social; y otro, surgido del medio social al cual esta persona pertenece, que valora su gestión individual. Tal interjuego fluctúa a lo largo de todo el ciclo vital de cada ser humano, así como también, de acuerdo con la evolución de su medio socio cultural de referencia.

El Ministerio de Salud en su formulación de la Política Nacional de Salud Mental, adopta la siguiente definición: " Salud Mental, es la capacidad de las personas y de los grupos para interactuar entre sí y con el medio ambiente de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de las potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales, el logro de las metas individuales y colectivas en concordancia con la justicia y el bien común " ⁶

Los problemas de que se ocupa la Salud Mental, en consecuencia, dada la conjunción de diversos criterios e intereses, inevitablemente tienden a ser interpretados en su significado y manejo siguiendo las tendencias divergentes, aunque complementarias: una, referida a considerarlas como manifestaciones de enfermedades que deben enfrentarse con un criterio clínico-epidemiológico; y otra, que los valora más como fenómenos o conductas desadaptadas y que busca pesquisar y actuar en los factores dinámicos, familiares y socio ambientales asociados con ellos, mediante el aporte de cada sector interesados. Lo que sí está claro es que los problemas de Salud Mental deben ser enfrentados en todos los niveles de atención en salud, dando especial énfasis a la Atención Primaria en Salud.

⁵ Plan nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Pag 5. Ministerio de Salud. Santiago de Chile. 1990.

⁶ Mental health for Canadians. Striking a balance. Ministerio de Salud y Bienestar, Canadá. 1988. En : Políticas y Plan nacional de Salud Mental. Ministerio de Salud. Santiago de Chile. 1993.

- Política de Salud Mental y Atención Primaria en Salud

Los valores que subyacen la política de Salud Mental se pueden resumir en los siguientes:

- énfasis en la meta de reinserción social de los enfermos, en la perspectiva de superar paulatinamente el modelo asilar. Ello significa minimizar las internaciones, apoyarse en agentes de la comunidad y fortalecer modalidades de trabajo, insertos en la modalidad de Atención Primaria en Salud.

- desarrollar redes de servicios diversificados en cada región e incorporados, a su vez, a la red de establecimientos de salud general.

- mejorar la calidad de vida de las personas en conjunto con otros sectores de la sociedad, generando más allá de un crecimiento económico, iniciativas en pro del desarrollo humano y en bienestar psicosocial.

Por lo tanto, es necesario perfeccionar el nivel primario de atención para lograr acciones de salud, verdaderamente, integradas y resolutivas, incorporando capacitación y tecnologías simples; pero, “efectivas para atender a la dimensión psicológica y psicosocial de los consultantes, adicionar programas metodológicamente actualizados para la prevención primaria de problemas como el consumo de sustancias, manejo de crisis normales de desarrollo, enfrentamiento del stress y otros problemas psicosociales de frecuente ocurrencia”.⁷

Esta política enfatiza que tanto las intervenciones en el ámbito clínico, como la organización de los servicios, deben tener muy en cuenta que los pacientes viven con sus familias; tienen parientes y relaciones; pertenecen a una comunidad, que puede y debe ser informada y requerida para autorizar ciertas decisiones que afectan la libertad de los pacientes y tomada en cuenta mediante decisiones dialogadas. Resulta imprescindible modificar la sub-estimación que el sistema de atención ha hecho de las posibilidades de colaboración de la red social primaria y de las comunidades.

Una de las problemáticas más relevantes y frecuentes en el ámbito de la Salud Mental, es la que se relaciona con las implicancias negativas que produce el consumo excesivo de alcohol.

⁷ No te rindas ante el alcohol. Santo Domingo, J. Ed. Madrid Rialp. Madrid. 1990

-Alcoholismo

La relación del hombre con el consumo de alcohol, ha tenido sus causas y sus razones que a lo largo de la historia han llegado a configurar unos patrones de consumo más o menos propios o característicos de las diferentes colectividades o culturas. Como consecuencia ineludible de la interacción del alcohol con la persona se ha ido produciendo una serie de defectos que han afectado, negativamente, tanto en forma individual como en forma colectiva a las personas y grupos usuarios del alcohol.

Los intentos para definir alcoholismo se han caracterizado por mucha incertidumbre, conflicto y ansiedad. La conceptualización moderna de alcoholismo, tiene su origen, principalmente, en la influencia de Alcohólicos Anónimos y en las ideas de J. M. Jellinek que significaron un aporte fundamental en esta materia. A partir de sus formulaciones surge mayor interés en el tema, que se traduce en un constante esfuerzo por tratar esta condición, sucesivas innovaciones terapéuticas y programas de tratamiento. Tradicionalmente se ha concebido al alcoholismo como una enfermedad progresiva que converge en un patrón característico de síntomas. El elemento central de la presencia de la enfermedad es la pérdida de control en relación a la ingesta de alcohol, que se pierde en fases avanzadas de dependencia y la compulsión o ansias por beber.

Desde la perspectiva clásica, el alcoholismo es considerado, entonces, una entidad clínica patológica y es, por tanto, visualizado como un fenómeno unitario. Esta postura clásica ha generado insatisfacción y duras críticas en algunos sectores, de este modo, diversos autores han postulado al alcoholismo como un fenómeno multidimensional, entendiéndolo como un concepto en que es posible agrupar una diversidad de condiciones distintas que tienen distintas etiologías y requieren distintas terapias. En esta misma línea Madden señala: "La palabra alcoholismo puede ser utilizada como una definición nominalista, es decir, un concepto que sirva como etiqueta funcional para agrupar un conjunto designado de fenómenos."⁸

Desde hace mucho tiempo, se ha venido utilizando el término alcoholismo, para designar un conjunto de daños provocados por el alcohol. Sin embargo, dicho término, que inicialmente pretendía tener un carácter científico, descriptivo y neutro, se ha ido car-

⁸ Modelos psicológicos del tratamiento del alcohólico. Bustos Díaz, Vannia. Tesis de Psicología. Pontificia Universidad Católica de Santiago. 1991.

gando con los años de connotaciones peyorativas de tipo moralizador y de valoración social. Con ello, su uso, incluso en el terreno científico y clínico, se ha ido quedando, progresivamente, restringido a las situaciones menos frecuentes, más anormales, más indeseables. En cambio, el uso de alcohol más frecuente, los patrones de consumo más habituales, han ido quedando como liberados de cualquier riesgo, como desprovistos de los caracteres negativos que se adjudicaban prácticamente en exclusiva a los "alcohólicos". Dado que por definición, el estudio y la atención a los pacientes "alcohólicos" ha venido siendo una incumbencia de la psiquiatría, como especialidad médica, todo ello ha determinado, en resumen, una "psiquiatrización" del alcoholismo, y ello tanto se considere como un tema individual o como un tema colectivo. "La ubicación del alcoholismo dentro de la psiquiatría, es evidente que ha tenido alguna ventaja para el conocimiento y tratamiento de la enfermedad alcohólica en sus aspectos clínicos psiquiátricos. Sin embargo, ha sido un impedimento a veces importante, para el enfrentamiento de los daños de todo tipo producidos por el uso individual y colectivo de las bebidas alcohólicas como parte de las cuestiones de salud general, como temas incluso prioritarios de Salud Pública."⁹ Por lo anterior expuesto, el Ministerio de Salud introduce en el año 1993 una nueva conceptualización del problema.

Normativa actual del Ministerio de Salud para la definición del beber problema

- "Bebedor Problema (BP): concepto más amplio que el consumo perjudicial y dependencia. Incluso todo tipo de consumo con o sin dependencia, que no cumpla con los requisitos exigidos del perfil del bebedor normal. Corresponde por lo tanto, a cualquier forma de ingestión de alcohol, que directa o indirectamente produce consecuencias negativas para el individuo o para terceros, en áreas de la salud, de la armonía familiar, rendimiento laboral (o escolar), seguridad personal y funcionamiento social.

- Bebedor Problema con Dependencia (BPCD): homologable al concepto tradicional de alcoholismo, en sus distintas formas. Se definirá de acuerdo a los criterios de dependencia de la décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10).

⁹ No te rindas ante el alcohol. Santo Domingo. J. Ed. Madrid Rialp. Madrid. 1990.

No será necesaria la clasificación de Intermitente, Inveterado y Mixto.

- Beber Problema Sin Dependencia (BPSD): incluye:

- Consumo Perjudicial (PJ): coincidente con la CIE-10

- Consumo en Riesgo (CER): no considerado por la CIE-10, pero que da cuenta de aquella población sin daño físico ni mental, ni por supuesto dependencia, que beber transgrediendo uno o más de los requisitos del perfil del beber normal. El CER puede ser la etapa previa de CP, y ambos deben ser objeto de prevención primaria y secundaria.¹⁰

La etiología del beber problema esta asociado a diversos factores, los cuales presentan condiciones que en su interacción pueden llevar a que un sujeto desarrolle la enfermedad.

Factores que inciden en el consumo

Se han descrito muchos factores que pueden jugar algún papel como causas o, al menos, como determinantes de los estados de dependencia alcohólica. Su interés está claro ya que pueden ayudar a comprender la génesis de la dependencia y, por tanto, su conocimiento es necesario para prevención y el tratamiento. Pueden agruparse en factores genéticos o hereditarios, individuales, familiares, culturales y socio-demográficos.

- Factores Genéticos o Hereditarios

Es un hecho de antiguo comprobado, la mayor frecuencia de antecedentes familiares similares (padres, abuelos, hermanos alcohólicos) en pacientes alcohólicos. Sin embargo, este hecho puede deberse tanto a una herencia genética, como a la existencia de un ambiente alcohólico, en el cual el aprendizaje del hábito de la bebida es fácil e incluso inevitable. De hecho ambas formas de transmitirse el problema han sido comprobadas o suelen actuar conjuntamente.

Para algunos autores la influencia hereditaria es mucho más importante que la vivencial. En cualquier caso la importancia del factor genético parece bien establecida actualmente.

¹⁰ Normas técnicas y programáticas en beber problema. Ministerio de Salud. Santiago de Chile. 1993.

Según los investigadores la influencia genética-hereditaria, se produciría a través de la influencia que ejercen los genes sobre el sustrato enzimático que, en definitiva, está en la base de los procesos vitales.

El condicionamiento genético de la predisposición a la utilización anómala de la bebida, también podría deberse, a la herencia comprobada de trastornos en la afectividad. Según esto, algunas personas podrían tratar de paliar sus depresiones, bebiendo, y facilitando con ello el establecimiento de la dependencia. Más con esto no se puede hablar en estricto rigor de herencia directa de la dependencia alcohólica.

- Factores Individuales

Más que de la presencia de un tipo determinado de personalidad susceptible al mayor consumo de bebidas alcohólicas, se habla de la existencia de factores de la personalidad que favorecen el desarrollo de esta perturbación, como es el ser agresivo o antisocial, ansioso o con rasgos depresivos, limitados de contactos sociales, sentimientos de baja estima, rasgos de pasividad, falta de tolerancia al dolor y frustración entre otros.

- Factores Familiares

Si existe o no una familia de alcohólico típica, es algo sobre lo cual los expertos no se han puesto de acuerdo; pero, si se parte de la base de que la familia es un grupo de pertenencia básica o primaria, es lógico suponer una interrelación recíproca entre cada miembro y el grupo en su conjunto.

En el seno de la familia se forman hábitos y costumbres, se entregan y constituyen normas, se socializa, se adoptan actitudes determinadas y se limitan patrones de conducta. Los hijos de bebedores problema, más que heredar, ven y aprenden a beber copiando el modelo parental el que es aceptado y practicado por uno o ambos progenitores.

Se ha observado, además, que en la familia del bebedor problema todos los miembros son afectados, en especial los hijos. Dentro de esta variable y especialmente en los jóvenes, ocupa un lugar relevante el grupo de pares, quienes fomentan e incentivan el consumo, "buscándose un comportamiento social determinado; un estado de ánimo colec-

tivo, que provea de identidad y pertenencia social y un símbolo de diferenciación y rebeldía, frente a la autoridad del mundo." ¹¹

- Factor Cultural

Históricamente en Chile se han desarrollado tres modelos socio-culturales de ingestión de alcohol, derivados de la cultura originaria, la española y la criolla.

En la cultura originaria, el alcohol era asociado a la búsqueda de la embriaguez, persiguiendo la euforia colectiva que les permitía sentirse en mayor contacto con lo sagrado.

Esta embriaguez servía para celebrar fiestas siempre asociadas a lo religioso o a lo mágico. En esas ocasiones los hombres bebían en común, rechazándose al que se negaba a participar.

La conquista española reforzó esta afición, al iniciarse en el país el cultivo de la vid y la producción de vino. Los españoles ingerían vino diariamente, rechazando la embriaguez.

El modelo criollo o chileno, es una mezcla de lo anterior, ya que nace de la raíz originaria, con su énfasis en la embriaguez, y adquiere de los españoles la mayor frecuencia en la ingestión.

En Chile existe una gran presión social para beber, y "se asocia a la ingestión diferentes funciones como, controlar emociones negativas, relajación, dominio del miedo, facilidad en la expresión de sentimientos, sentido de pertenencia al grupo, regulación de la función digestiva, entre otras. Estas creencias populares muy difundidas, no tienen ningún asidero científico, es más, se ha comprobado que son totalmente falsas". ¹²

- Factor socio-demográfico

En nuestro país se ha encontrado que las variables socio-demográficas asociadas al consumo de alcohol son las siguientes:

- "Nivel socio-económico: mayor frecuencia en niveles bajos, especialmente en los sectores de extrema pobreza.

¹¹ Modelos psicológicos del tratamiento del alcohólico. Bustos Diaz, Vannia. Tesis de Psicología. Pontificia Universidad Católica de Santiago. 1991.

¹² Capacitación de orientadores. Vera, Carmen. Tesis de Trabajo Social. Pontificia Universidad Católica de Santiago. 1993.

- Sexo: mayor frecuencia en hombres.
- Edad: mayor frecuencia en adultos jóvenes y medio.
- Ocupación: Mayor frecuencia en obreros y trabajadores no especializados.
- Escolaridad: a menor educación mayor consumo.
- Religión: mayor cantidad de abstemios en aquellas religiones protestantes.”¹³

Independiente de cuales sean los factores que llevan a que una persona llegue a ser consumidor de algún tipo de bebida alcohólica, en mayor o menor cantidad, este consumo genera una serie de problemas, físicos, psicológicos y sociales, que a continuación se detallan.

Problemas Relacionados al consumo de alcohol

- Problemas de salud mental por el alcohol

Si se tiene en cuenta que la razón inicial y fundamental del consumo de bebidas alcohólicas, es que se busca una modificación del estado psicológico, es decir, el alcohol es una sustancia que una de sus características esenciales es la de alterar la mente, se comprende con facilidad que su uso se asocie con frecuencia a alteraciones psíquicas y problemas de Salud Mental.

Como se ha hecho notar, el estado de dependencia es uno de los problemas de Salud Mental más importantes y frecuentes que produce el alcohol; además, el estado de dependencia con la repetición en la ingesta que conlleva, supone un estado de intoxicación crónica más o menos prolongada e intensa que da lugar a muchos trastornos mentales. Sin embargo, también el uso no dependiente del alcohol puede dar lugar a alteraciones psíquicas, es decir, aunque los pacientes dependientes son los que con mayor frecuencia e intensidad presentan una serie de problemas psicológicos por intoxicación crónica, también otras personas, sin estado de dependencia, incluso con consumos mínimos de éste, pueden alterarse mentalmente por el alcohol.

¹³Vera, Carmen, *op. cit.* 12.

A continuación, es preciso hacer referencia brevemente a aquellas alteraciones mentales más importantes producidas tanto por la intoxicación aguda o crónica de alcohol, como las relacionadas con su falta o privación en las personas dependientes.

- La intoxicación alcohólica: con los términos "embriaguez" y "borrachera", y muchos otros que se utilizan coloquialmente, se designan las modificaciones del comportamiento y alteraciones psíquicas, que se producen en las personas que han bebido, y que se deben a la impregnación y alteración del funcionamiento de Sistema Nervioso por el alcohol. La embriaguez alcohólica es una de las intoxicaciones más frecuentes experimentadas por la gran mayoría de la población en algún momento de su vida, y en un grado más o menos leve o intenso. Las manifestaciones más comunes de la intoxicación alcohólica son alteraciones de conducta, síntomas neurológicos, descenso del nivel de vigilancia, alteraciones en la coordinación motora y, según el grado de intoxicación, inconsciencia e incluso la muerte.

- Trastornos por supresión de alcohol: la presencia de molestias por falta de alcohol, puede observarse incluso aunque no exista dependencia, tras una embriaguez típica, y es conocida vulgarmente con el nombre de "resaca". En un estado de dependencia relativamente intenso, generalmente a las pocas horas de la supresión comienza a presentarse un estado intenso de intranquilidad y ansiedad; temblores cada vez más intensos en extremidades, boca y lengua; alteraciones en el habla; alteraciones gástricas, como náuseas y vómitos. Cuando la dependencia es muy intensa, la sintomatología de abstinencia que se presenta puede llegar a ser muy grave, con aparición de temperatura elevada, agitación, sudoración, estados alucinatorios y delirantes, trastornos del sueño y alteraciones del metabolismo. La intensidad y duración de los estados de privación, guardan relación con la forma de beber y el tipo de bebida alcohólica utilizada.

- Las locuras alcohólicas: el alcohol, por su acción alterante del Sistema Nervioso Central, produce una serie de trastornos mentales, que en términos coloquiales bien podrían denominarse como locuras, ya que en ellos la persona pierde el control de la realidad, sufre experiencias, totalmente, anormales y su conducta se desorganiza, hasta hacerse absolutamente incompetente para manejarse por sí mismo.

- Psicosis alcohólica aguda (delirium tremens): en ésta existen graves trastornos del nivel de vigilancia y de conciencia, con agitación del paciente, así como alucina-

ciones visuales y táctiles; el paciente ve insectos y animales pequeños y nota que le andan por el cuerpo, asimismo, alucina movimiento de las paredes y voces amenazadores, todo ello con un realismo que le hace reaccionar en forma defensiva. El delirium tremens, además supone alteraciones corporales graves, con temblores, crisis convulsivas frecuentes, sudación, temperatura elevada y trastornos metabólicos.

- Problemas de salud corporal por el alcohol

El consumo de alcohol está relacionado con muchos problemas de salud que afectan al cuerpo. El alcohol es tóxico para casi todos los órganos del cuerpo, si se bebe regularmente durante años. A veces el alcohol es causa de las patologías existentes por sí mismo; otras veces, la intoxicación alcohólica, aguda o crónica, es una causa coadyudante, agravante o desencadenante de enfermedades variadas. Conviene hacer notar que la existencia de problemas corporales relacionados con el alcohol, no suponen necesariamente la existencia de una dependencia alcohólica, aún cuando se concentran en las personas que hacen un uso repetitivo, intenso y crónico del alcohol.¹⁴

- Problemas sociales en relación al alcohol

La importancia que tienen los factores sociales en los procesos de alcoholización, individual y colectiva, no es la única relación entre éstos, ya que también el uso y abuso del alcohol, puede generar una serie de repercusiones en el medio social. Como se advierte al mencionar los problemas corporales relacionados con el uso del alcohol, tampoco los problemas sociales se asocian sólo a personas con dependencia alcohólica. En efecto, aunque en estos pacientes el uso crónico e intenso de alcohol de lugar a una serie de modificaciones y alteraciones psíquicas, que repercuten indefectiblemente en su conducta adaptativa al medio social, también otras formas de consumo, incluso de consumos esporádicos o únicos, pueden determinar problemas, incluso graves, en algún área de la

¹⁴ No te rindas ante el alcohol. Santo Domingo, J.. Ed. Madrid Rialp. Madrid. 1990.

vida social de la persona. Seguidamente, se insistirá en alguna de estas repercusiones sociales relacionadas al uso del alcohol.

- La Familia y el alcohol

La bebida , además de ser una conducta con implicaciones personales, se da y actúa siempre en un sistema familiar. La familia no es la víctima pasiva del alcohol, por el contrario, es un sistema que se altera por completo al contar con un miembro que bebe.

Las situaciones familiares más frecuentes, que pueden producirse por el alcohol, son las siguientes:

- Desajuste familiar: tensiones y disfunciones provocadas tanto por la conducta del paciente, como por las respuestas de la familia a esas alteraciones. Supone un serio impedimento para el desarrollo normal de las relaciones afectivas y la maduración de la persona que se debe producir en el ambiente familiar.

- Disgregación familiar: es una situación dramática en la cual la familia estalla, con consecuencias imprevisibles, generalmente negativas, en la descendencia.

- Degradación familiar: define la situación en que se asiste a una trayectoria negativa, en declive, de la familia, que llega a niveles ínfimos tanto en lo económico, como en lo cultural o ético.

- La descendencia: los hijos de los bebedores plantean problema, como grupo afectado preferentemente, los hijos de bebedores con dependencia, presentan en conjunto más problemas físicos emocionales e intelectuales que otros niños.

- Separación conyugal: legal o de hecho, es la culminación más frecuente de situaciones de desajuste familiar, y supone el comienzo de la marginación de la persona que padece de problemas con el alcohol.

- El Trabajo y el alcohol

El ambiente laboral constituye una de las áreas más esenciales e importante del funcionamiento personal, en la cual se hacen patentes más expresivamente, las consecuencias del uso y abuso de alcohol, que da lugar a problemas muy variados.

Las situaciones problemáticas a que da lugar el alcohol, en el medio laboral, pueden delimitarse como siguen:

- Desajuste laboral: es una circunstancia que se caracteriza por la existencia de conflictos interpersonales y tensiones en el ambiente laboral concreto, y en relación con el.

- Inestabilidad laboral: se caracteriza por el continuo cambio de trabajo que experimenta la persona que tiene problemas con su consumo de alcohol, incluso en el tipo o rama de trabajo y que es producto de los frecuentes despidos y de la propia marcha del trabajador.

- El ausentismo laboral: es una de las situaciones más típicas de los bebedores en su trabajo. Hay ausentismos muy comunes como el del día Lunes y hay otros más enmascaradas como la licencias médicas.

- La accidentabilidad laboral: se eleva muy notablemente cuando hay uso de alcohol en el ambiente laboral, llegando a triplicarse en el caso de los bebedores con dependencia.

- La degradación laboral: o pérdida del nivel laboral, se produce como consecuencia tanto de los trastornos tóxicos crecientes, que hacen al trabajador cada vez menos hábil y capaz, como, sobre todo, por la marginación laboral progresiva, que sigue a los cambios de trabajo.

- La incapacidad laboral: representa el final de un descenso progresivo de los niveles físicos y psicológicos del paciente, que van siguiendo a la intoxicación. La incapacidad laboral es frecuente en las dependencias alcohólicas de larga duración y tiene como causa la existencia de una o varias enfermedades de origen alcohólico, que produce un menoscabo definitivo en las funciones imprescindibles para el trabajo.

- Delincuencia y violencia en relación al alcohol

Es evidente que el uso de alcohol se relaciona con frecuencia con conductas violentas y delictivas. Probablemente, los datos estadísticos que demuestran esta relación son de lo más antiguo, y han sido un estímulo muy importante para la acción social sobre los problemas que genera el alcohol.

“En la mayor parte de los casos, la conducta antisocial del bebedor, se limita a hechos pequeños, como faltas o delitos menores. Un número pequeño de enfermos realiza grandes delitos como homicidios o parricidios.

La incidencia de estos delitos, con sus posteriores complicaciones; encarcelamientos, repercusiones laborales y familiares, supone una ruptura en la vida social del paciente, que merma aún más, sus posibilidades de rehabilitación y los margina, a veces, definitivamente.¹⁵

En suma, todos los aspectos desarrollados en relación al beber problema presentan rasgos particulares según el país, asociados a factores culturales, socio-demográficos, económicos, políticos, entre otros. Por lo tanto, es importante conocer la realidad nacional del problema.

- Alcoholismo, realidad nacional

El consumo de bebidas alcohólicas en nuestro país se ha reconocido desde el comienzo de nuestra historia, como causante de múltiples y graves complicaciones médicas y sociales. Esta realidad hace necesario poner de manifiesto, el como se da a nivel nacional el consumo de alcohol y de otras circunstancias relacionadas con esto. A continuación se exponen algunas cifras que reflejan la incidencia del problema a nivel nacional:

- La frecuencia de bebedores problema después de aplicar la Escala Breve para la Detección del Beber Anormal (EBBA) arroja que para el año 1993 un 24% de la población mayor de 15 años son bebedores problema, lo cual representa la suma de los bebedores con riesgo y los con dependencia. Se estima que a nivel nacional 1.800.000 personas son bebedores problema, y de ellos 450.000 son con dependencia del alcohol.¹⁶

- Un cambio importante en la epidemiología del beber problema, que se observa en los últimos años, es el aumento de los bebedores problema en la población entre 15 y 24 años, cifra que se ha incrementado en 3 a 4 veces en los últimos 35 años. Existen evidencias que demuestran que el consumo habitual y/o excesivo de alcohol, estaría aumentando en forma más acentuada en jóvenes de estratos económicos medios y altos.¹⁷

- El beber problema en Chile ha estado tradicionalmente asociado, en forma directa, al sexo masculino, e inversamente con el nivel socioeconómico. Existen alrededor

¹⁵ Santo Domingo, J., op. cit. 14.

¹⁶ Capacitación de orientadores. Vera, Carmen. Tesis de Trabajo Social. Pontificio Universidad Católica de Santiago. 1993.

¹⁷ Informe Nacional 1995. Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes. CONACE. Ministerio del Interior. Santiago de Chile. 1995.

de 7 hombres bebedores problema por cada mujer en similar condición. En los sectores socioeconómicos bajos y sectores marginales, el beber problema puede afectar a un porcentaje tan alto como el 35% de la población adulta.

- En lo que respecta al consumo, se puede afirmar que, a lo largo de los años, ha bajado considerablemente el consumo de vino, que en algún momento significaba el 74% del consumo total de alcohol del país. Por el contrario se ha incrementado el consumo de la cerveza y los licores.

- En el año 1993 el alcohol fue responsable directo o indirecto de 1 de cada 20 hospitalizaciones, y de 1 de cada 10 muertes en nuestro país.

- El ausentismo laboral por consumo inadecuado de alcohol, es causante del 70% de las faltas injustificadas y del 13% de los accidentes laborales (1992).

- En el año 1993, aproximadamente, en el 33% de los accidentes de tránsito y en el 50 % de los homicidios se encuentra alcoholemia positiva.¹⁸

- Aspectos legales

La problemática del beber problema, es una situación que ha sido regulada desde antiguo en Chile. Actualmente está en vigencia la ley 17.105 del 14 de Abril de 1969, " Ley de Alcoholes, Bebidas Alcohólicas y Vinagres ".

Un resumen de algunos de los artículos más importantes de esta ley son los siguientes:

- Artículo 113: Todo individuo, mayor de 18 años, que fuera encontrado en manifiesto estado de embriaguez en calles, caminos, plazas, teatros, hoteles, tabernas y demás lugares públicos o abiertos al público, será castigado con 1 ó más días de trabajo sin remuneración, en ocupaciones señaladas en los reglamentos de los lugares de reclusión.

- Artículo 116: Los menores de 18 años que fueran encontrados en manifiesto estado de embriaguez, serán juzgados y penados en conformidad a lo que establece la ley sobre la protección de menores

¹⁸ Normas técnicas y programáticas en beber problema. Ministerio de Salud. Santiago de Chile. 1993.

- Artículo 118: Los individuos que en el término de un año, hubiesen sido condenados por ebriedad más de tres veces, deberán ser sometidos a un examen por el médico legista, con el objeto de establecer si requiere de un tratamiento curativo, y en tal caso, serán internados en un Centro de Reeducción para Alcohólicos.

- Artículo 123: Los dueños, empresarios, administradores o empleados de los establecimientos de expendio de bebidas alcohólicas, para ser consumidas dentro del mismo local, que admitan ebrios en su lugar de ventas o en sus dependencias, o que permitan que los consumidores beban hasta embriagarse, serán multados.

- Artículo 125: El marido, mujer, padre, hijo, guardador o patrón de una persona habituada a beber en exceso, podrá hacer una notificación judicial, a los expendios, para que no suministren a este individuo, bebidas alcohólicas.

- Artículo 127: La mujer o los hijos menores del individuo que haya sido condenado, en el espacio de un año, más de una vez, por el delito de ebriedad, y que vivan a sus expensas, tendrán derecho a percibir, para su mantenimiento, el 50% de los salarios que de él devenguen

- Artículo 130: En todas las escuelas o colegios de enseñanza primaria, secundaria y especial se deberá enseñar, obligatoriamente, la higiene con nociones de fisiología y temperancia, con apoyo de manuales que demuestren gráficamente los daños del abuso del alcohol.

- Artículo 131: El Estado proporcionará gratuitamente los manuales y materiales de enseñanza antialcohólica, a todas las escuelas y colegios de enseñanza primaria, secundaria y especial.

- Artículo 132: Un extracto de la " Ley de Alcohol, Bebidas Alcohólicas y Vinagres ", deberá tenerse a la vista en todos los locales de expendio de bebidas alcohólicas.

- Artículo 133: Habrá Centros de Reeducción para Alcohólicos, en los hospitales regionales del país que el Servicio de Salud determine, destinado a la curación de los ebrios consuetudinarios y demás toxicómanos.

- Artículo 134: En dichos centros serán atendidas las personas que la ley impone este régimen de curación.¹⁹

¹⁹ Ley 17.105 "Ley de Alcoholes, Bebidas alcohólicas y Vinagres.". Santiago de Chile. 14 de Abril de 1969.

Teniendo presente los múltiples factores que influyen en la generación del bebedor problema y la cantidad de problemas que acarrea, se han desarrollado diversos niveles de intervención enfocados a dar una respuesta amplia en el tema. Estos niveles se engloban en la prevención, diferenciándose según sujetos y estrategias de atención.

En cuanto a la rehabilitación del bebedor problema con dependencia, ésta se enmarca dentro de la prevención terciaria que contempla todas las medidas destinadas a tratar a los enfermos alcohólicos en estado avanzado a fin de evitar su muerte o invalidez y apoyarlo en la mantención de la abstinencia. Este nivel tiene como objeto obtener la abstinencia total y definitiva del uso de bebidas alcohólicas y reintegrar al enfermo al medio familiar, laboral y social.

Modelos de Rehabilitación.

Dentro de la prevención terciaria, existen diferentes modelos para abordar el proceso de rehabilitación del enfermo alcohólico, siendo los de mayor relevancia los siguientes :

1.-De enfermedad del alcoholismo.

Este enfoque concibe el alcoholismo como la presencia física hacia el alcohol, manifestada por la pérdida de control del individuo en la ingestión de esta sustancia, deseos imperiosos de beber y síntomas de privación.

Para estos autores el postulado explicativo central es que el factor determinante de la enfermedad es, junto a la herencia, la ingestión excesiva de alcohol durante cierto periodo de tiempo.

Se atribuye, por lo tanto, a la acción fisiológica del alcohol la responsabilidad fundamental en la elicitación del beber incontrolado del bebedor con dependencia, y en sus efectos negativos.

El tratamiento contempla la solución de las complicaciones psiquiátricas, neurológicas y físicas que produce el alcohol en la persona y es realizado, (con la ayuda de medicamentos) desde el médico hacia el paciente, constituyéndose éste en receptor del proceso.

2.- Enfoque social.

Este modelo considera que el alcoholismo está determinado por el contexto social, cultural y laboral, en que el individuo desarrolla su vida.

En términos más específicos, los teóricos de este enfoque sostienen que este contexto es la causa primaria del beber problema y que a su vez el beber problema es un fenómeno que afecta a todas las áreas de la vida interdependientes de un individuo.

Dentro de este modelo, la teoría de sistema cumple un rol importante en la comprensión y manejo del beber problema y adicción al alcohol. Según este análisis el bebedor problema es considerado un producto de la alteración del sistema, viéndose de esta forma al sistema total como la unidad aporalemada.

El objetivo básico del tratamiento es mejorar las condiciones sociales en las que el individuo se inserta e interactúa.

Para lograr este objetivo, el enfoque social ha elaborado, entre otros elementos, el concepto de "red social de apoyo". En él, se utiliza a los miembros de la familia y pares para evitar recaídas, producir cohesión social, confrontar las negaciones y promover adherencia al tratamiento.

3.- Enfoques psicológicos.

Estos enfoques centran su tratamiento en la relación profesional de salud y enfermo alcohólico, ya sea a través de sesiones individuales y/o sesiones grupales.

En las sesiones individuales se trabaja principalmente con el paciente, con los mecanismos inconscientes que lo conducen a beber en exceso y se tiende a aumentar la comprensión de sí mismo; en las sesiones grupales, el profesional incentiva al máximo la participación de todos los miembros del grupo para así lograr encarar los diferentes problemas que ellos enfrentan, a través de las sugerencias y consejos que se entregan los participantes unos a otros. Esta forma contribuye a tolerar la frustración y a aumentar la seguridad en sí mismo.

Un elemento importante dentro de este enfoque es el "modelo de prevención de recaídas".

Marlatt plantea una distinción entre "caída" y recaída". Según este autor, una caída ocurre cuando después de un tratamiento con resultados exitosos, el sujeto vuelve a consumir alcohol, pero es capaz de reasumir la conducta de control o abstinencia deseada. La caída es vista como una situación de aprendizaje potencial, que permite al individuo prever su conducta frente a nuevas situaciones de alto riesgo, como son los estados emocionales negativos, los conflictos interpersonales y la presión social.

La recaída, en cambio, tiene lugar cuando el sujeto continúa bebiendo y llega al patrón de ingesta habitual.

Según Marlatt, se puede ayudar al paciente a disminuir la probabilidad que una recaída ocurra en una situación de alto riesgo, aumentando su capacidad para emplear respuestas alternativas de enfrentamiento. Si el individuo es capaz de enfrentar y resolver la situación de alto riesgo, su sentido de control personal o autoeficacia tenderá a

aumentar. Por el contrario, la carencia de respuestas de enfrentamiento inicia un ciclo negativo de respuestas, lo que conduce a la persona al uso de alcohol.

4.- Enfoque familiar.

Este enfoque se centra en la teoría de sistema para comprender y tratar la enfermedad.

Bajo este enfoque, el trabajar con la familia significa entender qué es el sistema familiar, sus ritos, normas, juegos y comunicaciones. La intervención debe estar centrada en el sistema familiar y en su contexto y no tan sólo en el enfermo.

Por lo tanto, se exige al terapeuta y equipo accionar en donde existan las disfuncionalidades mediante programas que conjuguen al mismo tiempo intervenciones en familias, en grupos de familias y en sus ambientes respectivos.²⁰

5.- Enfoque espiritual.

El movimiento que refleja este enfoque es Alcohólicos Anónimos (A.A.). "Alcohólicos Anónimos son grupos de auto-ayuda cuya finalidad es la abstinencia total y definitiva del enfermo bebedor problema a través del desarrollo personal y adquisición de habilidades para enfrentar la vida sin alcohol."²¹

Sus miembros son bebedores problema en rehabilitación, quienes trabajan en grupos cerrados compartiendo sus experiencias y aprendiendo a través del diálogo y del hacer de los otros, con el objetivo de facilitar un aumento en la autoestima, permitiendo el desarrollo de un sentimiento de pertenencia grupal y otorgando modelos de conductas generales y específicos para superar el beber problema.

Alcohólicos Anónimos fundamenta su quehacer en el desarrollo espiritual de sus miembros, no utiliza tratamientos médicos y refuerza constantemente a sus miembros, a través del axioma "por estos 24 horas no beberé".

Desde el punto de vista de su eficacia y eficiencia, diversos estudios han demostrado que los resultados de este enfoque son mejores o iguales a los modelos anteriormente citados.

²⁰ Capacitación de orientadores. Vera, Carmen. Tesis de Trabajo Social. Pontificio Universidad Católica de Santiago. 1993.

²¹ Los doce pasos. Servicio General de Alcohólicos Anónimos. Buenos Aires. 1988.

6.- Enfoque intracomunitario de Salud Mental.

El profesor Juan Marconi y su equipo de Salud Mental de la Universidad de Chile formularon este programa que comenzó a aplicarse en 1968.

De acuerdo a este enfoque, "no es responsabilidad exclusiva del equipo de Salud Mental formular y realizar programas, sino que éstos, idealmente, deben ser construidos en un esfuerzo mancomunado de la comunidad y de los profesionales de salud, trabajando democráticamente en el mismo plano".²²

La redefinición del rol y status social del alcohólico recuperado constituye la médula de este programa, permitiendo romper la barrera cultural existente entre los profesionales de la Salud y los alcohólicos recuperados, contribuyendo a utilizar a éstos como agentes de cambio cultural, facilitando que permitan integrar los saberes populares y el profesional-técnico.

Para la ejecución de este modelo, se postula la formación de una "pirámide de delegación de funciones" la que marca 5 niveles de delegación :

- Nivel D 1 : Médicos Generales.
- Nivel D 2 : Enfermeros, Asistentes Sociales, Matronas, etc..
- Nivel D 3 : Auxiliares, Cruz Roja, Profesores primarios, Líderes religiosos.
- Nivel D 4 : Alcohólicos recuperados.
- Nivel D 5 : La Comunidad.

Lo importante de esta pirámide es que exista un flujo de conocimiento en las dos direcciones, de la comunidad hacia los profesionales y de éstos hacia la comunidad. De la misma manera, debe cuidarse que la pirámide funcione democráticamente, sin control autoritario de los niveles superiores sobre los inferiores, y permitiendo que los monitores y los programas locales se transforman en motores creativos en el tratamiento y prevención del alcoholismo.

Los enfoque expuestos se diferencian principalmente en cuanto al menor o mayor protagonismo del bebedor problema en su proceso rehabilitador y de la ubicación de los orígenes de la patología. Entendiendo, que el beber problema es un problema multifactorial, conviene recordar que la mejor solución será la más integral.

²² Minoletti, Bustos, Naser y Carreño, 1991 : 1, en Capacitación de orientadores, Vera, Carmen, Tesis de Trabajo Social. Pontificia Universidad Católica de Santiago, 1993.

Parece útil, entonces, complementar los distintos enfoques hacia un solo modelo integral, resumiendo éste bajo un concepto central : el de las redes sociales de apoyo.

Redes sociales.

El concepto de red social se viene usando desde mucho tiempo en distintas áreas del conocimiento. Sin embargo, como objeto de estudio, se ha estado desarrollando sólo desde hace aproximadamente 10 años, con motivo del estudio de la situación personal preferentemente en Sociología, en especial la Sociometría, estudio de la comunicación e intercambio, estudio de las familias y amigos; y de aplicación en Psicología - Psiquiatría y Ciencias afines.

“Por su reciente aparición como unidad de estudio, existen en la actualidad muchos aportes de diversas fuentes y están apareciendo continuamente más, sin embargo, aún no se dispone de un cuerpo congruente que abarque todas las ideas y resultados de la experiencia, en que estén de acuerdo todos los autores. A su vez, no se dispone de un modo estandarizado de acercamiento en clínica ni tampoco un sistema de registro estandarizado que permita su análisis posterior sistemático y detallado.”²³

X El estudio de la red social permite un mejor conocimiento, representación de los vínculos sociales y de los individuos presentes. Focaliza su atención no en la institución o grupo sino en el "Intersticio" que representan sus relaciones sociales.

“Barnea (1954) fue probablemente el primero que usó al concepto de red social como una herramienta antropológica para estudiar los habitantes de una isla noruega. En 1957, Borr desarrolló la idea de las redes de apoyo social y más recientemente, se definió el concepto de red personal, el que ha pasado a ser una herramienta importante en la práctica clínica.”²⁴

Es importante establecer que el concepto de red social, según Laumann et al., puede implicar “tanto las vinculaciones de una serie de personas (red social personal o de

²³ Redes sociales. Sobarzo, Jorge; Kong, Meylin. Cardemil, Patricio; Departamento de Psiquiatría. Universidad de Chile. Santiago. 1987

²⁴ Conocidos, Amigos y Salud Mental : “La Red personal y las transiciones de la vida adulta”. Estevez, Rafael; Aravena, Rogelio. Departamento de Psiquiatría. Universidad de Chile. Santiago. 1987.

la persona) como las de una serie de organizaciones (red social de apoyo en un sentido más amplio) a través de relaciones especificadas en relación a un problema específico."²⁵

Hirsch (1979) ha definido red social como " el conjunto de personas actualmente significativas con quienes uno tiene interacción social ". Forman parte de la red social de una persona, por lo tanto, la familia, los vecinos, los amigos y las personas con los que una persona, en un momento de su vida, interactúa con frecuencia.

Las redes sociales, sirven para entregar apoyo social a sus miembros. Las personas pueden recurrir a ellas para obtener apoyo emocional, obtener información respecto a servicios disponibles en la comunidad, sustituir servicios entregados por organismos formales por ayuda informal y aprender conductas frente a situaciones amenazantes entre otras cosas.

"La pertenencia a una red social relativamente nutrida y preocupada ha sido relacionada con mejores niveles de Salud física y menor uso de recursos médicos, manejo adecuado del Stress, el uso de recursos en Salud Mental y menor uso de sustancias como el alcohol y el tabaco."²⁶

Las principales características que identifican a una red social reciben el nombre de dimensiones. Las más comúnmente nombrados son :

- a) *tamaño* : Número de personas que componen la red social.
- b) *extensión* : Dispersión física de los miembros.
- c) *densidad* : grado de relación entre los distintos miembros.
- d) *intensidad* : cercanía percibida de la relación con los distintos miembros.
- e) *dimensionalidad* : tipo de actividades que se desarrollan con los miembros.
- f) *homogeneidad* : semejanza en las características socio-demográficas de los miembros de la red social.
- g) *acceso* : indica la proporción de ligazones directas e indirectas que el sujeto establece con su red. Alto acceso significa tener relaciones directas con la mayor parte de los miembros de la red.
- h) *puentes* : está referido a aquellas ligazones que son el único camino entre los sujetos, grupos o redes sociales. Es el único paso a través del cual

²⁵ Networks and Organizations : structure, form and action. Edited by Nitin Nolina and Robert G. Eccles. Haward Business School Press. 1992.

²⁶ Schuhmaker y Brownell, 1985; Gottlieb y Green, 1979, en : Redes sociales y Búsqueda de ayuda, Didier, Marcelo. Escuela de Psicología. Pontificia Universidad Católica de Santiago. 1986.

interactúan individuos indirectamente relacionados al sujeto central, o con sujetos que integran otra red social.

i) *estructura estrechamente interconectada* : describe un sistema relativamente cerrado en que la red social de cada integrante es prácticamente la misma que la de los otros componentes de la red.

j) *estructura indirectamente interconectada* : describe un sistema abierto con fronteras muy permeables. La red posee numerosos puentes que la conectan con otras redes.²⁷

La investigación sobre redes sociales se ha enfocado sobre tres distintas funciones :

- a) el apoyo emocional, en términos de conductas como expresión de afecto y de escuchar.
- b) la referencia a recursos de la comunidad.
- c) la entrega directa de servicios a las personas.

El proceso de obtener estos distintos tipos de ayuda forman parte de un proceso llamado búsqueda de ayuda. Ésta puede definirse como "cualquier comunicación sobre un problema o evento problemático que esta dirigida a obtener apoyo, consejo o asistencia en tiempos de problemas. La búsqueda de ayuda es un tipo de conducta compleja cuya emisión varia de acuerdo a variables como la edad, el sexo, la educación y el nivel socio-económico del emisor."²⁸

Según Benjamin Gottlieb, los individuos o grupos pasan por cuatro etapas en su proceso de búsqueda de ayuda. Este autor asocia a cada etapa un tipo diferente de red social de apoyo :²⁹

“1ª Etapa : Problema. Reconocimiento y Cristalización.

Tipo de red : Red diagnóstica informal.

Función : Responder a preguntas acerca del problema, definir el problema.

²⁷ Conocidos, Amigos y Salud Mental : “La red social y las transiciones de la vida adulta”. Estevez, R., Aravena, R., Departamento de Psiquiatría. Universidad de Chile. Santiago, 1987.

²⁸ Redes sociales y Búsqueda de ayuda, Didier, Marcelo. Escuela de Psicología. Pontificia Universidad Católica de Santiago. 1986.

²⁹ Social Support en the Workplace. Gottlieb, Benjamin. 1983.

Características : Red compuesta por subsistemas relativamente independientes entre sí. Si existe incongruencia entre los diagnósticos de los diferentes subsistemas si se produce confusión e inmoviliza al individuo o grupo en su búsqueda de ayuda.

2ª Etapa : Búsqueda de ayuda.

Tipo de red : Red social informal de referencia.

Función : Definición de la ayuda requerida.

Características : Red que afecta fuertemente las decisiones de las personas/grupos en la búsqueda de ayuda y que influye en la utilización de programas de Salud y Servicios Sociales.

3ª Etapa : Entrega de la ayuda.

Tipo de red : Sistema de apoyo social.

Función : Entregar apoyo emocional, guía cognitiva y formación de habilidades para enfrentar situaciones similares.

Características : Red contiene generalmente una parte con ayuda profesional y una de ayuda informal. La importancia radica en procurar que ambos sistemas se complementan para garantizar la efectividad y permanencia de la ayuda.

4ª Etapa : Reintegración y Normalización.

Tipo de red : Red de cuidado posterior.

Función : Reincorporar al sujeto y proveer continuidad de la ayuda recibida.

Características : Cobra importancia la parte informal de la red ya que se distancia la ayuda profesional. De esta red dependerá, finalmente, si el tratamiento tendrá éxito o no.”

De acuerdo con Erickson (1975) la red social de la persona, generalmente, incluye tres áreas :³⁰

“1) Área de parientes : La persona central, la pareja matrimonial, la familia nuclear y un grupo extendido de parientes.

³⁰ Conocidos, Amigos y Salud Mental : “La Red personal y las transiciones de la vida adulta”. Estevez, R. y Aravena, R. Departamento de Psiquiatría. Universidad de Chile. Santiago, 1987.

2) Área de conocidos y amigos : conocidos, vecinos y compañeros de trabajo con los que se dan relaciones amistosas.

3) Área de servicio y apoyo : Funcionarios, miembros de la iglesia, trabajadores sociales, médicos, enfermeras, etc..”

En concordancia con lo precedente sobre los distintos modelos de rehabilitación y adoptando un enfoque integral llamado red social de apoyo, los elementos de ésta en relación a la rehabilitación del bebedor problema son :

- 1.- La familia.
- 2.- Los grupos de auto-ayuda.
- 3.- Los sistemas de Salud local o comunitaria.
- 4.- La coordinación en la red.

Antes de especificar estos elementos, es importante entender el proceso rehabilitador, ya que es el problema central que los une y por el cual se vinculan :

La rehabilitación como un proceso de desarrollo personal.

Según el Dr. Alberto Minoletti, se puede visualizar a la rehabilitación como un proceso con tres elementos :³¹

“a) Punto de partida : La rehabilitación se inicia generalmente en algún momento crítico en la vida del enfermo, cuando este se siente golpeado por algunas de las consecuencias negativas de su beber.

Cada persona tiene su propio punto débil que lo puede hacer reaccionar : durante esta crisis, las defensas que impedían ver las complicaciones y/o la dependencia del alcohol se debilitan y el enfermo ya no puede continuar negando lo que es tan evidente para los demás.

Este momento crítico puede movilizar fuertes emociones que contribuyen a una reestructuración de los esquemas mentales, haciéndolos más permeables a la idea de abstinencia.

³¹ La rehabilitación del enfermo alcohólico : un proceso de desarrollo personal. Minoletti, A., 1991.

b) Proceso : La palabra proceso encierra tanto un aspecto optimista como uno pesimista.

El optimismo viene de la posibilidad de continuar el desarrollo de elementos positivos, tales como mayor seguridad en la abstinencia, mejor situación económica, vida más saludable, mayor productividad, mejores relaciones familiares, de amistad, entre otros.

En tanto que lo pesimista se relaciona con el riesgo permanente de volver a beber y quedar nuevamente atrapado en el alcohol.

c) Meta : El proceso de rehabilitación es indefinido y se confunde a la larga con el proceso de desarrollo personal. Al principio de la rehabilitación, el paciente invierte la mayor parte de sus energías en alejarse del alcohol, pero en la medida en que adquiere mayor confianza en que puede sobrevivir en abstinencia, se va atreviendo a mirar en forma más realista sus experiencias y el mundo que lo rodea, posibilitándose la aceptación de sus limitaciones y un mejor uso y desarrollo de sus virtudes.”

Para el mismo autor, existen dos pilares de la rehabilitación : La salud (física y mental) y la extinción del hábito del beber.

a) Destaca que la abstinencia del alcohol produce en muchos bebedores problemas todo tipo de malestares físicos durante los primeros 12 a 24 meses sin beber; malestares que para la mayoría no han estado presentes durante los muchos años de ingestión masiva de alcohol.

La Salud Mental tampoco es necesariamente buena en las primeras etapas de la rehabilitación. Muchos problemas emocionales, de pareja o familiares afloran después que la persona deja de beber.

" El problema es que no basta con dejar de beber, es imprescindible, además, construir el pilar de la Salud, ya que una vez que la persona comienza a sentir el vigor físico, el equilibrio emocional o la calidez familiar se refuerza enormemente su voluntad de no volver a beber "³²

³² Minoletti, A., op. cit. 31.

b) Extinción del hábito de beber : Este segundo pilar se refiere a que el enfermo sienta el deseo de beber en diversas circunstancias pero sin dejarse arrastrar a ingerir un trago.

Con el correr de los años el hábito de beber se debilita probablemente hasta casi desaparecer, hasta que el enfermo puede enfrentar situaciones de alto riesgo (fiestas, crisis vitales, por ejemplo) sin mayores deseos de recurrir al alcohol.

Dos tipos de rehabilitación.

En los últimos años se ha postulado a dividir a los enfermos alcohólicos de acuerdo a los factores causales, en : biológicos y psicosociales.

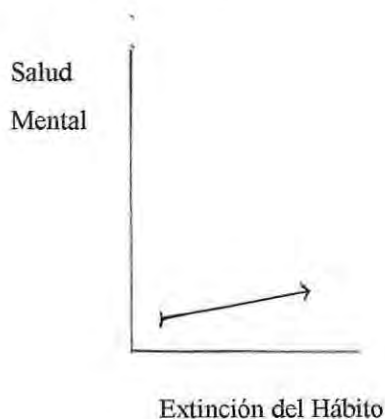
En los primeros la enfermedad se iniciaría más precozmente, - fines de la adolescencia, inicio vida adulta -, con un desarrollo rápido de tolerancia y apetencia hacia el alcohol, mayor alteración de la personalidad, asociado con una mayor incidencia de familiares alcohólicos y un peor pronóstico.

Mientras que en los segundos (psicosociales), el inicio de la enfermedad es más tardío -adulthood cercana o sobre los 30 años -, requiriendo varios años de ingestión excesiva antes de desarrollar la dependencia física, favoreciendo una mayor integración de la personalidad y un mejor pronóstico.

La aplicación práctica de esta aplicación al campo de la rehabilitación se refiere a la estrategia terapéutica a usar en cada tipo.

Predominio biológico

(control externo).

Predominio psicosocial

(desarrollo personal)



A mayor predominio de factores biológicos ("material más dañado") menores posibilidades de un desarrollo personal hasta un nivel moderno, y requerimiento de un mayor control externo a la persona para la mantención de la abstinencia (terapias conductistas con medicamentos o reflejos evasivos, participación intensa en grupo social o religioso que prohíba el uso de alcohol).

Un mayor predominio de factores psicosociales que permitiría alcanzar un crecimiento personal equilibrado capaz de mantener la abstinencia preferencialmente desde una fortaleza interior, es decir, metas más ambiciosas en la rehabilitación.

Aportes teóricos

Como último aspecto de este elemento se desataca la rehabilitación como un "renacer a la vida", posible de comparar con la teoría de Erikson, que transcurre "ocho estadios con sus crisis típicas".³³ En una primera etapa : "Confianza versus Desconfianza", el alcohólico debe aprender a confiar en sí mismo para tolerar períodos de

³³ Infancia y Sociedad. Erikson, Ed. Hormé, Buenos Aires. 1970.

tiempo crecientes sin consumo de bebidas etílicas. Luego en la segunda etapa "Autonomía versus Vergüenza y Duda", necesita enfrentar diversas situaciones sin la muleta del trago, pero con cierto apoyo de medicamentos o personas mientras va desarrollando fuerzas que lo protejan de las caídas. En las próximas etapas, al igual que el niño preescolar y escolar, debe adquirir - nuevamente - dominio social y productividad. En seguida desarrolla ámbito de las relaciones : con el grupo de pares, en este caso los grupos de auto-ayuda; y las de pareja y familiares, lo que se puede comparar con los procesos que vive el hombre en los estadios de adolescencia y adultez.

También involucra el "proceso en convertirse en persona" que, en base a los postulados de C. Rogers, implica pasar desde un "abandonar las máscaras" por "vivenciar los sentimientos", "descubrir el si mismo", apertura a las experiencias", "confianza en el propio organismo", "evaluación interna" hasta el "deseo de ser proceso", donde el enfermo siente una mayor satisfacción al convertirse en proceso (en rehabilitación) que el transformarse en un producto (rehabilitado).³⁴

En forma similar el psicólogo H. Kaemmerling describe la rehabilitación como un proceso de varias etapas :

"1.- Yo dejo de beber. Etapa que implica la aceptación de ser un alcohólico y la abstinencia de por vida.

2.- Yo me responsabilizó de mi vida. Esta etapa incluye la elaboración de los problemas que se ha causado por beber en exceso, en forma conjunta con la familia, lo vivido. Ordenar deudas, mejorar el aspecto laboral. Preocupación consciente por la Salud.

3.- Yo comprendo por que quiero beber. Ello significa de entender también el lado negativo. Aprender a hablar de ello. También implica ser orgulloso de los logros y poder reconocer decepciones personales.

4.- La paz conmigo mismo y los otros. Etapa que incluye descubrir el viejo dolor y conciliarse con experiencias pasadas. Liberarse y vivir más alegremente."³⁵

Siendo el proceso rehabilitador, entonces, parte de una evolución personal que requiere del cumplimiento de diversas etapas, es sustancial que el bebedor problema

³⁴ El proceso de convertirse en persona. Rogers. C., De. Paidós, Barcelona, 1989.

³⁵ Abschied vom Alkohol, Horst Kaemmerling, Eussertal, 1983.

cuenta con el apoyo suficiente para lograr una rehabilitación integral. El agente más inmediato que debería brindar aquel apoyo, es la familia.

La familia.

La familia es un elemento de primordial importancia dentro de la red social de apoyo al bebedor problema, no sólo por ser el grupo primario más significativo sino también por su compromiso y apoyo incondicional que presta a sus miembros que presentan algún problema.

Si se parte de la premisa que la familia es un grupo de pertenencia básica o primaria es lógico suponer una interrelación recíproca entre cada miembro y el grupo en su conjunto.

Perez y Vicencio (1992) sostienen que la familia es también un elemento de contención para las conductas adictivas en general, de ahí su importancia como elemento de la red social de apoyo. En personas desarraigadas, sin familia, vagabundos o solitarios el alcoholismo suele ser de mayor gravedad y peor pronóstico. Igualmente ocurre con los que viven allegados a familias ajenas.³⁶

Tratando de analizar lo anterior, según un enfoque sistémico es de importancia de entender a la familia como globalidad organizada en que lo que suceda a un individuo influye en los demás y en que cada acontecimiento familiar influye en el todo. Esto adquiere mayor significado aún si se considera a la familia como el sistema de pertenencia más importante donde se dan los nexos biológicos, valóricos y afectivos primarios de más alta intensidad.

La pertenencia a la familia modela y transforma a los individuos amplificando y atenuando diferencialmente sus atributos personales, siendo las conductas de los miembros, por ende, interdependientes.

Por último, la organización familiar esta en constante cambio, proviniendo las fuentes de cambio, por una parte, de fuerzas internas propias de las características psicobiológicas evolutivas de las personas que constituyen la familia y por otra, de perturbaciones provenientes del ambiente social en que la familia esta incluida.

³⁶ Capacitación de orientadores. Vera, Carmen. Tesis de Trabajo Social. Pontificio Universidad Católica de Santiago. 1993.

Familia y enfermedad según el enfoque sistémico.

La presencia de un problema, síntoma o enfermedad influye en cada uno de los miembros familiares y puede repercutir también en la estructura global de la familia. El proceso permanente de cambio evolutivo en la familia también sufre retardos o aceleraciones cuando aparece una enfermedad o problema. Por otra parte lo que sucede al interior de su sistema familiar, influye también en las personas, facilitando la aparición y mantención de la enfermedad o la mejoría de su Salud. La visión alternativa propone la idea de que los síntomas pueden ser la expresión de búsqueda de soluciones para un sistema. Así ellos adquieren un aspecto positivo protector de una familia en riesgo de desestabilización en el proceso de cambio. En estos casos aumenta la probabilidad que el síntoma se perpetúe.

Un síntoma o problema algunas veces se transforma en punto de confluencia de las interacciones familiares y de este modo la enfermedad deviene en un eslabón importante de la organización de esa particular familia, imprescindible para la unión familiar.

Otras familias, en cambio, son expertas en poner todas sus fuerzas de autoregulación al servicio de la ayuda efectiva del enfermo.

“Existe, por lo tanto, una relación bidireccional, más aún circular y compleja entre familia y enfermedad que obliga a ser cuidadoso, respetuoso y reflexivo cuando se quiere entender, estudiar e interpretar los hallazgos de la literatura de tal manera que sean útiles al objetivo : aprovechar las fuerzas de la familia en la rehabilitación de individuos que padecen de adicción al alcohol.”³⁷

Para trabajar con la familia como ente de apoyo se debe tener en consideración el riesgo de la codependencia o del coalcoholismo. El coalcohólico es aquella persona (la mayoría de las veces la pareja del alcohólico) que inconscientemente se hace cómplice y apoyo al enfermo, participando de dos maneras en el problema :

³⁷ Exposición Dra. Vilma Amengol, en Seminario de Alcohol y Drogas, Viña del Mar, 1995.



sufriendo las consecuencias de la enfermedad de la otra persona y aportando, sin querer, a que la enfermedad siga avanzando.

"Comportamientos que favorecen la adicción del otro son :

- responsabilizarse por el bebedor problema.
- disculpar y justificar su comportamiento.
- liberarlo de cargas o querer ahorrárselos.
- controlar el comportamiento del bebedor problema, buscando el alcohol escondido, descubrir sus mentiras, y otros.
- no ser transparente frente a sí mismo, al bebedor problema u otras personas en relación a los hechos y sentimientos frente a la dependencia. "³⁸

A pesar de la complejidad que implica trabajar con la familia frente al problema de la dependencia al alcohol se sostiene ampliamente que "la colaboración de la familia en la recuperación del enfermo alcohólico es imprescindible".³⁹

A parte de la familia existe otro agente de apoyo que ha cobrado gran importancia, sobre todo en las últimos cuatro décadas, en la rehabilitación del bebedor problema : el grupo de auto-ayuda de alcohólicos. Figuran grupos de distintos orígenes y orientaciones en casi todos los países que enfrentan el beber problema. Sin embargo, es posible englobarlos bajo un término común, puesto que presentan características esenciales similares.

³⁸ Die Suchtfibel, R. Schneider, München, 1993.

³⁹ Alcoholismo. Mal nacional. Liga contra el Alcoholismo de Valparaíso. Valparaíso. 1986.

2) Los Grupos de Auto-ayuda.

Según Marcelo Didier, los grupos de auto-ayuda son aquellos que cumplen los siguientes cuatro requisitos :

- a) ser fundamentalmente un grupo de iguales,
- b) que se reúnen alrededor de un problema compartido,
- c) que se afilian voluntariamente al grupo, y
- d) que comparten una ideología o percepción respecto al mismo, que se les es propia en el ambiente en que se desarrollan.

Grupo de iguales.

Una de las características de los grupos de auto-ayuda que con frecuencia pone problemas al trabajo conjunto con el profesional y a la participación del mismo en el grupo, es que se trata de un grupo que comparte un problema que, en general, es ajeno, personalmente al profesional.

Muchas veces los miembros del grupo sienten que los profesionales han fracasado frente a su problema y que sólo su grupo ha sido capaz de ayudarlos. Esto se intensifica en la medida que, efectivamente los tratamientos antialcohólicos tienen tasas de éxito, después de un año terminado el tratamiento, de alrededor de un 30 a 35 %, mientras Alcohólicos Anónimos obtienen alrededor de un 50 % de éxito dos años después del cese del tratamiento.

Lo anterior plantea conflictos especiales para el trabajo profesional con los grupos que requieren asistencia. ¿Qué es el profesional : un líder, un asesor, uno más del grupo? ¿Y cual es su función propia : enseñar, dirigir, diseñar actividades?

Reunidos por un problema común.

Los grupos de auto-ayuda están reunidos alrededor del problema que aqueja a todos sus miembros. Tiene como objetivo específico ayudar a sus miembros a superar tales problemas, y el resto son objetivos colaterales.

Afiliación voluntaria.

Nadie puede ser obligado a pertenecer a un grupo que requiere un fuerte compromiso emocional y conductual. Esto implica, sin embargo, para la evaluación del éxito de dichos grupos, que quienes se afilian a ellos son, en el fondo, una población autoseleccionada con características culturales, sociales, y/o psicológicas propias. Esto sirve para entender que los grupos de auto-ayuda no son una especie de solución universal a los problemas de Salud física y/o mental que atacan.

Al mismo tiempo, no obstante, la afiliación voluntaria garantiza un mayor compromiso con las ideas planteadas en el grupo y, por ende, un mayor éxito.

Ideología común.

Este concepto se refiere a una interpretación común del problema que da origen al grupo. Esta ideología da una identidad al grupo, como en el caso de los Alcohólicos Anónimos en los Estados Unidos : A.A. propugnó el concepto de alcoholismo como enfermedad y que la abstinencia es la única solución a tal enfermedad antes de que los profesionales establecieran un consenso al respecto.

“En otros grupos de auto-ayuda, como los Clubes Rehabilitadores de Alcohólicos de Chile, se comparte una perspectiva muy difusa, con fuertes variaciones entre sí. Esta perspectiva se centra predominantemente en las creencias compartidas por los profesionales del área, en la medida en que muchos de sus monitores son entrenados en organismos de Salud.”⁴⁰

⁴⁰ Los grupos de auto-ayuda. Didier, M. Revista de Trabajo Social N° 37, Santiago, 1982.

Mecanismos de Cambio en los Grupos de Auto-ayuda.

Mecanismos ideológicos :

Tienen que ver con la interpretación que la persona hace de sus problemas. Partiendo de la idea que las tasas de alcoholismo están determinadas por el patrón cultural dominante en el país, cada uno de los grupos debe generar una ideología, un conjunto de creencias y expectativas referentes al alcohol, que permita a la persona reinterpretar su problema. En tanto esto sucede, la persona cambia su percepción de sí mismo, de su capacidad de manejar el problema y de la naturaleza misma del problema.

Mecanismos psicoterapéuticos centrados en la mutua ayuda o "terapia del ayudar":

Gartner y Reissman ponen un marcado énfasis en los que llaman la terapia del ayudar como mecanismo básico para la superación de problemas en los grupos de auto-ayuda.

La idea más general, es que en cada grupo de auto-ayuda cada miembro es, a la vez, terapeuta y paciente, dador y receptor de ayuda y comprensión. Este hecho en la medida que, al ayudar, la persona adquiere una percepción de sí mismo como más capaz de enfrentar el problema, una sensación por el mal causado (un principio de A.A.), refuerzo social y una perspectiva nueva del problema.

Mecanismos de control social, centrados en la influencia interpersonal entre los miembros del grupo :

Dejando de lado los aspectos puramente psicológicos es importante enfatizar el grupo de auto-ayuda como agente de control social. El grupo utiliza mecanismos de control centrados en el condicionamiento operante (celebración de cumpleaños de abstinencia), el modelaje (testimonios) y otras técnicas de tipo conductuales.

Modificaciones en la red social de la persona; es decir, en la gente con quien la persona tiene contacto frecuente.

En tanto el beber problema es capaz de deteriorar la red social original de la persona, esta fuente de ayuda pierde vigencia.

“En este sentido, el grupo de auto-ayuda es un mecanismo para reconstruir una red social que apoye al aporreado a controlar su comportamiento y a persistir en su propósito de abandonar el alcohol. Esta nueva red social detenta valores alternativos a la anterior y, con frecuencia, es capaz de aliarse con la familia y otras instancias de control social para mantener al bebedor problema en una línea.”⁴¹

En Chile existen diversos grupos de auto-ayuda frente al problema del alcohol. Las dos agrupaciones de mayor importancia son A.A. y los Centros Rehabilitadores de Alcohólicos (CRA) afiliados a la Unión Rehabilitadora de Alcohólicos de Chile (URACH), existiendo también grupos religiosos que enfrentan el problema. La URACH se constituye legalmente el 22 de Julio de 1971 como una "Asociación de Corporaciones de Derecho privado, sin fines de lucro que agrupe y represente a todas las Corporaciones de Derecho Privado, sin fines de lucro, que existen en el país, cuyo objetivo fundamental es la rehabilitación del enfermo alcohólico".⁴²

La funciones principales que se plantea la URACH son :

- Velar por que la autoridad pública y los particulares tomen conciencia del problema de la rehabilitación del enfermo alcohólico, haciendo presente sus puntos de vista ante la dictación de disposiciones legislativas o reglamentarias.

- Promover, fomentar y difundir la lucha por la rehabilitación del alcohólico, haciendo uso de todos los medios audiovisuales y mantener informados a sus asociados de la marcha de la causa de la rehabilitación, como así mismo del progreso e investigaciones que en el mundo se realizan en esta materia.

⁴¹ Didier, M., op. cit. 40.

⁴² Estatutos de la Unión Rehabilitadora de Alcohólicos de Chile. Santiago, 1971.

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

- Coordinar las relaciones de la propia Unión y las de sus asociados, con los Ministerios, el Servicio Nacional de Salud, las Municipalidades y otras organizaciones públicas o privadas, a nivel comunal, provincial y nacional.

- Fomentar entre sus asociados la formación de Centros Rehabilitadores, bibliotecas, talleres para la labor de terapia, Centros culturales, artísticos y deportivos y de todos aquellos que colaboran directa o indirectamente a la rehabilitación del enfermo alcohólico o a la instrucción de los familiares de éste, para ayudar a su curación.

La URACH es ajena a cualquier actividad sindical, política o religiosa. Es una institución organizada centralmente, encabezada por un Directorio Ejecutivo Nacional, siendo su primera autoridad la Asamblea Nacional que representa el conjunto de sus socios activos (dos delegados por Corporación asociada) y que se reúne a lo menos una vez al año.

Entre los asociados cooperadores con derecho a presentar proyectos figuran los departamentos femeninos, cuya creación está prevista por los mismos estatutos, pero que se rigen por un reglamento propio.

Cabe señalar que los representantes de los departamentos femeninos pretenden postular, en la Asamblea Nacional del presente año, a la atribución de los derechos de socios activos, ya que se ha demostrado (empíricamente) que las Asociaciones de familiares son un factor de consideración en la permanencia de CRA en el tiempo.

Los grupos de auto-ayuda, según todo lo expuesto, cumplen una función importante en la rehabilitación de los bebedores problema. Por otra parte, se encuentra el tercer agente fundamental en la red social de apoyo : el Sector Público de Salud, que, en Chile, aborda el tema desde un enfoque de Salud Mental comunitaria por medio de sus Centros de Salud local (Consultorios urbanos y rurales y Hospitales de tipo IV).

•3) El Sistema de Salud local o comunitario.

En el marco de la política de Salud Mental del Ministerio de Salud de Chile, que pretende abarcar cada vez más los problemas de este tipo a nivel comunitario y local, los programas dirigidos a la superación del beber problema se especifican para el Nivel de Atención Primaria.

Entre las normas técnicas y programáticas en beber problema se especifica el manejo de la dependencia alcohólica ; tiene como objetivos :

1.- Eliminar disminuir los problemas derivados del alcohol (familiares, laborales, médicos, psiquiátricos, psicosociales).

2.- Evitar la mantención activa de la dependencia del alcohol o su avance progresivo eliminando o disminuyendo el número de recaídas.

3.- Promover periodos de abstinencia de la mayoría posible, favoreciendo así que el paciente desarrolle su vida con el máximo de sus potencialidades.

Los planes de tratamiento :

- deberían adecuarse a cada paciente, ofreciendo las distintas terapias a la mayor parte de ellos (grupos de auto-ayuda, terapia individual y grupal, entre otros).

- deberían formularse una vez superado el período de consumo y con antecedentes más completos del paciente.

- el paciente debe ser previamente informado lo más cabalmente posible de su situación.

- el paciente debe ser informado de los distintos recursos que el programa puede recomendar y/o poner a su disposición , junto con sus condiciones y limitaciones : terapia individual, familiar, grupal, grupos de auto-ayuda, tratamiento farmacológico y otros.

- los planes deben formularse en acuerdo con el paciente, su cónyuge y/o familiares, respetando sus deseos y según los recursos disponibles.

- los planes deben considerar un plazo de intervención mínima de un año, con evaluación permanente respecto de sus avances y retrocesos de modo de permitir su reformulación y la inclusión de otras formas de tratamiento no incorporados inicialmente (fármacos, un grupo diferente de auto-ayuda, interconsulta a otros especialistas, por ejemplo).

En relación a los grupos de auto-ayuda se establece que "la inversión de tiempo profesional en asesorar a los grupos de auto-ayuda existentes y en facilitar la creación de nuevos grupos se considera de alta eficiencia en términos de costos - beneficios. Es así como la dedicación de unas pocas horas a la semana permite que un grupo de pacientes reciba intervenciones terapéuticas integrales, sostenidas a lo largo del tiempo, y de mínimo costo a cargo de personas que, habiendo sufrido la dependencia del alcohol, han desarrollado una sabiduría para superarla.

Para trabajar con Grupos Rehabilitadores de Alcohólicos se sugiere :

"1.- Ayudar al grupo a organizar sus actividades de modo que el eje central sea la "reunión de terapias", donde las personas tengan el espacio para desahogar experiencias negativas con el alcohol y con la vida en general, compartir experiencias exitosas en el logro de la abstinencia indefinida y el enfrentamiento de situaciones de riesgo para beber, y desarrollar la solidaridad y el grupo social entre ellos.

2.- Favorecer la diversificación de estas reuniones de terapia, permitiendo la existencia de grupos para pacientes : - con diferentes períodos de abstinencia,

- con o sin familiares,
- de acuerdo a necesidades e intereses particulares,
- diferenciado o no por sexo y edad.

3.- Promover la inserción de estos grupos en su comunidad, a través de actividades de difusión, trabajo cooperativo con otras organizaciones, y la incorporación de miembros sin dependencia ("No - Alcohólicos").

4.- Facilitar el desarrollo de una organización pluralista, participativa y democrática, donde la crítica y autocrítica sean los instrumentos fundamentales de avance y consolidación.

5.- Incentivar al grupo a generar sus propias líneas y métodos de trabajo, de modo que sea capaz de automantenerse y continuar sus funciones en ausencia de asesores profesionales.

6.- Desarrollar un programa de formación constante de monitores (y/u orientadores) que permitan la expresión del potencial innato de ayuda mutua entre los propios enfermos pudiendo favorecer también el desarrollo de todas las actividades sin depender de profesionales.

7.- Integrara plenamente al grupo familiar en las diversas actividades de la organización.

8.- Ayudar a organizar un sistema de recepción de nuevos enfermos, con mayor apoyo social durante las primeras etapas de la rehabilitación.

9.- Facilitar la organización de un sistema de rescate de socios, permitiendo transformar la experiencia negativa de la recaída en una experiencia de rehabilitación.

10.- Se sugiere no trabajar con grupos con más de 30 socios.

11.- Favorecer la incorporación del grupo a organizaciones comunales y nacionales rehabilitadoras de alcohólicos y la obtención de personalidad jurídica."⁴³

Por último es menester considerar, que la funcionalidad de la red social no depende solamente del apoyo que entrega cada uno de los agentes participantes en ella, familia, grupo de auto-ayuda y Centro de Salud local, al bebedor problema (cd) en

⁴³ Normas técnicas y programáticas en beber problema. Ministerio de Salud. Santiago. 1993.

proceso de rehabilitación, sino también de la coordinación que exista entre sus acciones, puesto que es imprescindible que su labor sea complementaria para propender así a una rehabilitación integral.

4) Coordinación en la red social de apoyo

El enfoque de trabajo en redes sociales de apoyo al bebedor problema en proceso de rehabilitación, supone la existencia de dos componentes fundamentales; por un lado el apoyo de agentes sociales (en este caso la familia, los grupos de auto-ayuda y los Centros de Salud local) y por el otro, la coordinación entre estos agentes.

Por coordinación en la red social de apoyo al bebedor problema en proceso de rehabilitación se entiende la acción concentrada de los agentes de la red, sin pérdida de sus respectivas características de organización, con vistas a conseguir la rehabilitación del bebedor problema. En consecuencia aquello implica el establecimiento de vinculaciones en relación a líneas de acciones concretas entre los agentes mencionados.

En la actualidad, el campo de lo social está nutrido de agentes (personas u organizaciones) que tratan de abordar la diversidad de los problemas sociales existentes. Así no es de extrañar que en un problema tan antiguo como lo es el beber problema coexistan diferentes agentes que buscan la rehabilitación de éste desde enfoques distintos, entregando un aporte específico para enfrentar el problema.

Por esta situación, más que crear nuevas instancias o generar modelos distintos de apoyo a la rehabilitación, se hace necesario unir los esfuerzos de los agentes existentes, posibilitando que cada uno entregue su parte a un todo; la meta común : rehabilitar al bebedor problema en forma integral.

Para lograr la unión de las fuerzas es elemental establecer vinculaciones y canales de comunicación expeditos entre los agentes que trabajan con el problema, con el fin de facilitar el intercambio de experiencia, delimitación de los aportes específicos que entrega cada uno, definición de necesidades de apoyo que tengan y establecimiento de estrategias para apoyarse y enriquecerse mutuamente.

Formas de coordinación entre agentes de una red social de apoyo pueden ser :

- reuniones periódicas.
- derivaciones de los sujetos de atención.
- programar acciones conjuntas.
- crear una instancia coordinadora de agentes.
- crear un sistema de información para los integrantes.
- elaborar planes de trabajo conjuntos con metas comunes y evaluaciones periódicas.
- capacitarse mutuamente.

El componente coordinación dentro de la red social de apoyo hace que esta sea funcional al proceso rehabilitador, permitiendo la proyección comunitaria hacia otros agentes sociales que trabajan con problemáticas relacionadas (Educación, Vivienda, Salud, Sector Jurídico, Sector Laboral, Desarrollo comunitario y social, entre otros), ya que otorga representatividad a la red como un todo integrado.

SISTEMA DE HIPÓTESIS

Hipótesis General :

La inexistencia de una red social funcional de apoyo afectaría la continuidad del proceso rehabilitador del bebedor problema integrado a un Centro Rehabilitador de Alcohólicos (CRA) perteneciente a la jurisdicción del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota.

Hipótesis específicas o derivadas :

1.- El insuficiente compromiso familiar con el bebedor problema incorporado a un CRA favorecería la discontinuidad en el proceso rehabilitador.

2.- El insuficiente apoyo que prestan los CRA al bebedor problema incidiría en la discontinuidad en el proceso rehabilitador.

3.- La falta de apoyo de las Centros de Salud local para con los bebedores problema condicionaría negativamente la continuidad en el proceso rehabilitador de éstos.

4.- La carencia de coordinación en la red social de apoyo al bebedor problema incidiría en la falta de continuidad en el proceso rehabilitador del bebedor problema.

Variable : Red social funcional de apoyo al bebedor problema.

Conceptualización : Se entiende por red social funcional de apoyo al bebedor problema las vinculaciones de una serie de personas u organizaciones a través de relaciones especificadas que apoyan el proceso rehabilitador. Por consiguiente, como red social funcional de apoyo al bebedor problema se entiende que cada una de las entidades integrantes de esta red brinden apoyo en la parte que a ellos les concierne en el proceso rehabilitador, manteniendo vínculos y canales de comunicación.

Variable : Continuidad en el proceso rehabilitador.

Conceptualización : Se refiere a la mantención de la abstinencia en el tiempo, lográndose la integración del bebedor problema a su medio social, preocupado de sus problemas físicos, psíquicos y económicos.

Dimensiones	Indicadores	Subindicadores	Valores
1.- Mantención de la abstinencia.	1.1.-Tiempo transcurrido desde el primer tratamiento antialcohólico.	1.1.1.- Años/Meses/Días.	* sin recaídas o una recaída en más de 4 años = Muy bueno : 6 pts./ una recaída en más de 2 y menos de 4 años =Bueno:4 pts/una recaída en más de 1y menos de 2 años=Regular :2pts./ más de 1 recaída en-1año=Malo:0pts
Se refiere al no consumo de ningún tipo de bebidas alcohólicas por parte del bebedor problema.	1.2.-Cantidad de recaídas desde el primer tratamiento antialcohólico.	1.2.1.- N° de recaídas.	
2.- Integración al medio social.	1.3.-Tiempo de abstinencia transcurrido desde el primer tratamiento o última recaída.	1.3.1.- Años/Meses/Días.	* Muy buenas = 6 pts./ Buenas=4 pts./ Regulares= 2 pts./ Malas = 0 pts.
Esta referido al establecimiento de vínculos afectivos y laborales del	2.1.-Percepción de la calidad de las relaciones familiares.		* idem.
vínculos afectivos y laborales del	2.2.-Percepción de la calidad de las re-		

<p>bebedor problema en su contexto social.</p> <p>3-Preocupación por problemas físicos Se refiere a la consulta y el tratamiento de cualquier tipo de problemas físicos del bebedor problema.</p> <p>4.- Preocupación por problemas psicológicos. Se refiere a la consulta y el tratamiento de cualquier alteración psíquica del bebedor problema.</p> <p>5.- Preocupación por problemas económicos. Se refiere a que el bebedor problema busque alternativas de sustento.</p>	<p>laciones de amistad.</p> <p>2.3.-Percepción de la calidad de las relaciones laborales.</p> <p>3.1.- Concurrencia a consulta.</p> <p>3.2.-Cumplimiento de las indicaciones médicas.</p> <p>4.1.- Concurrencia a consulta.</p> <p>4.2.- Cumplimiento de indicaciones.</p> <p>5.1.- Alternativas de sustento.</p>	<p>* ídem.</p> <p>*Siempre : 6 pts./ A veces : 2 pts. / Nunca : 0 pts.</p> <p>* ídem.</p> <p>* ídem.</p> <p>* ídem.</p> <p>*Búsqueda de trabajo u otro trabajo=Muy bueno :6 pts./ Solicitud a familiar = Bueno : 4 pts./ Solicitud a amigo o red asistencial = Regular : 2 pts./Sin alternativa = Malo : 0 pts.</p>
---	---	---

Variable : Compromiso familiar con el bebedor problema.

Conceptualización : Se refiere al esfuerzo conjunto, el apoyo incondicional y la responsabilidad asumida, para enfrentar la problemática del beber problema.

Dimensiones	Indicadores	Subindicadores	Valores
1.- Esfuerzo conjunto.	1.1.- Unión de fuerzas familiares.		* siempre: 6 pts./ frecuentemente :4p/ a veces : 2pts./nunca : 0 pts.
Se refiere a la unión de las fuerzas de los miembros de la familia para enfrentar la problemática del beber problema.			
2.- Apoyo incondicional.	2.1.- Familia acompaña a consultas.		*Siempre:6pts./frecuentemente : 4pts./
Se refiere a la ayuda de la familia en todas las circunstancias del proceso rehabilitador.	2.2.- Familia se preocupa por el cumplimiento de las indicaciones médicas.		A veces:2pts./Nunca:0.
	2.3.- Familia apoya afectivamente al bebedor problema en recaídas.		*idem.
	2.4.- Familia responde económicamente ante situaciones críticas.		*idem.
3.- Responsabilidad asumida.	3.1.- Aceptación del bebedor problema por parte de los miembros de la familia.		*idem.
Consiste en que cada miembro de la familia tome parte en el proceso rehabilitador.	3.2.- Familia participa en reuniones de los CRA.		* Todos=Muy bueno :6pts./La mayoría=Bueno:4 pts./Algunos=Regular: 2 pts./Ninguno=Malo : 0 pts. * ídem.

Variable : Apoyo de los Centros de Rehabilitados Alcohólicos a los bebedores problema.

Conceptualización : Consiste en reforzar la intención de los socios de mantenerse en abstinencia absoluta de bebidas alcohólicas, favoreciendo el proceso rehabilitador de éstos.

Dimensiones	Indicadores	Subindicadores	Valores
1.- Psicoterapia grupal. Consiste en lograr que el socio se identifique con aquellas personas que sufren su misma enfermedad, trabaje su autoestima y busque su propia superación.	1.1.-Asistencia a reuniones. 1.2.-Permite la identificación con el grupo. 1.3.-Actividades que trabajen la autoimagen. 1.4.-Actividades que trabajen la valoración personal. 1.5.-Tiempo de abstinencia promedio de miembros en relación al tiempo de permanencia en el Centro.		* más del 75% de los socios asiste frecuentemente=Muy bueno : 6 pts./entre 50% y 74%=Bueno : 4 pts./entre 25% y 49%=Regular 2 pts./menos del 24%=Malo : 0 pts. *a más del 75% de los socios=Muy bueno : 6 pts./entre 50% y 74%=Bueno : 4 pts./entre 25% y 49%=Regular 2 pts./menos del 24%=Malo : 0 pts. *frecuentemente : 6 pts./esporádicamente : 2 pts./nunca : 0 pts. *idem *más del 75%del tiempo de abstinencia en relación al tiempo de permanencia de los socios=Muy bueno : 6 pts./entre 50% y 75%=Bueno : 4 pts./entre 25% y 49%=Regular 2 pts./menos del 25%=Malo : 0 pts.

<p>2.- Educación. Se refiere a la acción del grupo para proporcionar a sus miembros conocimientos y desarrollar habilidades en relación al beber problema.</p>	<p>2.1.- Actividades educativas sobre daños orgánicos. 2.2.-Act. ed. sobre daños psicológicos. 2.3.-Act. ed. sobre daños sociales. 2.4.-Act. ed. etapas del beber problema. 2.5.-Act. ed. sobre hábitos alimenticios. 2.6.-Act. ed. prevención de recaídas. 2.7.-Act. ed. Formas de tratamiento.</p>	<p>*frecuentemente : 6 pts./ a veces : 2 pts./ nunca : 0 pts. *idem. *idem. *idem. *idem. *idem. *idem. *idem.</p>
<p>3.- Ocupación del tiempo libre. Se refiere a la entrega de elementos que permitan a los socios hacer buen uso de su tiempo libre.</p>	<p>3.1.- Actividades deportivas grupales. 3.2.- Actividades artísticas grupales. 3.3.- Actividades literarias grupales. 3.4.- Actividades educativas grupales en temas generales.</p>	<p>*idem. *idem. *idem. *idem.</p>
<p>4.- Reinserción social. Esta referido al restablecimiento de vínculos afectivos y laborales del bebedor problema en su contexto social, y a la proyección comunitaria del Centro.</p>	<p>4.1.-Refuerzo de relaciones familiares. 4.1.1.-Participación de familiares en el Centro. 4.1.2.-Actividades educativas sobre codependencia. 4.1.3.-Actividades educativas sobre roles familiares. 4.1.4.-Testimonio de familiares. 4.1.5.-Paseos familiares. 4.1.6.-Convivencias con familiares.</p>	<p>*más del 75% del N° de socios=Muy bueno :6pts./entre 50%y74%=Bueno 4 pts./entre 25%y49%=Regular:2pts./ menos del 24%=Malo:0pts. *frecuentemente:6pts/a veces 2pts./nunca ; 0 pts. *idem. *idem. *idem. *idem.</p>

4.2.-Refuerzo de relaciones laborales.	4.2.1.-Plan de inserción o reinserción laboral.	*si : 6 pts./ no : 0 pts.
	4.2.2.-Existencia de una bolsa de trabajo.	*formal=Muy bueno:6pts./informal=Bueno:4pts./no existe=Malo:0pts.
	4.2.3.-Nº de Empresas que integran a bebedores problema recuperados gracias al Centro.	*3empresas=Muy bueno:6pts./2 empresas=Bueno:4pts./1 empresa=Regular:2pts./Ninguna=Malo:0pts.
	4.2.4.-Nº de bebedores integrados.	*más del 20%=Muy bueno:6 pts./entre el 10%y19%=Bueno:4 pts./entre
	4.2.5.-Programas de capacitación laboral.	1%y9%=Regular:2pts./0%=Malo:0pt. *si : 6pts./no : 0 pts.
4.3.-Proyección comunitaria del Centro.	4.3.1.-Relación con los Centros locales de Salud.	*si : 6 pts./no : 0 pts.
	4.3.2.-Frecuencia en la relación.	*siempre :6pts./frecuentemente:4pts./a veces 2 pts./nunca : 0 pts.
	4.3.3.-Percepción de la calidad de las relaciones.	*muy buenas :6pts./buenas :4pts./regulares :2 pts./malas :0pts.
	4.3.1.-Difusión hacia la comunidad.	*si : 6 pts./no : 0pts.
	4.3.2.-Conexiones con otras organizaciones locales.	*más de 5=Muy bueno: 6pts./4=Bueno:4 pts./3=Regular : 2pts./menos de 2=Malo : 0 pts.
	4.3.3.-Relación del Centro con autoridades locales.	*si : 6 pts./no : 0 pts.



Variable : Apoyo del Centro de Salud local a los bebedores problema.

Conceptualización : Consiste en el otorgamiento de un tratamiento integral al bebedor problema realizando, además, un trabajo con la familia del bebedor problema y los Centros de Rehabilitados Alcohólicos.

Dimensiones	Indicadores	Subindicadores	Valores
1.-Tratamiento integral.	1.1.-Existencia de equipo de especialistas encargados.		*si: 6 pts./no 0 pts.
Se refiere al tratamiento y seguimiento médico, psicológico y social del bebedor problema.	1.2.-Profesionales que lo integran.		*médico,A.S.,Psicólogo,Enf.=Muy bueno :6pts./Médico,A.S.,Enf.= Bueno:4 pts/A.S., Enf.=Regular : 2 p uno o ningún profesional=malo:0p.
	1.3.-Programas en relación al beber problema.	1.3.1.-Programa de prevención.	*si: 6 pts./no 0 pts.
		1.3.2.-Evaluación del programa de prevención.	*si: 6 pts./no 0 pts.
		1.3.3.-Programa de rehabilitación.	*si: 6 pts./no 0 pts.
		1.3.4.-Evaluación del programa de rehabilitación.	*si: 6 pts./no 0 pts.
	1.4.-Atención médica.	1.4.1.-Atención médica periódica.	*si:6 pts./derivación=Bueno:4pts./no:0
		1.4.2.-Nº de bebedores problema (cd) atendidos.	*más del 75% =Muy bueno:6pts./entre 50%y74%=Bueno+4 pts./entre 25%y49%=Regular:2pts./ menos del 24%=Malo:0pts.
	1.5.-Atención psicológica.	1.5.1.-Atención psicológica.	*idem.
		1.5.2.-Nº de bebedores problema (cd) atendidos.	*idem.

<p>2.- Trabajo con la familia. Esta referido a la entrega de apoyo frente a la problemática del bebedor</p>	<p>1.6.- Atención social.</p> <p>2.1.-Existencia de diagnóstico familiar</p> <p>2.2.-Servicio de terapia de pareja.</p> <p>2.3.-Nº de parejas atendidos.</p> <p>2.4.-Servicio de terapia familiar.</p> <p>2.5.-Nº de familias atendidas.</p> <p>2.6.-Capacitación de la familia en el manejo de la problemática.</p> <p>3.1.-Nº de Centros que funcionan.</p> <p>3.2.-Existencia de asesoría.</p> <p>3.3.-Frecuencia de la asesoría.</p> <p>3.4.-Percepción de la calidad de la rela</p>	<p>1.6.1.-Existencia de atención social. *idem.</p> <p>1.6.2.-Nº de bebedores problema (cd) *idem.</p> <p>1.6.3Nº de familias deBPCD atendidas *idem.</p> <p>*si : 6pts./no : 0 pts.</p> <p>*si : 6 pts./derivación =Bueno : 4pts./no : 0 pts.</p> <p>*más del 75%=Muy bueno : 6 pts./entre 50% y 75%=Bueno : 4 pts./entre 25% y49&=Regular : 2 pts./menos del 25%=Malo : 0pts.</p> <p>*idem</p> <p>*idem.</p> <p>*si 6 pts./no : 0 pts.</p> <p>*Más de 1=Muy bueno : 6 pts./1=Bueno : 4 pts./Ninguno=mal:0pts.</p> <p>*si : 6 pts./no : 0pts.</p> <p>*semanal=Muy bueno :6pts./quincenal Bueno : 4pts./mensual=Regular : 2 pts./no presta=Malo : 0pts.</p> <p>*muy buena:6pts./buena : 4pts./</p>
--	--	--

ción con el CRA	regular:2pts./mala:0pts.
3.5.-Nº de BPCD atendidos derivados a los CRA	* más del 75% de los BPCD atendidos =MB:6p/entre 50% y 74%=B:4p/entre 25 y 49%=R:2p/menos 24%=M:0pts.

Variable : Coordinación en la red social de apoyo al bebedor problema en proceso de rehabilitación.

Conceptualización : Se refiere a la acción concentrada de diferentes entidades, sin pérdida de sus respectivas características de organización, con vistas a conseguir la rehabilitación del bebedor problema.

Dimensiones	Indicadores	Subindicadores	Valores
1.-Coordinación del Centro de Salud local con la familia de los bebedores Se refiere a acciones conjuntas entre los Centros locales de Salud y la familia de los bebedores problema (cd) con el fin de colaborar en el proceso rehabilitador.	1.1.-Existencia de diagnóstico familiar en el Centro de Salud local.		*si : 6 pts./ no : 0 pts.
	1.2.-Nº de familias atendidas al año por el A.S. del Centro de Salud local.		* más del 75% =Muy bueno:6pts./entre 50%y74%=Bueno+ pts./entre 25%y49%=Regular:2pts./ menos del 24%=Malo:0pts.
	1.3.-Existencia de terapia de pareja.		*ídem
	1.4.-Nº de parejas atendidas.		*ídem
	1.5.-Existencia de terapia de familia.		*ídem
	1.6.-Nº de familias atendidas.		*ídem
	1.7.-Capacitación de la familia en el manejo de la dependencia.		*ídem
			*si : 6 pts./ no : 0 pts.

<p>2.-Coordinación del Centro de Salud local con los CRA Se refiere a acciones conjuntas y periódicas entre el Centro de Salud local y los CRA con el fin de colaborar con el proceso rehabilitador de los bebedores problema (cd),</p>	<p>2.1.-Existencia de asesoría. 2.2.-Frecuencia de la asesoría. 2.3.-Percepción de la calidad de relación entre el Centro de Salud local y los CRA. 2.4.-Nº de bebedores problemas (cd) atendidos derivados a los CRA.</p>	<p>*si : 6 pts./no : 0pts. *semanal=Muy bueno :6pts./quincenal Bueno : 4pts./mensual=Regular : 2 pts./no presta=Malo : 0pts. *muy buena:6pts./buena : 4pts./regular : 2 pts./ mala : 0 pts. *más del 75% de los BPCD atendidos =MB:6p./entre 50 y 74%=B:4p./entre 25 y 49%=R:2p./menos de 24%=M:0p *más del 75% del N° de socios=Muy bueno :6pts./entre 50%y74%=Bueno 4 pts./entre 25%y49%=Regular:2pts./ menos del 24%=Malo:0pts. *frecuentemente:6pts/a veces 2pts./nunca : 0 pts. *idem.</p>
<p>3.-Coordinación entre el CRA y la familia Se refiere a acciones conjuntas y periódicas entre el CRA y la familia con el fin de colaborar en el proceso rehabilitador de los bebedores pro-</p>	<p>3.1.-Participación de familiares en el CRA. 3.2.-Actividades educativas sobre co-dependencia. 3.3.-Actividades educativas sobre roles familiares. 3.4.-Testimonios de familiares. 3.5.-Paseos familiares. 3.6.-Convivencias con familiares.</p>	<p>*idem. *idem. *idem. *idem. *si : 6pts. / no : 0 pts. *siempre = muy bueno : 6pts./frecuentemente=bueno : 4pts./a veces = regular : 2 pts./ nunca=malo : 0pts._</p>
<p>4.- Coordinación de l CRA con el CSI Se refiere a acciones conjuntas periódicas entre el CRA y el CSL con el fin de colaborar con el proceso</p>	<p>4.1.- Existencia de relación. 4.2.-Frecuencia de la relación.</p>	<p>*idem.</p>

rehabilitador de los BPCD.	4.3.- Percepción de la calidad de la relación.	muy buenas : 6 pts./ buenas : 4 pts./ regular : 2 pts./ malo : 0 pts.
5.-Red social de apoyo al bebedor problema en las localidades en estudio.	5.1.-Nº de entidades con que se relaciona el Centro de Salud local	* más de 5 entidades=Muy bueno:6pts. 4=Bueno : 4pts./3=Regular :2 pts. menos de 2=Malo : 0 pts.
Se refiere a la vinculación de una serie de personas u organizaciones de una localidad determinada a través de relaciones especificadas que apoyen el proceso rehabilitador.	5.2.-Frecuencia de las relaciones.	*suficiente : 6 pts./insuficiente : 0 pts.
	5.3.-Nº de entidades con que se relaciona el CRA.	*idem.
	5.4.-Frecuencia en las relaciones.	*idem.

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio se realizó empleando una investigación de tipo explicativo, relacionando las posibles causas del problema (variables independientes) con el problema central (variable dependiente): "**falta de continuidad en el proceso rehabilitador de los bebedores problema con dependencia, miembros de un CRA correspondiente a la jurisdicción del Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota**", para así poder establecer la incidencia de unas sobre otra.

La investigación se efectuó entre los meses de Mayo y Agosto 1995, incluyendo las etapas de formulación de objetivos de investigación e hipótesis de estudio, operacionalización de las variables, confección de instrumentos, recolección de datos, análisis e interpretación de los mismos y confección de diagnóstico.

1º- Unidades de Análisis.

Luego de realizar una investigación previa en 87 sujetos pertenecientes a los 8 Centros Rehabilitadores de Alcohólicos (CRA) existentes en la jurisdicción del Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota, se definió el colectivo de estudio como los bebedores problema con dependencia (cd), miembros de 4 CRA : Concón, Peñablanca, Quillota y La Calera. Estos 4 CRA fueron seleccionados según los siguientes criterios : N° de Socios activos, Funcionamiento del grupo, Conexiones existentes, Existencia de Asesoría profesional, Cantidad de Centros de Salud local relacionados, Diversidad geográfica (rural-urbano), Frecuencia de reuniones, Días de reunión, Distancia, Disponibilidad de Sede, Relación con la Unión Rehabilitadora de Alcohólicos de Chile (URACH) e Importancia administrativa de la comuna.

Por consiguiente, para el presente estudio se establecieron las siguientes Unidades de análisis :

- 1.- 35 bebedores problema (cd) (colectivo) integrados a un Centro Rehabilitador de Alcohólicos. De éstos :
 - 5 del CRA de Concón.
 - 5 del CRA de Peñablanca.
 - 8 del CRA de La Calera.
 - 17 del CRA de Quillota.
- 2.- 7 familias de bebedores problema (cd) seleccionadas (muestra).

3.- 4 Centros Rehabilitadores de Alcohólicos (colectivo) :

- *Estrella de la Costa* de Concón.
- *La amistad* de Peñablanca
- *Renacer* de Quillota
- *El Esfuerzo* de La Calera.

4.- 12 Centros de Salud local correspondientes al sector de los CRA(colectivo)

- Consultorio Concón
- Consultorio Villa Alemana
- Consultorio rural San Pedro
- Consultorio N° 2 Quillota
- Consultorio N° 1 Quillota
- Consultorio rural Boco
- Consultorio rural La Palma
- Consultorio rural La Cruz
- Hospital La Calera
- Consultorio rural Artificio
- Consultorio rural El Melón
- Consultorio rural Hijuelas

2º- Instrumentos de recolección de datos.

Para investigar las variables en estudio se utilizaron diversos instrumentos de recolección de datos aplicados a las distintas unidades de análisis.

1.- Una encuesta cuantitativa a los 35 bebedores problema (cd) para conocer :

- a) la variable continuidad en el proceso rehabilitador, y
- b) la percepción del compromiso familiar.

2.- Una encuesta cuantitativa a 7 familias de bebedores problema (cd) seleccionadas para comprobar la percepción del compromiso familiar y validez del instrumento anterior (1b).

3.- Una encuesta cualitativa para conocer la opinión de 7 bebedores problema (cd) seleccionados acerca del compromiso familiar, apoyo de los CRA y apoyo de los CSL a su proceso rehabilitador.

4.- Una encuesta cualitativa a las familias de los 7 bebedores problema (cd) seleccionados acerca de su compromiso como familia, el apoyo de los CRA y el apoyo de los CSL.

5.- Una encuesta cuantitativa a 4 CRA para conocer la variable apoyo de los CRA a los bebedores problema (cd) y la coordinación en la red social de apoyo a éstos.

6.- Un cuestionario cuantitativo a los 12 CSL para conocer la variable apoyo de los CSL a los bebedores problema (cd) y la Coordinación en la red social de apoyo a estos.

3º- Clasificación de los resultados obtenidos.

Para la clasificación de los resultados, se estableció la siguiente escala de valores de base:

6 puntos = muy bueno.

4 puntos = bueno.

2 puntos = insuficiente.

0 puntos = malo.

Para el análisis por dimensión tal escala base es utilizada sin necesidad de modificación, ya que se trabaja con el promedio de los valores que cada sujeto ha obtenido en la dimensión.

Para el análisis de las variables como un todo, sin embargo, dicha escala requiere de adecuación, puesto que el valor de la variable se obtiene a través de la sumatoria de los valores de las dimensiones de la variable (dividido por la cantidad de sujetos).

Como cada variable tiene un número diferente de dimensiones, es necesario especificar a cada escala por variable :

1.- Continuidad en el proceso rehabilitador.

Variable compuesta por 5 dimensiones (Mantención de la abstinencia, Integración al medio social, Preocupación por problemas físicos, Preocupación por problemas psicológicos, Preocupación por problemas económicos.).

Escala : 30 = muy buena continuidad.
 20-29 = buena continuidad.
 10-19 = continuidad insuficiente.
 0- 9 = mala continuidad.

2.-Compromiso familiar con el bebedor problema (cd).

Variable compuesta por 3 dimensiones (Unión de fuerza, Apoyo incondicional, Responsabilidad asumida).

Escala : 18 = muy buen compromiso familiar.
 12-17 = buen compromiso familiar.
 6-11 = compromiso familiar insuficiente.
 0 - 5 = mal compromiso familiar.

3.- Apoyo de los CRA a los bebedores problema (cd).

Variable compuesta por 4 dimensiones (Psicoterapia grupal, Educación, Ocupación del tiempo libre, Reinserción social).

Escala : 24 = muy buen apoyo.
 16-23 = buen apoyo.
 8-15 = apoyo insuficiente.
 0- 7 = mal apoyo.

4.- Apoyo de los Centro de Salud local (CSL) a los bebedores problema (cd).

Variable compuesta por 3 dimensiones (Tratamiento integral, Trabajo con la familia, Trabajo con los CRA).

Escala : 18 = muy buen apoyo.
 12-17 = buen apoyo.
 6-11 = apoyo insuficiente.
 0- 5 =mal apoyo.

5.- Coordinación en la red social de apoyo al bebedor problema (cd).

Variable compuesta por 5 dimensiones.(Coordinación de los CSL con la familia, Coordinación de los CSL con los CRA, Coordinación de los CRA con los CSL,

Coordinación entre los CRA y la familia, Red social de apoyo al bebedor problema (cd) en las localidades en estudio).

Escala : 30 = muy buena coordinación.
 20-29 = buena coordinación.
 10-19 = coordinación insuficiente.
 0- 9 = mala coordinación.

4º- Técnicas de evaluación utilizadas.

Para el análisis de los datos cuantitativos se utilizaron los métodos estadísticos correspondientes. Se utilizaron dos tipos de coeficientes de correlación, dependiendo del nivel de medición de las variables :

a) en el caso de las variables independientes nominales se utilizó el coeficiente Phi. (Vida en Pareja, Nivel de instrucción formal, Estabilidad del ingreso).

b) en el caso de todas las otras variables se utilizó el coeficiente Rho de Spearman (Edad, Ingreso, y las 4 variables independientes).

El valor numérico del coeficiente es traducido de la siguiente manera :

- si el valor es de 0,00 a 0,20 se habla de correlación nula o muy baja.
- si el valor es de 0,20 a 0,40 se habla de correlación baja.
- si el valor es de 0,40 a 0,60 se habla de correlación media.
- si el valor es de 0,60 a 0,80 se habla de correlación alta.
- si el valor es de 0,80 a 1,00 se habla de correlación muy alta o perfecta en la medida que se acerca al último valor indicado.

La evaluación de los aspectos cualitativos de las variables implicaron la utilización de revisión de contenidos simples y las interpretaciones de citas textuales.

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Análisis de las variables sociodemográficas estudiadas.

1.- Sexo.

De un total de 35 sujetos, el resultado se refleja en la siguiente tabla :

TABLA N°1

SEXO	NÚMERO
HOMBRES	35
MUJERES	0
TOTAL	35

Esta realidad está de acuerdo a lo que ocurre a nivel nacional más general, pues se ha demostrado que el consumo e ingesta excesiva de bebidas alcohólicas se asocia preferentemente al sexo masculino, llegando a establecerse una proporción de 7 : 1.

Llama la atención que no se haya encontrado ninguna mujer con dependencia del alcohol, esto puede deberse a que en ellas el problema es más encubierto y no participarían en Centros Rehabilitadores de Alcohólicos.

2.-Edad / Vida en Pareja.

TABLA N° 2

EDAD/VIDA EN PAREJA	VIVE CON PAREJA	VIVE SIN PAREJA	TOTAL
0 a 15 años	0	0	0
16 a 30 años	0	1	1
31 a 45 años	4	6	10
46 a 60 años	10	9	19
más de 60 años	4	1	5
TOTAL	18	17	35

Se puede observar que la mayoría de los sujetos se encuentran sobre los 46 años de edad lo cual rompe con las tendencias actuales de consumo y dependencia del alcohol, que va en aumento en personas relativamente más jóvenes (entre 25 y 35 años); más, esto explicaría por qué en los CRA no participan muchos jóvenes. El promedio de edad del colectivo es de 49 años, lo que, si consideramos que en los CRA no se da un proceso de apertura para captar nuevos socios jóvenes, sino que los que están permanecen por muchos años, (el promedio de permanencia en los Centros es bastante alto : 7 años), es posible inferir que los bebedores problema (cd), en este caso, se concentran en los tramos más altos de edad.

En relación a la vida en pareja, llama la atención que un número considerable de los sujetos no viven con una pareja estable (solteros sin pareja, separados sin pareja, viudos sin pareja). La mayoría de ellos (13 de 17) son solteros sin pareja. Esto podría relacionarse con la serie de problemas de pareja y familiares que acarrea la ingesta excesiva y prolongada de alcohol.

3.- Nivel de instrucción formal / Actividad laboral.

TABLA N°3

NIVEL DE INSTR. FORMAL/ ACT. LABORAL	SIN INSTRUCCIÓN FORMAL	BÁSICA INCOMPLETA	BÁSICA COMPLETA O MEDIA INCOMPLETA	MEDIA COMPLETA O SUPERIOR INCOMPL.	TOTAL
TRABAJADOR NO ESPECIALIZADO	2	15	3	0	20
OPERARIO ESPECIALIZADO	0	3	0	1	4
EMPLEADO ESPECIALIZADO	0	0	2	1	3
VENDEDOR	0	2	2	0	4
JUBILADO	0	1	1	2	4
TOTAL	2	21	8	4	35

Lo expuesto en relación al nivel de instrucción formal confirma los estándares nacionales, es decir, el problema de la dependencia alcohólica se da más frecuentemente en aquellos individuos que tienen menos educación formal.

Así también, lo señalado en relación a la actividad laboral, cuya clasificación se adopta del Instituto Nacional de Estadística (INE), concuerda con estudios preliminares que demuestran que el beber problema (cd) se da mayoritariamente en aquellos individuos que no poseen un trabajo especializado.

Sin embargo, no hay que olvidar que los resultados obtenidos en ambas variables comprueban también que en los grupos de autoayuda se juntan personas con características similares, y que, al igual que en la variable edad, la uniformidad de las características reflejaría una falta de apertura de los Centros hacia bebedores problema (cd) con características sociodemográficas distintas.

4.- Rama de actividad / Estabilidad en el Ingreso.

TABLA N° 4

ESTABILIDAD EN EL INGRESO / RAMA DE ACTIVIDAD	INGRESO FIJO	INGRESO VARIABLE	TOTAL
AGROPECUARIOS	14	1	15
INDUSTRIA O MANUFACTURERA	4	1	5
CONSTRUCCIÓN	0	3	3
TRANSPORTE Y COMUNICACIÓN	0	2	2
COMERCIO	3	1	4
SERVICIO SOCIAL O COMUNAL	2	0	2
JUBILADOS	3	1	4
TOTAL	26	9	35

Se observa que un numero considerable de los bebedores problema (cd) se dedica a labores agropecuarias lo cual podría explicarse porque el estudio se centro en zonas más bien agrícolas, como Quillota y Calera, en donde se concentra la mayoría de los sujetos objeto de estudio (26 personas). No obstante, la gran mayoría de los bebedores problema (cd) encuestados tienen un ingreso estable.

5.- Previsión en Salud.

TABLA N° 5

TENENCIA DE PREVISIÓN	NÚMERO
CON PREVISIÓN	18
SIN PREVISIÓN	17
TOTAL	35

El número de individuos que tiene previsión y el número de los que no tienen es casi similar. Sin embargo, es necesario agregar que de aquellos que no tienen previsión 14 poseen la Credencial de Salud Nivel A, y sólo 3 se encuentran desprovistos de cualquier garantía para una atención en Salud.

6.- Ingreso familiar per capita.

TABLA N° 6

NIVEL DE INGRESO	N° DE FAMILIAS
MÁS DE \$ 71.500	3
ENTRE \$ 41.501 HASTA \$ 71.500	7
ENTRE \$ 11.500 HASTA \$ 41.500	22
MENOS DE \$ 11.500	3
TOTAL	35

En concordancia con lo establecido en estudios anteriores la dependencia al alcohol se manifiesta con mayor frecuencia en los estratos más desfavorecidos económicamente, por lo que los datos obtenidos en los Centros serían representativos. 25 de 35 sujetos se ubican en un ingreso per capita inferior a \$ 41.500.- Pesos chilenos.

7.- Tamaño del grupo familiar / Relación adultos - menores.

TABLA N°7

RELACIÓN FAMILIA - MENORES /	FAMILIA CON MENORES DE 18 AÑOS	FAMILIA SIN MENORES DE 18 AÑOS	TOTAL
N° DE MIEMBROS VIVE SOLO	0	3	3
FAMILIA DE 2 PERSONAS	0	4	4
FAMILIA DE 3 Y 4	9	3	12
FAMILIA DE 5 Y 6	9	1	10
FAMILIA DE MÁS DE 6 PERSONAS	6	0	6
TOTAL	24	11	35

*El promedio de número de personas por familia es de 4,5.

TABLA N° 8

NÚMERO DE ADULTOS	111
NÚMERO DE MENORES DE 18 AÑOS	46
TOTAL	157

Se puede comprobar que, en relación al número de personas por familia, el colectivo estudiado en su mayoría viven en grupos familiares que sobrepasan las tres personas. Así mismo se puede afirmar que el número de adultos, en relación al número total de personas, supera, ampliamente, al número de menores de 18 años por familia. Ésto podría explicarse por que el colectivo en general es de edad superior a los 45 años, y también por el alto número de personas que viven sin pareja al momento de la encuesta.

Análisis de otras variables de interés.

1.- Antecedentes de Salud aparente.

TABLA N°9

EXISTENCIA DE PATOLOGÍA	NÚMERO
CON PATOLOGÍA POSIBLEMENTE RELACIONADA CON EL ALCOHOL	13
CON PATOLOGÍA POSIBLEMENTE NO RELACIONADA CON EL ALCOHOL	2
SIN EXPRESIÓN DE PATOLOGÍA	20
TOTAL	35

En cuanto a lo antes expuesto, se puede decir que sólo 13 sujetos, expresan que pueden tener patologías que, posiblemente, se relacionan con el alcohol. Esto podría aducirse al hecho de que el beber problema es una enfermedad crónica que conlleva a complicaciones para el resto de la vida del sujeto; pero no, necesariamente, en forma inmediata. Como también podría decir relación con el inicio oportuno del proceso rehabilitador del sujeto, evitando así la aparición de complicaciones graves.

Con respecto a los resultados de esta variable, son sólo los antecedentes expresados por los sujetos de estudio, sin comprobarse diagnóstico médico alguno.

2.- Tiempo de permanencia de los sujetos en los CRA.

TABLA N° 10

TIEMPO DE PERMANENCIA	NÚMERO DE SUJETOS
MENOS DE 1 AÑO	10
MÁS DE 1 Y MENOS DE 2 AÑOS	5
MÁS DE 2 Y MENOS DE 5 AÑOS	5
MÁS DE 5 Y MENOS DE 10 AÑOS	5
MÁS DE 10 AÑOS	10
TOTAL	35

Referente a lo presentado, sólo cabe agregar que en algunos sujetos el tiempo de permanencia es una suma de participación en más de un CRA.

3.- Otros miembros de la familia bebedores problema.

TABLA N° 11

EXISTENCIA DE OTROS MIEMBROS	NÚMERO
BP EN LA FAMILIA	
CON OTRO MIEMBRO BP EN LA FAMILIA	6
SIN OTRO MIEMBRO BP EN LA FAMILIA	29
TOTAL	35

Lo anterior indica que del total de sujetos del colectivo, sólo 6 de ellos viven junto a otro familiar bebedor problema. En el resto, ningún miembro de su familia padece el problema.

Caracterización de los CRA.

1.- Años de funcionamiento/ Número de socios activos.

TABLA N° 12		
CENTRO REHABILITADOR DE ALCOHÓLICOS	AÑOS DE FUNCIONAMIENTO	NÚMERO DE SOCIOS
CONCÓN	10	15
PEÑABLANCA	21	12
QUILLOTA	5	40
LA CALERA	29	20
TOTAL		87

En relación a estos datos, cabe consignar que del total de socios de cada centro no todos corresponden a personas que son bebedores problema (cd), sino que en los Centros participan un alto número de familiares y socios no bebedores problema.

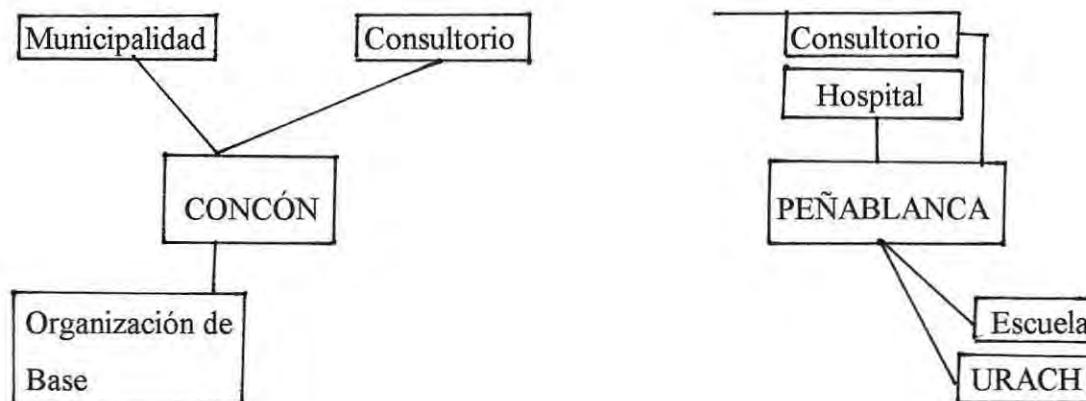
2.- Asesoría profesional a los Centros.

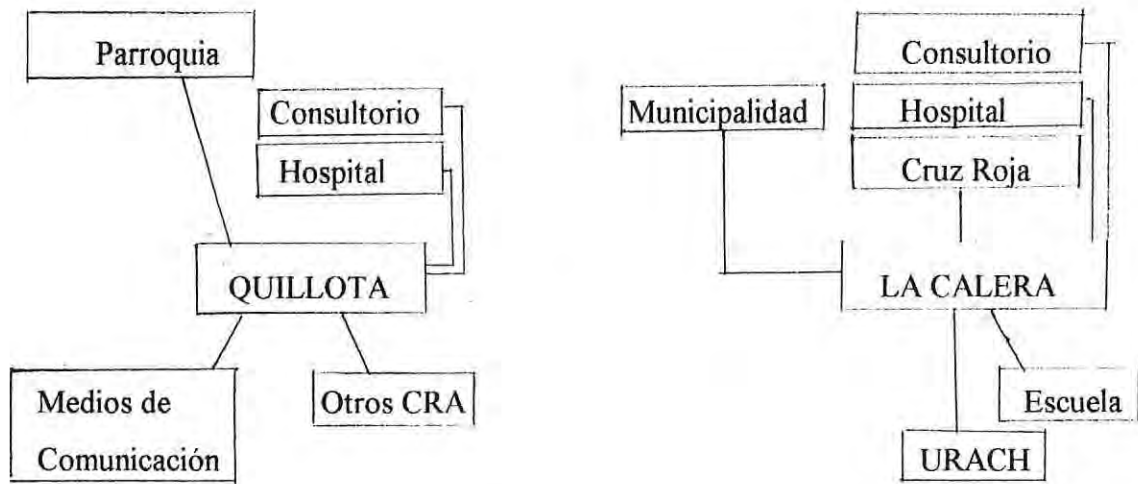
TABLA Nº 13

FRECUENCIA / SEMANAL	QUINCENAL	ESPORÁDICA	NO TIENE
ASESORÍA			
CON	QUILLOTA	CONCÓN	PEÑABLANCA
ASESORÍA			
SIN ASESORÍA			LA CALERA

Los cuadros demuestran que en relación a los profesionales que prestan asesoría a los Centros, los CRA de Concón, Peñablanca y Quillota cuentan con apoyo de un Asistente Social, además Quillota y Peñablanca tienen asesoría de un médico. Pero esta asesoría no, necesariamente, es continua. Respecto a la frecuencia, está sólo es más permanente en Quillota, donde es semanal. En otro extremo se encuentra el Centro de La Calera que no cuenta con ningún tipo de asesoría externa.

3.- Relación del CRA con otros establecimientos u organizaciones.





Los gráficos demuestran que los Centros tienen contactos diversos con otras organizaciones. Tal vez lo más importante de destacar al respecto es que esta relación no siempre es lo suficiente, en cuanto a frecuencia o regularidad, y a veces se reduce a contactos esporádicos para necesidades específicas de los Centros. Estas agrupaciones o establecimientos comunitarios deberían convertirse para los Centros en una red social de apoyo; pero para ello, es necesario que las relaciones entre ellos sean coordinadas y más frecuentes.

Análisis de variables de las hipótesis

La problemática central del presente estudio es la falta de continuidad en el proceso rehabilitador de los bebedores problema con dependencia, convertida en la variable dependiente, base del análisis que se expondrá a continuación.

Variable dependiente : Continuidad en el proceso rehabilitador del bebedor problema con dependencia (BPCD).

La continuidad en el proceso rehabilitador ha sido conceptualizada para los efectos de investigación, como la mantención de la abstinencia en el tiempo, lográndose la integración del bebedor problema con dependencia a su medio social, preocupado de sus problemas físicos, psíquicos y económicos.

En consecuencia, un proceso rehabilitador continuado contribuye al mejoramiento paulatino de la situación tanto personal (Salud física y mental) y familiar, como laboral y social, y, puede incluso, llevar a un bienestar más amplio del sujeto que el anterior a su ingesta excesiva del alcohol.

Para la investigación y evaluación diagnóstica de esta variable se ha establecido, por consiguiente, las siguientes dimensiones o aspectos que indicarían si existe o no, y en qué

grado, continuidad en el proceso rehabilitador de los sujetos en estudio :

- 1.- mantención de la abstinencia.
- 2.- integración al medio social; referente a la calidad de relaciones familiares, de amistad y laborales.
- 3.- preocupación por problemas físicos.
- 4.- preocupación por problemas psíquicos.
- 5.- preocupación por problemas económicos.

Resultados obtenidos en relación a la variable dependiente.

Según los datos obtenidos por sujeto, la continuidad en el proceso rehabilitador en el colectivo es insuficiente con un promedio de 19,66 puntos en los 35

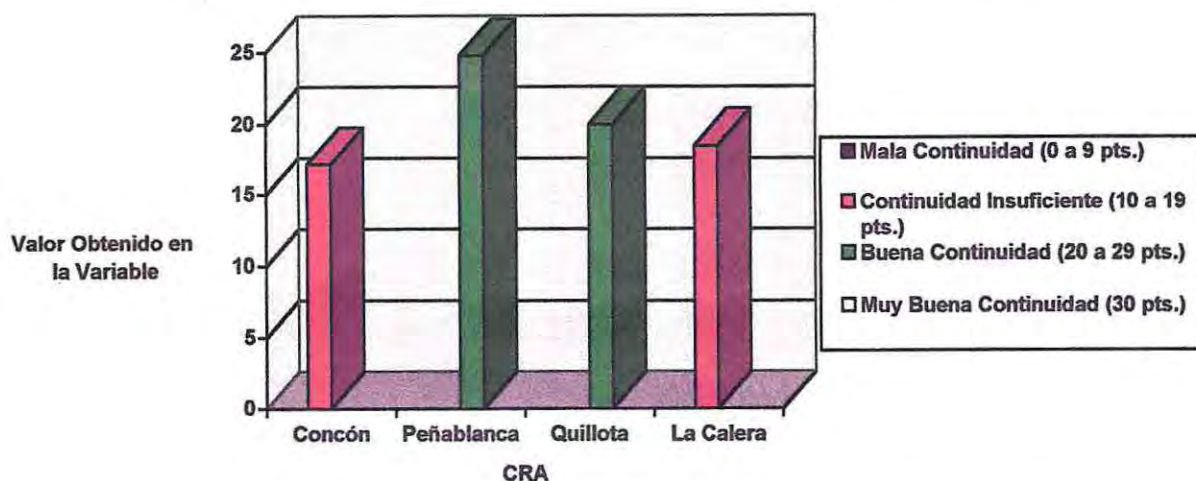
sujetos. Cabe observar, que este promedio se aproxima bastante a una calificación de "buena continuidad en el proceso rehabilitador".

En términos más específicos, 22 sujetos presentan una buena continuidad en el proceso rehabilitador y 13 una continuidad insuficiente.

Es interesante constatar que existen diferencias por Centros rehabilitadores de Alcohólicos a que pertenecen los sujetos. Así se observa que :

GRÁFICO N° 1

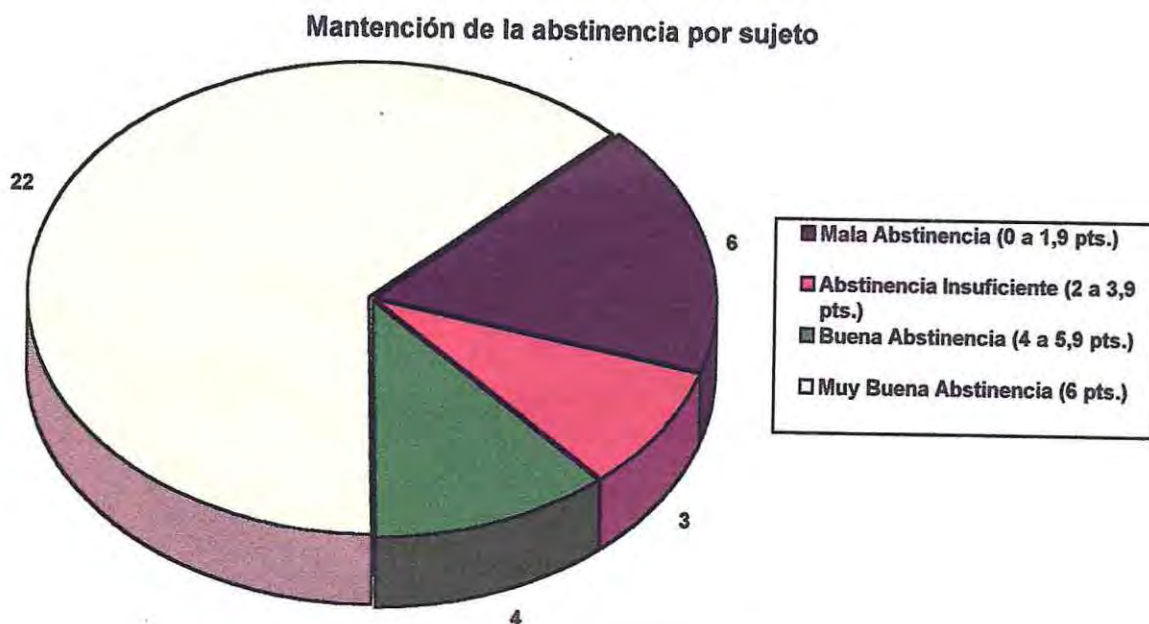
Continuidad en el proceso rehabilitador de los BPCD en cada CRA



Resultados por dimensión :

1.-La mantención de la abstinencia en los 35 sujetos se mide a través del tiempo transcurrido desde el primer tratamiento antialcohólico en relación a la cantidad de recaídas en el mismo periodo.

GRÁFICO N°2



Según la encuesta 22 sujetos presentan una muy buena mantención de la abstinencia, significando ésto que no han tenido recaída alguna o una recaída en más de 4 años desde su primer tratamiento antialcohólico.

A diferencia que en el último tramo seis sujetos no presentan mantención de la abstinencia (más de una recaída al año).

El colectivo presenta, en forma global, una buena mantención de la abstinencia (promedio 4,4 puntos) lo que indica que los sujetos integrados a un grupo de autoayuda antialcohólico, efectivamente, y corroborando así la teoría, obtienen logros en este factor tan básico del proceso rehabilitador.

2.-En relación a la dimensión integración al medio social, medida a través de la percepción del bebedor problema (cd) de la calidad de sus relaciones familiares, de amistad y laborales, el colectivo presenta una integración insuficiente al medio social (promedio 3,83 puntos).

Cabe señalar que la calidad de las relaciones de amistad es percibida con mayor frecuencia como mala o insuficiente (por ocho sujetos).

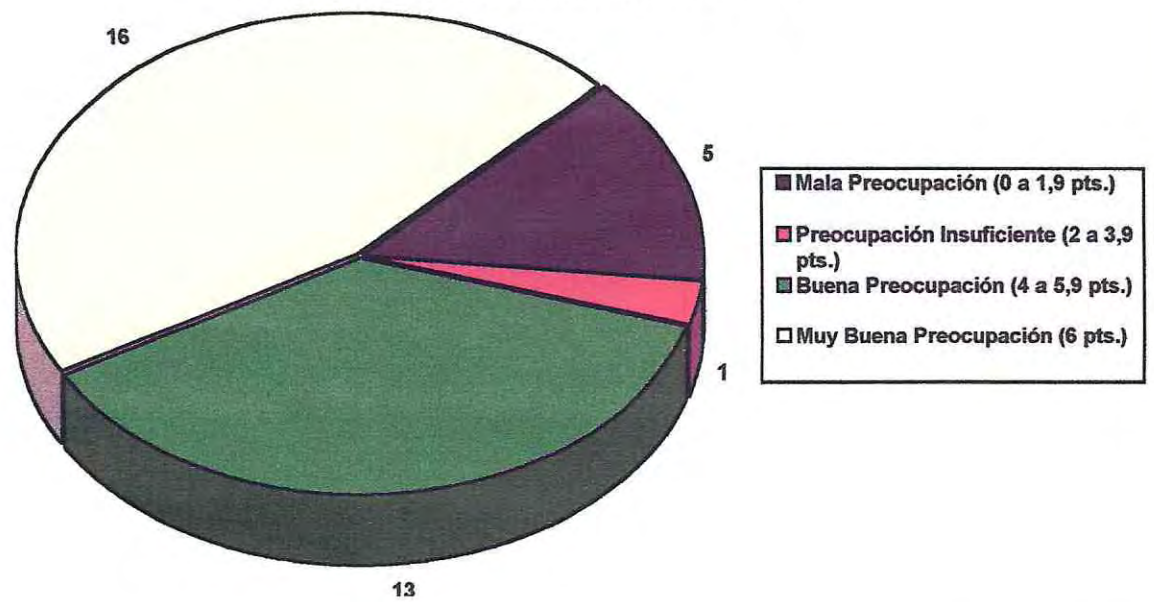
La función del grupo, de reemplazar la red social personal antigua (del tiempo de la ingesta) del BPCD por un nuevo sistema de relaciones, a través de las relaciones de sus miembros capacitando al sujeto para relacionarse con el medio; se ve cuestionada en su eficacia por los resultados obtenidos y también por los miembros que, en ocasiones, no consideran a sus compañeros de grupo como amigos ya que son, al igual que ellos, "alcohólicos".

3.-La dimensión, preocupación de los bebedores problema (cd) por sus problemas físicos es buena en los sujetos (promedio 4,29 puntos).

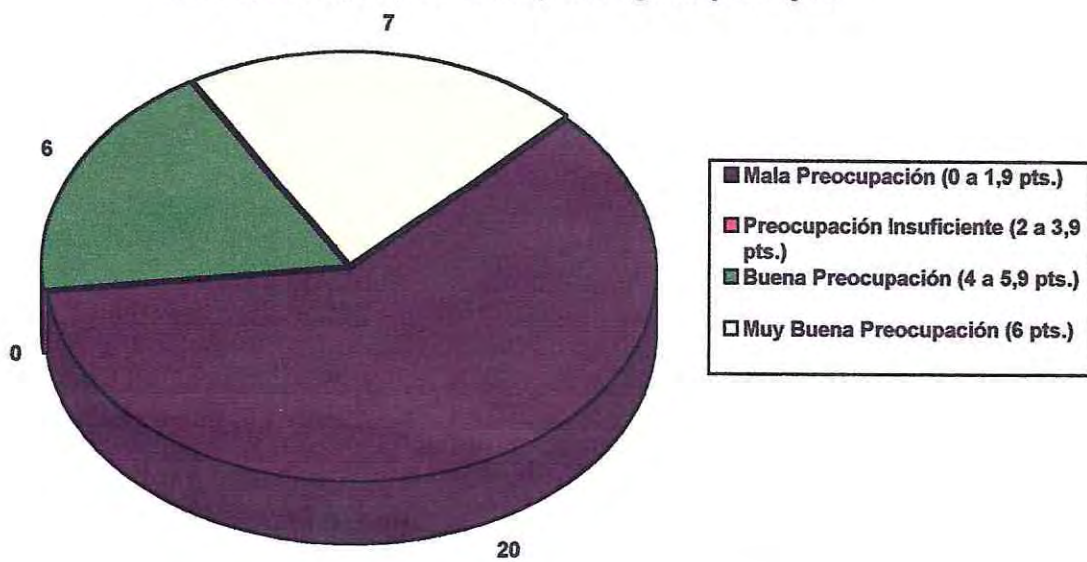
4.-La dimensión, preocupación por problemas psicológicos, en cambio, es francamente insuficiente con un promedio de 2,12 puntos.

GRÁFICO N°3

Preocupación por problemas físicos por sujeto



Preocupación por problemas psicológicos por sujeto



Comparando ambas dimensiones se observa claramente que existe mayor preocupación por los problemas de Salud física que por los de Salud Mental, lo que se puede relacionar con el estereotipo existente acerca de ésta última, como también con la falta de oferta de atención psicológica para los sectores de bajos recursos , como es el caso del presente colectivo (véase análisis variable independiente "Apoyo de los Centros de Salud local a los BPCD").

5.-En cuanto a la dimensión, preocupación por problemas económicos, los sujetos indican en su mayoría que buscan trabajo u otro trabajo para solucionar sus problemas de esta índole, lo que es calificado como "muy bueno" para los efectos del análisis (22 sujetos). El colectivo presenta , por lo tanto, una buena preocupación por sus problemas económicos con un promedio de 5,03 puntos.

Interpretando los datos analizados por dimensión y a la variable como un todo, se observa que la insuficiencia en la continuidad en el proceso rehabilitador radica, principalmente, en los aspectos de integración al medio social y preocupación por problemas psicológicos por parte de los bebedores problema (cd).

Ambos aspectos son, como se especifica en el marco de referencia, tareas centrales de etapas más avanzadas. y por ende más complejas, del proceso rehabilitador.

Lo anterior indicaría que los sujetos en su mayoría se encuentran en la primera etapa del proceso rehabilitador, "invirtiendo la mayor parte de sus energías en alejarse del alcohol", sin alcanzar un, "mejor uso y desarrollo de sus virtudes". Demuestra también que los grupos de autoayuda cumplen solamente en parte con su aporte a la meta del proceso rehabilitador : un desarrollo personal integral.

Sin embargo, es de considerar que empíricamente se ha comprobado que en las primeras etapas de rehabilitación "muchos problemas emocionales, de pareja o familiares afloran después que la persona deja de beber", como está consignado en el marco de referencia. Lo que ratifica la importancia de una preocupación constante por la Salud Mental de los pacientes.

Cabe destacar, que el tiempo transcurrido desde el primer tratamiento antialcohólico no influye, positivamente, en la continuidad o avance en el proceso rehabilitador (Valor de la correlación - 0,15 lo que significa una correlación inversamente

proporcional muy baja). Es decir, no por el solo hecho de permanecer por más tiempo en recuperación, se alcanza un proceso rehabilitador continuo o avanzado.

Relación de la Continuidad en el proceso rehabilitador de los bebedores problema (cd) con las variables socio-demográficas.

Edad :

Según el presente estudio no existe relación entre la continuidad en el proceso rehabilitador y la edad de los sujetos (Valor de la Correlación : 0,02, lo que indica una correlación nula; Coeficiente Rho de Spearman).

Vida en Pareja

Tampoco existe relación entre la continuidad en el proceso rehabilitador y la vida en pareja (Valor de la Correlación : 0,08, indicando correlación nula; Coeficiente Phi para tablas de 2 x 2)

TABLA N°14

Vx / Vy	CON PAREJA	SIN PAREJA	TOTAL
BUENA CONTINUIDAD	12	10	22
CONTINUIDAD INSUFICIENTE	6	7	13
TOTAL	18	17	35

Esto se puede entender, si se considera la teoría en relación a la familia, que señala el papel ambivalente de ésta en el proceso rehabilitador : si bien lo puede favorecer fundamentalmente, también lo puede obstaculizar o impedir (codependencia).

Nivel de instrucción formal.

Existe una correlación muy baja entre la continuidad en el proceso rehabilitador y el nivel de instrucción formal (Valor de la Correlación 0,11; Coeficiente Phi universal).

TABLA N° 15

Vx / Vy	sin instr. formal	Básica in- completa	Media in- completa	Superior incompleta	TOTAL
buena conti- nuidad	2	12	5	3	22
continuidad insuficiente	-	9	3	1	13
TOTAL	2	21	8	4	35

Esto concuerda con los estudios empíricos que indica que no hay hallazgo que permitiría relacionar ambas variables.

Nivel de ingreso.

Sí incide esta variable en la continuidad en el proceso rehabilitador, aunque en forma baja (Valor correlación 0,24 que indica correlación baja; Coeficiente Rho de Spearman). Es decir, a mayor nivel de ingreso una mayor continuidad en el proceso rehabilitador.

Estabilidad de ingreso.

También la estabilidad del ingreso favorece la continuidad en el proceso rehabilitador (Valor Correlación 0,36 que indica correlación baja; Coeficiente correlación Phi en tabla de 2 x 2).

TABLA N° 16

Vx / Vy	INGRESO ESTABLE	INGRESO INESTABLE	TOTAL
BUENA CONTINUIDAD	19	3	22
CONTINUIDAD INSUFICIENTE	7	6	13
TOTAL	26	9	35

Aquello se podría interpretar en el sentido de que una mayor estabilidad o tranquilidad en lo material es una condición favorable para la rehabilitación, ya que permitiría a la persona ocuparse plenamente de su problema de Salud Mental.



CONFRONTACIÓN DEL SISTEMA DE HIPÓTESIS

La hipótesis general, que sostiene que " La inexistencia de una red social funcional de apoyo afectaría la continuidad en el proceso rehabilitador de los bebedores problema con dependencia, integrados a un Centro Rehabilitador de Alcohólicos ", será comprobada a través del análisis de las hipótesis específicas que a continuación se exponen.

1.- Hipótesis Específicas

" El insuficiente compromiso familiar con los bebedores problema con dependencia incorporado a un Centro Rehabilitador de Alcohólicos, favorecería la discontinuidad en el proceso rehabilitador de éste. "

1.1.- Análisis de la Variable Independiente: " Compromiso Familiar con el bebedor problema con dependencia "

El Compromiso Familiar con el bebedor problema con dependencia, se midió a través de las siguientes dimensiones:

- a) Esfuerzo Conjunto
- b) Apoyo Incondicional
- c) Responsabilidad Asumida

Resultado obtenido en relación a la variable independiente " Compromiso Familiar"

Según los datos obtenidos para cada sujeto en estudio, el compromiso familiar hacia el proceso rehabilitador de los bebedores problema con dependencia (BPCD) es **bueno**, con un promedio para los sujetos de 13,5 puntos.

En términos más específicos, tenemos que en 7 sujetos el compromiso de sus familias hacia el proceso rehabilitador de éstos es Muy Bueno y en 20 sujetos el compromiso de sus familias es Bueno.

Cabe destacar al respecto, que esta variable no presenta variantes significativas, en relación a los diferentes Centros Rehabilitadores de Alcohólicos estudiados (CRA). Así se observa que todos los CRA alcanzan el promedio para que el compromiso familiar pueda catalogarse de Bueno, no obstante esto, hay diferencias, así el centro de Concón está abiertamente en la categoría de Bueno (14,5 puntos), no así en La Calera que alcanza apenas esta categoría (12 puntos)

Resultados por dimensión

Como antes se mencionó, la variable " Compromiso Familiar "se dividió en tres dimensiones de importancia que a continuación se analizan detalladamente.

1) Esfuerzo Conjunto

TABLA N° 17

MUY BUENO	29
BUENO	0
INSUFICIENTE	0
MALO	3
NO CORRESPONDE	3
TOTAL	35

En esta dimensión de la variable se observa que el colectivo, en general, se ubica en la categoría de **Bueno**, con un alto puntaje además, (5,27 puntos de un máximo de 6). Más en detalle tenemos que 29 sujetos alcanzan el puntaje máximo por lo que están en la categoría de Muy bueno en esta dimensión.

En conclusión se puede decir que en general hay en la familia esfuerzo conjunto para enfrentar el proceso rehabilitador del BPCD.

En relación a la aplicación de la encuesta cualitativa en las familias de los BPCD, insertos en los CRA, he aquí testimonios.

"Yo sufrí mucho cuando mi marido tomaba, me pegaba, sufrí mucho, mis hijas se casaron antes de tiempo, no bueno, pero se casaron." L.A., CRA "Renacer" Quillota.

"Los hijos se preocupaban de que el papá saliera del problema, y todos querían que dejara de tomar, entonces lo retábamos, lo llevamos al médico y participamos en el Centro." J.A., CRA "Renacer", Quillota.

Estos testimonios reflejan que sí hay unión de fuerzas en esta familia, para superar el problema con el alcohol, más en general los testimonios concuerdan en este sentido, lo cual, podría explicarse en parte, argumentando que en aquella familia que tiene entre sus miembros alguno que presente problemas de abuso en el consumo de alcohol, se presentan graves disfunciones, que hace que ésta haga grandes esfuerzos por ayudar al miembro que padece el problema.

2) Apoyo Incondicional

TABLA N° 18

MUY BUENO	10
BUENO	15
INSUFICIENTE	6
MALO	1
NO CORRESPONDE	3
TOTAL	35

El análisis del resultado general de la dimensión, indica que el apoyo incondicional de la familia al miembro BPCD en proceso de rehabilitación es Bueno, no obstante esto, se alcanzó esta categoría estrechamente, pues sólo se obtuvo 4 puntos

En detalle se puede agregar que ningún sujeto alcanzó el puntaje máximo, y sólo 10 BPCD obtienen el puntaje para la categoría de Muy Bueno.

Si lo anterior lo contrastamos con el resultado de la encuesta cualitativa, tenemos que en general en la familia se expresa explícitamente que hay apoyo incondicional al miembro BPCD, sin importar que éste recaiga o los esfuerzos que sean necesario hacer, ya que se considera que el fin último, la rehabilitación, vale mucho más. A continuación un ejemplo.

" Somos de la idea de que el alcoholismo es para toda la vida, no se cura, es necesario estar siempre con el enfermo, de por vida, y dar nuestro apoyo como familia, incondicionalmente " M.P. CRA " El Esfuerzo " La Calera

3) Responsabilidad Asumida

TABLA N° 19

MUY BUENO	17
BUENO	3
INSUFICIENTE	11
MALO	2
NO CORRESPONDE	2
TOTAL	35

En términos generales, en esta dimensión, según el puntaje (4,12 puntos), la categoría que corresponde es **Bueno**.

Cabe mencionar, que para esta dimensión de la variable el total de sujetos es de 33, puesto que, 2 no tenían familia. De este total, un número considerable obtuvo el puntaje máximo (6 puntos) y 11 alcanzaron solamente la categoría de insuficiente.

Si tomamos en cuenta el siguiente testimonio recogido en la encuesta cualitativa:

" Cuando mi padre se quiso rehabilitar de su problema de alcoholismo, nosotros lo acompañábamos al centro, no mi hermano porque era chico, pero mi hermana y yo lo apoyábamos porque veíamos lo duro que era para él " O.G.O. CRA " La Amistad" Peñablanca.

Como se puede observar en este testimonio las familias se sienten responsables de la rehabilitación de su miembro BPCD, para lo cual, participan con él en

el proceso rehabilitador, asumiendo distintas tareas, desde acompañarlo al médico, hasta participar con el BPCD en el CRA.

CONTRASTACION DE LAS HIPÓTESIS

Contrastación de la hipótesis específica N° 1

Correlación entre el compromiso familiar y la continuidad en el proceso rehabilitador del bebedor problema (cd).

El valor de correlación obtenido para las variables antes especificadas es de 0,07. Ello significa que la correlación entre las variables es muy baja o nula, lo cual nos lleva necesariamente a refutar la hipótesis planteada, es decir, el compromiso familiar no tendría ninguna incidencia en la continuidad en el proceso rehabilitador de los bebedores problema (cd).

No obstante, y habiendo aplicado el instrumento de correlación correspondiente, el resultado es relativo, y esto por lo siguiente. Si bien es cierto que, como se demostró antes en este estudio hay un grado de compromiso familiar hacia el BPCD, este no está siguiendo un proceso de rehabilitación continuo. Esto se explica por que la familia no es la única instancia de apoyo al BPCD, sino con ello deben confluír otros agentes que forman parte de una red social de apoyo y, con el esfuerzo de todos, éstos debieran ayudar a que el proceso rehabilitador fuera, realmente, continuo.

Además se puede argumentar que la familia no sólo esta llamada a colaborar en un proceso de rehabilitación alcohólica, sino que forma parte de éste, pues la familia es también un ente, que frente al problema de un miembro BPCD es afectado como un todo. Entonces, se hace necesario que la familia reciba el apoyo de otras entidades, que le permitan ser capaz de superar el problema de la codependencia que la afecta y a la vez colaborar en conjunto con otras instancias de apoyo en el proceso rehabilitador del miembro BPCD.

Hipótesis específica N° 2: "El insuficiente apoyo que prestan los Centros Rehabilitadores Alcohólicos (CRA) al bebedor problema (cd) incidiría en la discontinuidad en el proceso rehabilitador".

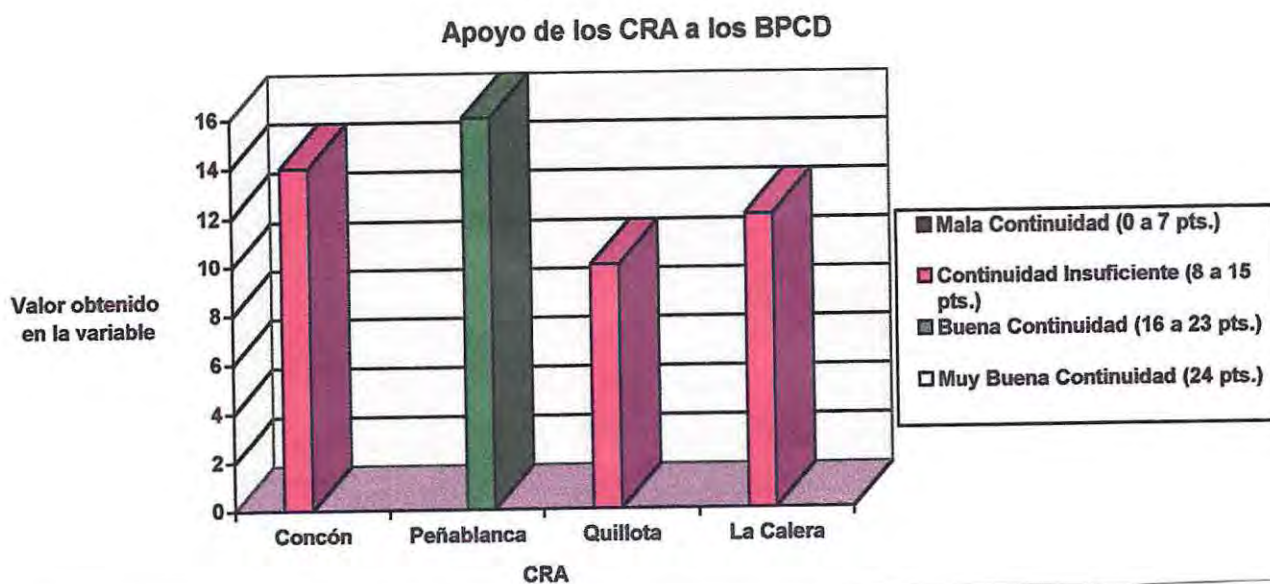
Análisis de la variable independiente : "Apoyo de los CRA a los bebedores problema (cd)".

Esta variable, que se analiza a continuación para comprobar luego la hipótesis especificada, es conceptualizada como "el refuerzo de la intención de los socios de mantenerse en abstinencia absoluta de bebidas alcohólicas, favoreciendo el proceso rehabilitador".

La variable como un todo tiene como resultado un promedio de 13 puntos entre los cuatro Centros, lo que significa que el apoyo que se presta a los bebedores problema (cd) es insuficiente.

Los puntajes obtenidos por Centro son los siguientes :

GRÁFICO N° 4

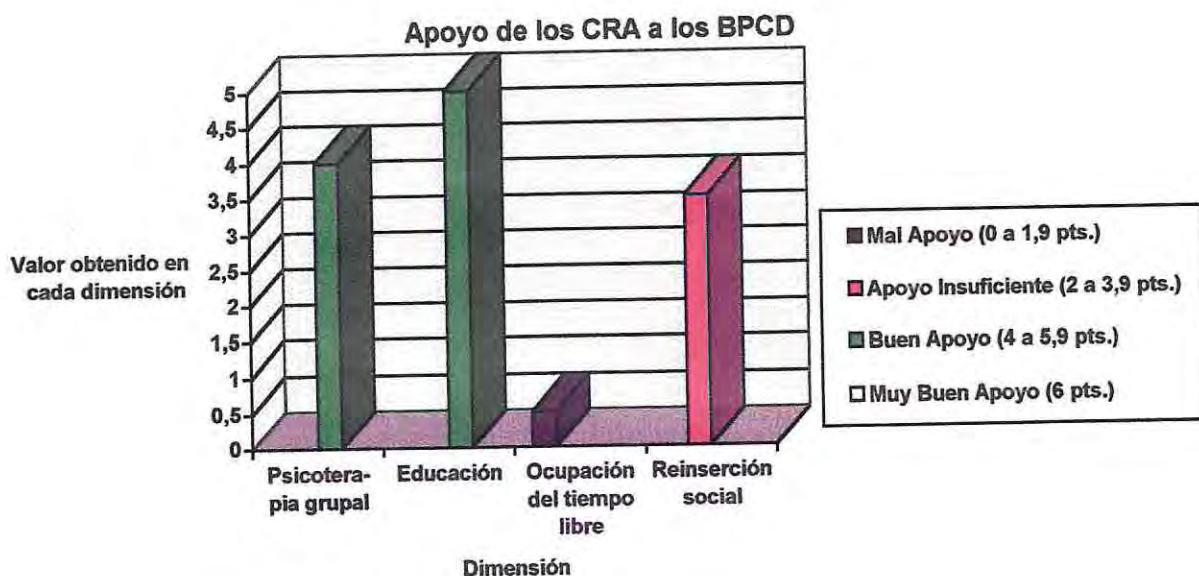


Análisis por dimensiones :

Para la investigación diagnóstica se establecieron cuatro dimensiones :

- 1.- Psicoterapia grupal.
- 2.- Educación.
- 3.- Ocupación del tiempo libre.
- 4.- Reinserción social.

GRÁFICO N° 5



En la dimensión psicoterapia grupal, que se refiere a la identificación con otros bebedores problema y trabajo de la autoestima en favor de la mantención de abstinencia, se obtuvo un puntaje promedio de 4,0. Ello significa que la psicoterapia grupal brindada por los Centros es buena, sin que haya diferencia alguna entre los Centros.

La dimensión educación dice relación con las actividades socio-educativas a través de las cuales el grupo proporciona a sus miembros conocimientos y facilita el desarrollo de habilidades en relación al manejo del beber problema. El valor promedio en esta dimensión es 5,0 puntos, lo que indica que la frecuencia con que se realizan las

actividades educativas es buena. Cabe señalar que los Centros de Con Con y Peñablanca obtienen la calificación de muy bueno en esta dimensión (6 puntos).

La ocupación del tiempo libre es calificada con el puntaje promedio más bajo entre las dimensiones con 0,5 puntos, lo que significa que las actividades de los Centros relacionadas con éste aspecto son simplemente inexistentes (valor : malo).

La dimensión reinserción social se refiere al restablecimiento de vínculos afectivos (refuerzo de relaciones familiares) y laborales (refuerzo de relaciones laborales) del bebedor problema (cd) en su contexto social, y a la proyección comunitaria del Centro. Las actividades que realizan los Centros al respecto son insuficientes en cantidad y calidad (promedio : valor 3,5). Cabe señalar que el indicador "refuerzo de relaciones laborales" es el menos desarrollado por los Centros.

Esta dimensión dice estrecha relación con la dimensión "Integración al medio social" por parte del bebedor problema (cd) de la variable dependiente que también obtiene la calificación de insuficiente. Es decir, la función del Centro, como grupo de autoayuda, de apoyar el establecimiento de una red social personal alternativa para el bebedor problema (cd), efectivamente, se está cumpliendo en forma insuficiente : existe concordancia entre los resultados obtenidos en los bebedores problema (cd) y los CRA.

Los resultados de la encuesta cualitativa permiten apreciar la opinión de los bebedores problema (cd) acerca del apoyo de los CRA a su rehabilitación. Tanto los siete sujetos seleccionados, como sus familias reconocen claramente el apoyo que le presta el Centro :

"Para mi fue fundamental el asistir al Club, fui al Club dos días después de empezar el tratamiento médico y eso fue lo que más me ayudó en la recuperación" J.V., CRA, Calera.

"Por que el ayuda (mi padre), lo ayudan a él, nos dice a nosotros que no hagamos ésto, sino nos va a pasar lo mismo que le paso a él." J.V., CRA "Estrella de la Costa", Concón.

En general, los entrevistados destacan como factores importantes el apoyo profesional recibido en los Centros, el cariño con que son recibidos, la integración de la familia, la educación respecto al beber problema y el apoyo moral para seguir en el proceso rehabilitador.



Comprobación de la hipótesis específica N° 2 : Correlación entre la continuidad en el proceso rehabilitador de los bebedores problema (cd) con el apoyo de los Centros Rehabilitadores de Alcohólicos a éstos.

Para comprobar la hipótesis específica N° 2 se estableció la correlación entre la variable dependiente (continuidad en el proceso rehabilitador) y la variable independiente analizada (apoyo de los CRA), obteniendo un valor de 0,23 aplicando el coeficiente de correlación correspondiente. Ello significa que existe correlación entre ambas variables, aunque ésta sea baja. Es decir, se puede sostener que el apoyo de los CRA a los bebedores problema (cd) influye en la continuidad del proceso rehabilitador de éstos.

Así se corrobora lo sostenido, de que los mecanismos de cambio de los grupos de auto-ayuda significan un aporte para sus miembros en la solución de problemas.

Sin embargo, no hay que olvidar, que, como los indica la hipótesis, tal apoyo de los CRA es insuficiente (véase análisis variable independiente) y del mismo modo lo es la continuidad en el proceso rehabilitador de los bebedores problema (cd).

Por lo tanto se corrobora la hipótesis, ya que establece que dicha insuficiencia en el apoyo incidiría en la discontinuidad en el proceso rehabilitador de los bebedores problema (cd), y efectivamente es así.

A su vez, el hecho que exista relación entre ambas variables permite considerar válida la posibilidad de intervenir sobre el apoyo de los Centros Rehabilitadores de Alcohólicos para así mejorar, en alguna medida, la continuidad en el proceso rehabilitador de los bebedores problema (cd).

Hipótesis específica N° 3: "La falta de apoyo de los Centros de Salud local (CSL) para con los bebedores problemas (cd) condicionaría negativamente la continuidad en el proceso rehabilitador de éstos."

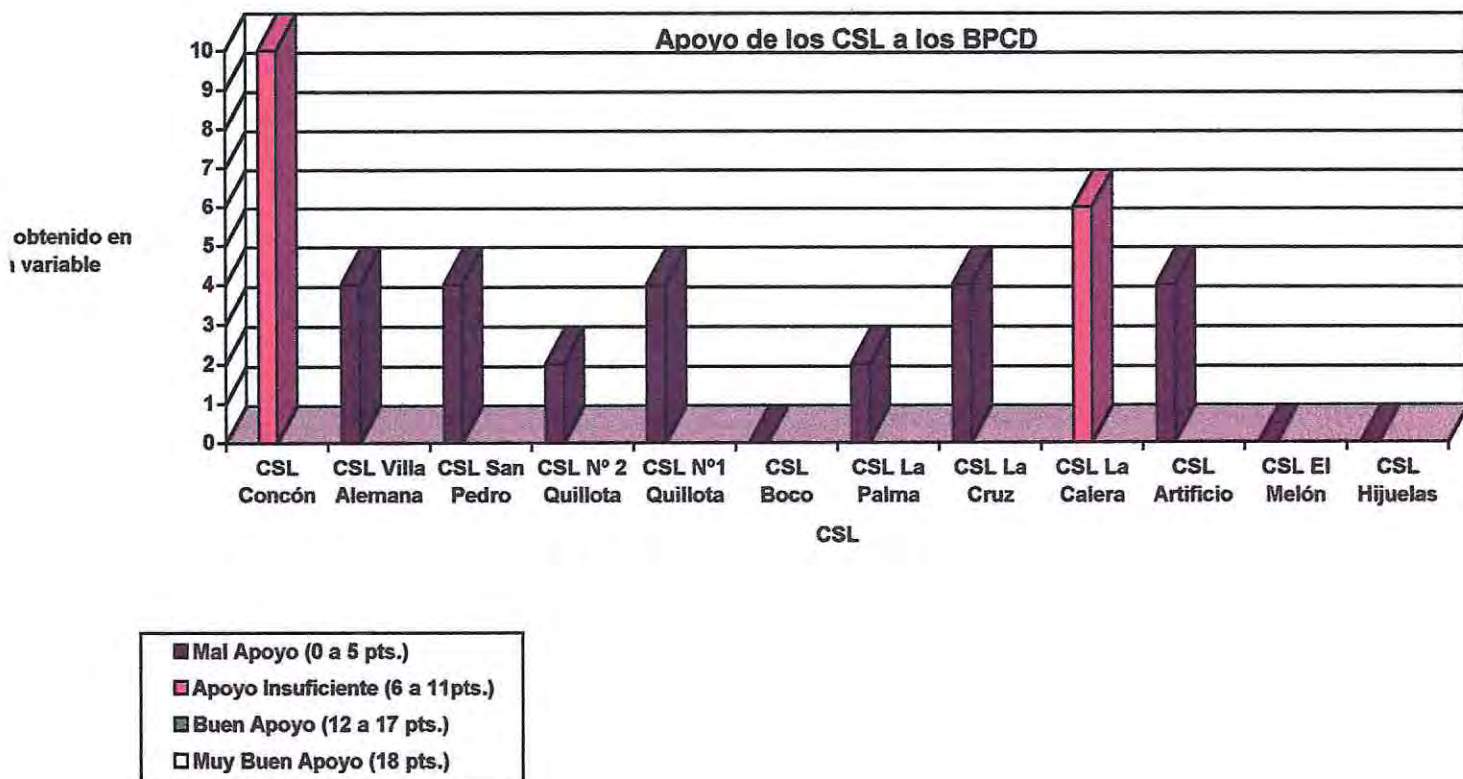
Análisis variable independiente N° 3 : "Apoyo de los Centros de Salud local a los bebedores problema (cd)".

Esta variable fue conceptualizada como el "otorgamiento de un tratamiento integral al bebedor problema realizando, además, un trabajo con la familia del bebedor problema y los Centros Rehabilitadores de Alcohólicos".

En forma global, el apoyo de los Centros de Salud se evalúa como malo, ya que el valor promedio obtenido entre los 12 CSL es de 3,3 puntos.

La calificación del apoyo de cada uno de los CSL se gráfica de la siguiente manera :

GRÁFICO N° 6



Análisis por dimensiones :

Las dimensiones de la variable son las siguientes :

- 1.- Tratamiento integral.
- 2.- Trabajo con la familia.
- 3.- Trabajo con los CRA.

La dimensión tratamiento integral obtiene un valor promedio de 2 puntos, lo que significa que el tratamiento y seguimiento médico, psicológico y social del bebedor problema (cd) es insuficiente.

Cabe señalar que la cobertura de éste tratamiento en cada uno de sus aspectos (médico, psicológico y social) es mala, ya que ningún Centro de Salud local alcanza atender en ningún aspecto más de 24% de los bebedores problema (cd) correspondientes a su sector (5% de la población mayores de 15 años asignada al consultorio). El tratamiento médico alcanza entre un 1% a 5% en cobertura en 11 Centros de Salud - siendo el aspecto que mayor cobertura tiene -, sobresaliendo solamente el Consultorio de La Cruz que alcanza atender a un 18% de los bebedores problema estimados en su sector.

En cuanto al trabajo con la familia, éste es francamente inexistente o malo, siendo el promedio de la dimensión 0,3 puntos. Solamente Artificio y Concón obtienen una valoración de insuficiente trabajo familiar con 2 puntos. Es decir, no existe - o es casi inexistente - el trabajo social y el servicio terapéutico para la familia del bebedor problema (cd) en los CSL.

El trabajo con los Centros Rehabilitadores de Alcohólicos también es evaluado como malo (valor promedio :1,0 punto). No obstante, sobresalen el Hospital de La Calera y el Consultorio de Concón, pues su trabajo con los CRA es calificado como bueno (4 puntos). Cabe aclarar que en el momento en que se realiza el estudio, el Hospital de La Calera recién comienza a implementar un programa de acercamiento al CRA de La Calera, lo que lleva a diferencias en la percepción de la prestación de asesoría profesional entre el Hospital y el CRA (veáse Caracterización de los CRA). Villa Alemana y La Palma ejecutan un trabajo calificado como insuficiente y, en los demás CSL, simplemente, no existe un trabajo con los CRA.

En cuanto a los resultados obtenidos de la encuesta cualitativa a siete bebedores problema (cd) y sus respectivas familias acerca del apoyo de los CSL a la rehabilitación, se puede sostener lo siguiente : el apoyo destacado por algunos sujetos es la atención médica y la entrega de medicamentos en forma gratuita. El testimonio más positivo dice lo siguiente :

"Los pocos médicos que tratan este problema tratan a todos los bebedores y ayudan. Y dan apoyo moral. Se me grabaron las palabras del médico, le tengo cariño. Me mandó a un psicólogo (psiquiatra) y quede como nuevo. Es un gran apoyo, los médicos, el consultorio. Al menos estoy muy agradecido porque ésta es una enfermedad, por Dios, que cuesta salir". O.G.,CRA "La amistad", Peñablanca.

El descontento, que se manifiesta, se relaciona principalmente con la falta de apoyo a los CRA, la falta de trabajo con la familia, la falta de atención psicológica, la falta de profesionales en general, falta de recursos, y voluntad para trabajar con el problema. También algunos bebedores problema (cd) manifiestan que no consideran necesaria la ayuda de los Centros de Salud, ya que tiene mayor importancia el apoyo de los CRA para su rehabilitación.

La siguiente opinión de una hija de un bebedor problema en rehabilitación refleja lo expuesto:

"Por lo que he visto, lo que me ha contado (el padre) , el Club le ha ayudado más que los médicos, y a nosotros también. Deberían orientar a la familia, porque a mí, no sabía que hacer. A veces los médicos no están muy orientados para ayudar a la familia. A mi papá le ayudaron de cierta forma, pero el tuvo más voluntad. Debería haber un psicólogo que orienta, por que ellos sí son buenos. Uno no sabe que hacer." (hija O.G., Peñablanca).

Otro testimonio que dice relación con el trabajo con los CRA por parte de los Centros de Salud local :

"Antes el Centro de Salud se ponía la camiseta por el enfermo. Ahora creemos que no es tan así. En ese tiempo nos enseñaban todo de la enfermedad. Ahora con lo que pasa en el Club (falta de contacto permanente con los CSL) creemos que la disposición no es la misma". (J.V., La Calera).

Comprobación de la hipótesis específica N°3 : Correlación entre la continuidad en el proceso rehabilitador del bebedor problema (cd) y el apoyo del Centro de Salud local a éste.

La correlación entre la variable dependiente y la variable independiente N° 3 es muy baja (valor coeficiente 0,1).

Es decir, existe una relación muy baja entre el apoyo que prestan los CSL y la continuidad en el proceso rehabilitador de los bebedores problema (cd).

Por consiguiente, y en relación a la hipótesis se puede confirmar que :

a) existe una falta de apoyo de los CSL a los bebedores problema, como fue comprobado en el análisis de la variable N° 3.

b) esta falta de apoyo condiciona, negativamente, la continuidad en el proceso rehabilitador de los bebedores problema (cd).

El bajo valor de la correlación se podría explicar por los mismos datos del análisis de la variable : si los bebedores problema (cd) y la familia y el CRA tienen poco contacto real con los Centros de Salud local, es difícil que haya una incidencia mayor del apoyo que brindan los CSL (por lo mínimo que sea) en la continuidad en el proceso rehabilitador.

Hipótesis específica N° 4: "La carencia de coordinación en la red social de apoyo al bebedor problema incidiría en la falta de continuidad en el proceso rehabilitador del bebedor problema".

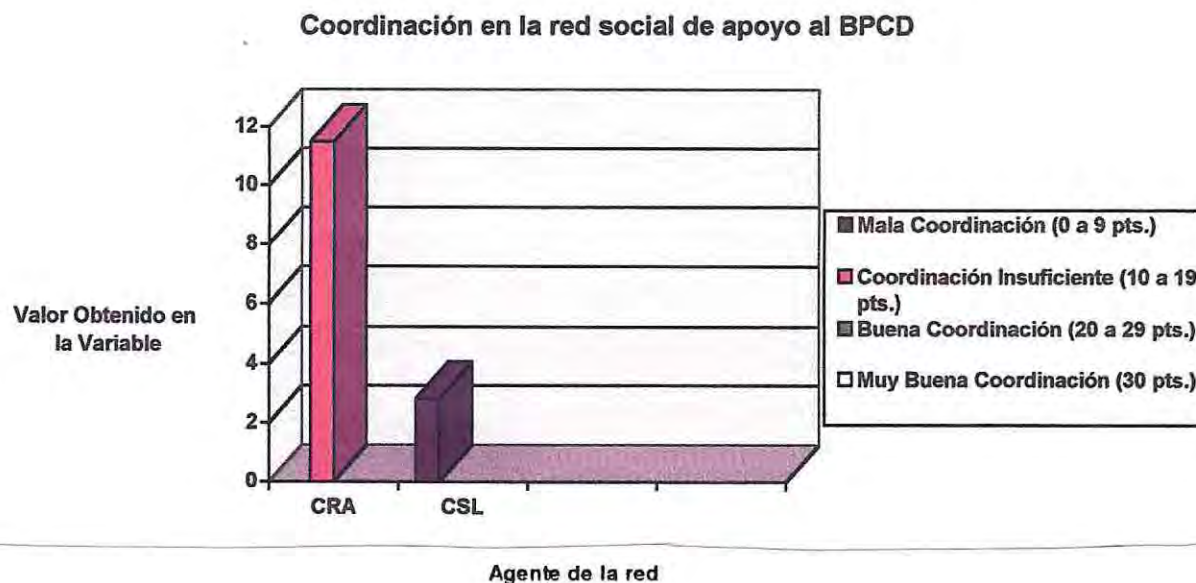
Análisis de la variable independiente N° 4 : "Coordinación en la red de apoyo al bebedor problema (cd) en proceso de rehabilitación."

Esta variable es conceptualizada como "la acción concentrada de diferentes entidades, sin pérdida de sus respectivas características de organización, con vistas a conseguir la rehabilitación del bebedor problema."

Esta variable obtiene en forma global el valor promedio de 7,17 puntos, que, según la clasificación, indica una carencia o mala coordinación en la red social de apoyo al bebedor problema (cd).

Es importante señalar que esta variable fue medida a través de encuestas a los CRA y a los CSL por lo que se obtuvo valores diferentes según unidad de análisis.

Así, los resultados obtenidos mediante la investigación de los CRA señalan que existe una coordinación insuficiente en la red social de apoyo por parte de ellos (valor promedio 11,5 puntos). Los datos de los Centros de Salud local, por lo contrario, demuestran una clara carencia de coordinación respecto a la red social de apoyo al bebedor problema (cd) (valor promedio 2,83).



Análisis por dimensiones.

La variable posee cinco dimensiones :

- 1.- Coordinación del Centro de Salud local con la familia de los BPCD.
- 2.- Coordinación de los Centros de Salud local con los Centros Rehabilitadores de Alcohólicos.
- 3.- Coordinación de los Centros Rehabilitadores Alcohólicos con los Centros de Salud local.
- 4.- Coordinación entre los Centros Rehabilitadores de Alcohólicos y la familia.
- 5.- Red social de apoyo al bebedor problema (cd) en las localidades en estudio.

La coordinación de los Centros de Salud local con la familia es carente o mala (valor : 0,5 puntos). Solamente tres Consultorios demuestran coordinación insuficiente (Artificio, La Cruz y Con Con), mientras en los otros Centros la coordinación es inexistente.

La coordinación de los Centros de Salud local con los CRA también es carente o mala con un valor de 1,2 puntos. Sin embargo, los Centros de Salud local de Calera, Villa Alemana y Con Con presentan una buena coordinación con su respectivo CRA.

La Coordinación de los CRA con los CSL se evalúa como buena, con un valor de 4 puntos, obteniendo cada uno de los CRA el mismo puntaje. De este resultado, comparado con el anterior, que se refiere a la misma relación o coordinación, se desprende que existen mayores intentos de coordinación por parte de los Centros Rehabilitadores de Alcohólicos hacia los Centros de Salud local que viceversa.

La coordinación entre el CRA y la familia es buena, con puntaje promedio cuatro, obteniendo cada uno de los CRA el mismo resultado.

La red social de apoyo al bebedor problema que existe por parte de los CSL con otras entidades locales es mala o inexistente (1,2 puntos), y la de los CRA insuficiente con 3,5 puntos.

Se comprende, por ende, que no solamente falta coordinación entre las entidades que están directamente relacionadas con el proceso rehabilitador de los BPCD, sino también, que la coordinación con otras organizaciones locales en relación al tema es casi nula.

Existe, entonces, una carencia de coordinación en la red social de apoyo al bebedor problema (cd) en proceso de rehabilitación.

Contrastación de la hipótesis específica N°4 : Correlación entre la coordinación en la red social de apoyo al bebedor problema (cd) y la continuidad en el proceso rehabilitador de éste.

Existen una correlación baja entre la continuidad en el proceso rehabilitador y la coordinación en la red social de apoyo (valor coeficiente : 0,2).

Dado que la coordinación en la red social efectivamente - como lo indica la hipótesis - es carente, y la continuidad en el proceso rehabilitador insuficiente, se puede afirmar que la carencia de coordinación en la red social de apoyo incide en la falta de continuidad en el proceso rehabilitador, lo que comprueba la hipótesis.

El bajo valor de la correlación, al igual que en la hipótesis anterior, se explicaría por la relación laxa entre las entidades que integran la red con el BPCD, lo que llevaría a una incidencia entre ambas variables de poca magnitud.

SÍNTESIS DIAGNÓSTICA

Concluido el proceso de investigación y en relación al problema que motivo el estudio, "falta de continuidad en el proceso rehabilitador para los bebedores problema (cd)", se detectó que esta falta de continuidad, realmente, es tal en las 35 personas objeto de estudio, lo cual se expresa sobre todo en los aspectos de preocupación por problemas psicológicos y de reintegración al medio social.

En relación a los objetivos de investigación se obtuvo los siguientes hallazgos:

1.- Hay una buena percepción por parte del bebedor problema acerca del compromiso que asume su familia frente al proceso rehabilitador. Asimismo, el compromiso que asume la familia en los aspectos de unión de fuerzas, apoyo incondicional y responsabilidad asumida es el adecuado para favorecer la continuidad en el proceso rehabilitador.

2.- Se detectó que el apoyo que brindan los Centros Rehabilitadores de Alcohólicos a los bebedores problema en proceso de rehabilitación es insuficiente, principalmente, en lo que respecta a la realización de actividades para un buen uso del tiempo libre y de reinserción social. Sin embargo, la percepción del BPCD acerca del apoyo que entregan los CRA a su proceso rehabilitador, es buena.

3.- Los Centros de Salud local no prestan apoyo a los BPCD en su rehabilitación, sin preocuparse por entregar un tratamiento integral a los BPCD, ni trabajando con la familia o los CRA en forma efectiva. Lo anterior concuerda con las aseveraciones expresadas por los BPCD y su familia en relación a los CSL.

4.- Se comprobó que no existe coordinación entre los agentes que debieran prestar apoyo a los BPCD en su proceso rehabilitador, siendo las actividades de coordinación por parte de los CRA insuficientes y las de los CSL, sencillamente, inexistentes.

En relación a la hipótesis específica N° 1 "el insuficiente compromiso familiar con el BPCD incorporado a un CRA favorecería la discontinuidad en el proceso rehabilitador", y, a través de la investigación explicativa se demostró que el compromiso familiar no era insuficiente, sino bueno. No obstante esto, aun existiendo compromiso

familiar, éste no incide en el proceso rehabilitador, lo que lleva a refutar la hipótesis planteada.

La hipótesis específica N° 2 " el insuficiente apoyo que prestan los CRA al BPCD incidiría en la discontinuidad en el proceso rehabilitador", se comprobó puesto que hay un insuficiente apoyo de los CRA incidiendo, a su vez, en la discontinuidad en el proceso rehabilitador del BPCD.

La hipótesis específica N°3 "la falta de apoyo de los CSL para con los bebedores problema (cd), condicionaría negativamente la continuidad en el proceso rehabilitador de éstos", y luego de la investigación explicativa se pudo comprobar que efectivamente los CSL no prestan apoyo, condicionando negativamente la continuidad en el proceso rehabilitador del BPCD.

Finalmente, la hipótesis específica N°4 "la carencia de coordinación en la red social de apoyo al BPCD incidiría en la falta de continuidad en el proceso rehabilitador", también se comprobó, ampliamente, existiendo una carencia en la coordinación en la red de apoyo y ésto incide en la falta de continuidad en el proceso rehabilitador del BPCD.

En consecuencia se puede sostener, que la hipótesis central del presente estudio "la inexistencia de una red social funcional de apoyo afectaría la continuidad del proceso rehabilitador del BPCD integrado a un Centro Rehabilitador de Alcohólicos correspondiente a la jurisdicción del Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota", se corroboró; ya que a través del análisis de las hipótesis derivadas se demostró tres de los elementos que forman parte de la red social de apoyo - apoyo de los CRA, apoyo de los CSL y la coordinación en la red - son insuficientes o carentes, lo que lleva a que la red social de apoyo en torno al BPCD no sea funcional.

Conclusiones.

Las características diagnósticas de la red social de apoyo a los bebedores problema (cd) que servirían de sustento a una futura intervención serían las siguientes :

- el colectivo de los BPCD es homogéneo en cuanto a sexo, edad, nivel de instrucción formal, actividad laboral, ingreso familiar per capita y tamaño del grupo familiar lo que favorece por una parte el trabajo grupal y la repetición de la experiencia en otros CRA con los cuales no se trabajará directamente. Es importante destacar que en el colectivo se da una preocupación por los problemas económicos lo que demuestra que existe por parte de los BPCD cierta responsabilidad por algunos aspectos de su vida que bien pueden ser tomados como un punto de partida en un proceso rehabilitador integral.

- por parte de la familia se observa un compromiso con el miembro bebedor problema (cd), lo que es un importante recurso ya que su participación favorece la estabilidad del CRA y una futura intervención profesional con éstos.

- en relación a los CRA cabe destacar principalmente su labor educativa en la temática del beber problema lo que representa un aporte indispensable al proceso rehabilitador del BPCD.

Sin embargo, hay otras características que demuestran las carencias en la red social de apoyo al BPCD :

- poca cantidad BPCD en los CRA lo que implica que la acción rehabilitadora que los CRA entregan no sea una respuesta eficiente a la problemática del beber problema.

- en cuanto al proceso rehabilitador de los BPCD, miembros de los CRA, se demuestra una falta de preocupación por lo que son los problemas psicológicos y la reintegración social del BPCD, lo que significa que el aspecto psicosocial de la rehabilitación no es abordado suficientemente.

- no obstante existir un compromiso familiar, éste no incidiría en el proceso rehabilitador BPCD, lo que demuestra que el sólo apoyo de la familia no es suficiente, y que ella, también, requiere del apoyo de los otros agentes de la red social.

- en relación al CRA queda de manifiesto la carencia o insuficiencia en la realización de actividades que permitan al BPCD hacer buen uso de su tiempo libre y de reinsertarlo socialmente, en especial lo que se refiere al refuerzo de las relaciones laborales.

- por parte de los CSL no existe apoyo a la continuidad en el proceso rehabilitador ya que tanto el tratamiento integral, el trabajo con la familia como el trabajo con los CRA casi no se realiza.

- por último no existe coordinación en esta red social de apoyo al BPCD y su familia.

En consecuencia, se puede concluir que de mantenerse estos factores adversos la existencia de la red social de apoyo al BPCD y por ende la posibilidad de contribuir por parte de la comunidad organizada al proceso rehabilitador de los BPCD, se vería amenazada.

Prognosis

De no mediar una intervención profesional en cada uno de los elementos de la red social de apoyo, -compromiso familiar, apoyo de los CRA, apoyo de los CSL y coordinación de la red - ésta no sería funcional en su apoyo al BPCD, y además se pondría en riesgo su existencia ya que el esfuerzo de los agentes de la red quedaría aislado, por lo que la continuidad e integralidad del proceso rehabilitador se frustraría.

Previsión tecnológica

El desarrollo de un programa integral dirigido a los agentes que forman parte de la red social de apoyo al bebedor problema y su familia, que contemple la implementación de un proyecto, con dos subproyectos, que apunta a lograr funcionalidad en la red social, mejorando, además, el apoyo de los CRA y de los CSL utilizando una estrategia de trabajo conjunto (taller); fomentaría la continuidad en el proceso rehabilitador y con esto la rehabilitación integral del BPCD.

PROGRAMACIÓN

FUNDAMENTACIÓN

De acuerdo a los antecedentes recogidos en el diagnóstico social de la red social de apoyo a los bebedores problema (cd), se hace necesario que cada uno de los agentes que conforman dicha red preste un apoyo suficiente y que exista, además, una coordinación adecuada entre estos agentes para que la red social sea funcional. De tal forma, se contribuirá a la continuidad en el proceso rehabilitador para favorecer la rehabilitación integral de los bebedores problema con dependencia.

En base a lo anterior, la acción profesional de Servicio Social se torna de primera importancia. Dicha acción debe ser integral de modo de actuar sobre los distintos componentes de la red social, donde se centran las carencias que repercuten, directamente, en el proceso rehabilitador de los bebedores problema (cd).

Especificando los resultados encontrados en el diagnóstico, en cada uno de los agentes de la red social de apoyo, se observa que el compromiso familiar, como primer elemento de la red, es bueno sin afectar, positivamente, a la rehabilitación de su miembro bebedor problema en recuperación. Esto lleva a no considerar necesaria una intervención directa con la familia, sino integrarla a la acción de los Centros Rehabilitadores de Alcohólicos y los Centros de Salud local, pues queda demostrado que la acción de un agente, por sí solo, no es suficiente.

Por su parte, los Centros Rehabilitadores de Alcohólicos denotan deficiencias en lo que respecta a la realización de actividades que permitan a los socios hacer buen uso de su tiempo libre, como también en relación a la reinserción social de sus miembros. Este último punto concuerda con la falta de integración al medio social de los bebedores problema (cd) en su proceso rehabilitador, y debe ser reforzado por los CRA al igual que el aspecto de la preocupación por problemas psicológicos que se ve deficitario en la rehabilitación.

Asimismo, es importante la intervención a nivel de los Centros de Salud local, puesto que éstos manifiestan insuficiencias en lo que se refiere a tratamiento integral, trabajo con la familia y trabajo con los CRA.

Sin embargo, lo más importante parece ser la creación de puentes o canales de coordinación expeditos entre estos agentes, ya que cada uno de ellos puede aportar a

subsana las debilidades de los otros para así potenciarse mutuamente. Esto implica trabajar desde los recursos con lo que cada uno de los agentes contribuye a la rehabilitación, creándose entre ellos una red social funcional que, a la vez, sirva de base para conectarse con otros organismos de la comunidad en favor de la rehabilitación integral del bebedor problema (cd).

Considerando lo que señala la prognosis "de no mediar una intervención profesional en cada uno de los elementos de la red social de apoyo (compromiso familiar, apoyo de los CRA, apoyo de los CSL y coordinación en la red) ésta no sería funcional en su apoyo al bebedor problema (cd) y, además, se pondría en riesgo su existencia, ya que el esfuerzo de los agentes de la red quedaría aislado, por lo que la continuidad e integralidad del proceso rehabilitador se frustrarían".

De acuerdo a lo señalado, se hace imprescindible implementar instancias que por una parte, actúan sobre las carencias de los agentes de la red social y por otra promuevan su integración a la red, para que ésta sea coordinada y funcional al apoyo en el proceso rehabilitador de los bebedores problema (cd).

Los elementos que interrelacionan las actividades de intervención serán : la socio-educación, acerca del sentido del proceso rehabilitador como un proceso de desarrollo personal (incluyendo los aspectos psicológicos y sociales) y la coordinación en la red.

Por consiguiente, el programa cuenta con dos proyectos paralelos, uno dirigido a reforzar el apoyo que entregan los CRA, y otro, que apunta a lograr funcionalidad en la red social de apoyo al bebedor problema(cd). El primero se divide, a su vez, en dos subproyectos similares; pero dirigidos a dos CRA de localidades diferentes: el CRA "La Amistad" de Peñablanca y el CRA "El Esfuerzo" de La Calera.

El proyecto de la red, que consiste en jornadas de trabajo tipo taller con el fin de generar una red social funcional de apoyo al BPCD miembro de un CRA, esta dirigido a todos los agentes que forman parte de la red :

- CRA "Estrella de la Costa" de ConCón,"La Amistad" de Peñablanca, "Renacer" de Quillota y "El Esfuerzo" de La Calera.
- Delegaciones de familiares de los CRA mencionados.
- Consultorio de Concón

Consultorio de Villa Alemana
Consultorio de San Pedro
Consultorio N°2 de Quillota
Consultorio N°1 de Quillota
Consultorio de Boco
Consultorio de La Palma
Consultorio de La Cruz
Hospital de La Calera
Consultorio de Artificio
Consultorio de El Melón
Consultorio de Hijuelas.

Todos los agentes enunciados anteriormente participarían en la jornada. En el caso de los CRA las directivas; por los familiares de cada CRA una delegación y, por parte de los CSL, los encargados del programa del beber problema. El apoyo de los CSL, solamente, se refuerza a través del proyecto de la red, ya que aquellos no requieren de asesoría adicional para mejorar este apoyo.

El proyecto de los Centros Rehabilitadores de Alcohólicos, es implementado con dos subproyectos socio-educativos grupales y de asesoría en el CRA "La Amistad" de Peñablanca y en el CRA "El Esfuerzo" de La Calera, seleccionados porque, según la investigación, son los que más requieren de apoyo externo.

Al respecto cabe agregar, que en lo relativo a los objetivos específicos cuantificados de los subproyectos de los CRA, se utiliza el valor 66,6%, por que se considera que para alcanzar la categoría de muy bueno es necesario que en la medición se obtenga el valor máximo (100%), siendo el valor 66,6% el valor mínimo para el nivel de bueno estimado como óptimo

DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA

El programa depende en forma directa de la Unidad de Alcohol y Drogas, subordinada a su vez, a la Unidad de Salud Mental del Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota.

OBJETIVOS DEL PROGRAMA

A. Propósito

Contribuir a la continuidad en el proceso rehabilitador tendiente a una rehabilitación integral de los bebedores problema (cd), miembros de un CRA correspondiente a la jurisdicción del Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota.

B. Objetivo General.

Generar una red social funcional de apoyo a los bebedores problema (cd) y a sus familias, miembros de un CRA correspondiente a la jurisdicción del Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota, que contribuya a la continuidad en el proceso rehabilitador de aquellos.

C. Objetivos Específicos.

1.- Lograr que el apoyo de los Centros Rehabilitadores de Alcohólicos "La Amistad" de Peñablanca y "El Esfuerzo" de La Calera posibilite la continuidad en el proceso rehabilitador por parte de sus miembros bebedores problema (cd)

2.- Integrar a los agentes centrales - delegación de familiares, CRA y CSL de la localidades de Concón, Peñablanca, Quillota, La Calera - en una red social funcional de apoyo al bebedor problema (cd) en cada localidad.

Técnicas

Las técnicas a utilizar, principalmente, son : educativas, de motivación y de planificación. Serán detalladas en cada uno de los proyectos en que se divide el presente programa.

Recursos

El presente programa forma parte de un compromiso entre el Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota y la Escuela de Servicio Social de la Universidad de Valparaíso, razón por la cual los recursos utilizados provienen de dichas instituciones. Para una mayor operatividad serán detallados en cada uno de los proyectos que forman parte del programa.

Población beneficiaria.

La población directamente beneficiada mediante la aplicación del programa son los bebedores problema (cd) miembros de los CRA de Concón, Peñablanca, Quillota y La Calera; sus familias, profesionales y monitores que asesoran a estos Centros; más, los profesionales de los Centros de Salud local encargados del Programa del Beber Problema de las localidades mencionadas.

Responsables.

La responsabilidad del programa es asumida por el equipo seminarista.

Tiempo.

El tiempo a utilizar en la aplicación del presente programa es de 10 semanas las cuales se extienden del día Jueves 28 de Septiembre hasta el día Viernes 1 de Diciembre 1995.

Sistema de Control y Evaluación.

Se utilizan los criterios de proceso y producto de Guillermo Briones, detallados en cada uno de los proyectos contenidos en el programa. En relación a la metodología de evaluación, ésta se efectúa por actividades, objetivos y proyectos a través de evaluaciones parciales y finales, con y sin los participantes de los proyectos aplicando instrumentos para mediciones cuantitativas y cualitativas.

Estrategia.

Tomando en consideración los resultados del diagnóstico, los recursos institucionales disponibles y el tiempo que tomará el desarrollo del programa, se estima conveniente, viable y atingente aprovechar los recursos existentes en cada uno de los agentes de la red reforzándolos y canalizándolos para lograr que - a través del apoyo mutuo - la red sea funcional posibilitando así la continuidad en el proceso rehabilitador y la rehabilitación integral de los bebedores problema(cd).

Por consiguiente, para implementar una intervención en red se utilizará la estrategia de trabajo en conjunto entre los diversos agentes que forman parte de la red social de apoyo al BPCD. Para tal efecto, se empleará una intervención tipo taller de cuatro sesiones, en las cuales se abordarán los temas centrales del presente programa, estructurado en exposiciones y discusiones conjuntas; con el objeto de que los propios participantes formulen estrategias de acción en red, dirigidas hacia :

- un tratamiento integral y trabajo con la familia, funcional al proceso rehabilitador,
- mejoramiento del apoyo de los CRA al BPCD
- integración entre CRA y CSL y
- coordinación en la red.

PROYECTO N° 1 : El CRA como instancia de crecimiento.

El Proyecto N° 1 será ejecutado paralelamente por el equipo seminarista en los grupos de beneficiarios establecidos en los subproyectos .

SUBPROYECTO N° 1 : El CRA "La Amistad" de Peñablanca como instancia de crecimiento.**Objetivos.**Objetivo General.

Lograr que el apoyo del Centros Rehabilitadores de Alcohólicos "La Amistad" de Peñablanca posibilite la continuidad en el proceso rehabilitador por parte de sus miembros bebedores problema (cd).

Objetivo específico N°1 :

Motivar a los familiares que participan en el CRA "La Amistad" de Peñablanca para que organicen una delegación de familiares destinadas a las relaciones externas del CRA.

Objetivo específico N° 2 :

Capacitar a los miembros del CRA "La Amistad" de Peñablanca en la formulación de un plan de trabajo, para hacer buen uso del tiempo libre, según los intereses de sus miembros.

Objetivo específico N° 3 :

Capacitar a los miembros BPCD del CRA "La Amistad" de Peñablanca, de modo que reconozcan en un 66,6% la importancia de su Salud Mental y atención de problemas psicológicos.

Objetivo específico N° 4 :

Capacitar a los miembros del CRA "La Amistad" de Peñablanca en la formulación de estrategias de acción para la reinserción laboral que incluyan la creación de una bolsa de trabajo y vinculaciones para acceder a capacitación laboral, según las necesidades de los miembros.

Actividades :

- 1.1.- Sesión socio - educativa para sensibilizar respecto a la organización de una delegación de familiares.
- 1.2.- Sesión socio-educativa y asesoría, en relación a elementos teóricos-prácticos para la elaboración de un programa orientado al buen uso del tiempo libre.
- 1.3.- Sesión socio-educativa en relación a conceptos, dimensiones de la Salud Mental y los conductos para obtener atención psicológica.
- 1.4.- Sesión socio-educativa y asesoría en relación a la formulación de estrategias de acción generando una bolsa de trabajo y las vinculaciones necesarias para acceder a capacitación laboral.
- 1.5.- Sesión evaluativa.

Técnicas

- 1.1.- Dinámicas de presentación.
 - Exposición de contenidos.
 - Discusión grupal.
- 1.2.- Dinámicas de presentación.
 - Charla expositiva.
 - Asignación de tareas.
 - Discusión grupal.
- 1.3.- Dinámicas de presentación.
 - Charla expositiva.
 - Asignación de tareas.

Discusión grupal.

1.4 Charla Expositiva.

Discusión grupal.

Recursos

A.- Recursos materiales : - sala de reuniones implementada.

- material fungible.

B.- Recursos humanos: - encargado del programa del Beber Problema del CSL respectivo.

- equipo de profesionales de la Unidad de Alcohol y Drogas .

- equipo de seminaristas.

Costos

Costo del Subproyecto N° 1

Ítem	Valor
- Papel Kraft	- \$ 200.-
- Lápices	- \$ 400.-
- 30 fotocopias	- \$ 900.-
- movilización	- \$ 2.200.-
Total	- \$ 3.700.-

Tiempo

Los tiempos que se ocupan para las distintas actividades se aprecian en la siguiente tabla Gantt.

Tabla Gantt N°1

Actividades	2/10 a 8/10 y del 9/10al 15/10	16/10 al 22/10	23/10 al 29/10	30/10 al 05/11	06/11 al 12/11	13/11 al 19/11	20/11 al 26/11	27/11 al 01/12
Coordina.	-----	-----*						
N°1		-----						
N°2			-----*	-----*	-----*	-----*	-----*	-----*
N°3					-----*	-----*	-----*	-----*
N°4				-----*				
Evaluativa								-----

- * Control

Día de reunión : Cada domingo a las 17.00 horas.

Beneficiarios : Miembros del CRA "La Amistad" de Peñablanca.

Criterios de Evaluación.

1.-Existencia de delegación de familiares.

Funcionamiento de delegación de familiares (Relaciones externas con otras organizaciones y personas).

2.-Confeción del programa.

Calidad del programa (posee : objetivos, actividades, recursos, tiempos y criterios de evaluación congruentes entre sí).

Inicio en la ejecución del programa.

3.-Compromiso de participación del encargado del programa BP del CSL Villa Alemana en sesión socio - educativa.

Grado de conocimiento de los problemas psicológicos en el BPCD.

Grado de conocimiento de los conductos para acceder a atención psicológica.

4.-Confeción del programa.

Calidad del programa (posee : objetivos, actividades, recursos, tiempos y criterios de evaluación congruentes entre sí).

Inicio de la ejecución del programa.

5.-Criterios de producto y proceso de G. Briones.

Técnicas de Evaluación.

Observación estructurada.

Técnicas cualitativas.

Observación simple.

Cuestionario cerrado.

Cuestionario abierto.

Evaluaciones parciales.

Entrevista grupal de evaluación.

Sistema de Control y Registro

Registro Asistencia.

Tabla Gantt.

Registro Asistencia al Proyecto N° 2.

Registro de actividades diarias

SUBPROYECTO N° 2 : El CRA "El Esfuerzo" de La Calera como instancia de crecimiento.

Objetivos.

Objetivo General.

Lograr que el apoyo del Centros Rehabilitadores de Alcohólicos "El Esfuerzo" de La Calera posibilite la continuidad en el proceso rehabilitador por parte de sus miembros bebedores problema (cd).

Objetivo específico N°1 :

Motivar a los familiares que participan en el CRA "El Esfuerzo" de La Calera para que organicen una delegación de familiares destinadas a las relaciones externas del CRA.

Objetivo específico N° 2 :

Capacitar a los miembros del CRA "El Esfuerzo" de La Calera en la formulación de un plan de trabajo, para hacer buen uso del tiempo libre, según los intereses de sus miembros.

Objetivo específico N° 3 :

Capacitar a los miembros BPCD del CRA "El Esfuerzo" de La Calera, de modo que reconozcan en un 66,6% la importancia de su Salud Mental y atención de problemas psicológicos.

Objetivo específico N° 4 :

Capacitar a los miembros del CRA "El Esfuerzo" de La Calera en la formulación de estrategias de acción para la reinserción laboral que incluyan la creación de una bolsa de trabajo y vinculaciones para acceder a capacitación laboral, según las necesidades de los miembros.

Actividades :

- 1.1.- Sesión socio-educativa para sensibilizar respecto a la organización de una delegación de familiares.
- 1.2.- Sesión socio-educativa y asesoría, en relación a elementos teóricos-prácticos para la elaboración de un programa orientado al buen uso del tiempo libre.
- 1.3.- Sesión socio-educativa en relación a conceptos, dimensiones de la Salud Mental y los conductos para obtener atención psicológica.
- 1.4.- Sesión socio-educativa y asesoría en relación a la formulación de estrategias de acción generando una bolsa de trabajo y las vinculaciones necesarias para acceder a capacitación laboral.
- 1.5.- Sesión evaluativa.

Técnicas

- 1.1.- Dinámicas de presentación.
 - Exposición de contenidos.
 - Discusión grupal.
- 1.2.- Dinámicas de presentación.
 - Charla expositiva.
 - Asignación de tareas.
 - Discusión grupal.
- 1.3.- Dinámicas de presentación.
 - Charla expositiva.
 - Asignación de tareas.
 - Discusión grupal.
- 1.4.- Dinámicas de presentación.
 - Charla expositiva.
 - Discusión grupal.

Recursos

A.- Recursos materiales: - sala de reuniones implementada.

- material fungible.

B.- Recursos humanos:- encargado del programa del Beber Problema del CSL respectivo.

- equipo de profesionales de la Unidad de Alcohol y Drogas .

- equipo de seminaristas.

Costos

Costo del Subproyecto N° 2

Item	Valor
-Cartulina	- \$ 300.-
- Scotch	- \$ 100.-
- Tiza	- \$ 60.-
- 45 fotocopias	- \$ 1125.-
- Movilización	- \$ 3250.-
Total	\$ 4.835.-

Tiempo

Los tiempos que se ocupan para las distintas actividades se aprecian en la siguiente tabla Gantt.

Tabla Gantt N°2

Actividades	2/10 a 8/10 y del 9/10al 15/10	16/10 al 22/10	23/10 al 29/10	30/10 al 05/11	06/11 al 12/11	13/11 al 19/11	20/11 al 26/11	27/11 al 01/12
Coordina.	-----	-----*		*				
N° 1		-----						
N°2			-----*	-----*	-----*	-----*	-----*	
N°3				-----				
N°4				*				
Evaluativa						-----*	-----*	-----*

Día de reunión : Cada Miércoles a las 19.30 horas.

Beneficiarios : Miembros del CRA "El Esfuerzo" de La Calera.

Criterios de Evaluación.

1.-Existencia de delegación de familiares.

Funcionamiento de delegación de familiares (Relaciones externas con otras organizaciones y personas).

2.-Confeción del programa.

Calidad del programa (posee : objetivos, actividades, recursos, tiempos y criterios de evaluación congruentes entre sí).

Inicio en la ejecución del programa.

3.-Compromiso de participación del encargado del programa BP del CSL La Calera en sesión socio - educativa.

Grado de conocimiento de los problemas psicológicos en el BPCD.

Grado de conocimiento de los conductos para acceder a atención psicológica.

4.-Confeción del programa.

Calidad del programa (posee : objetivos, actividades, recursos, tiempos y criterios de evaluación congruentes entre sí).

Inicio de la ejecución del programa.

5.-Criterios de producto y proceso de G. Briones.

Técnicas de Evaluación.

Observación estructurada.

Técnicas cualitativas.

Observación simple.

Cuestionario cerrado.

Cuestionario abierto.

Evaluaciones parciales.

Entrevista grupal de evaluación.

Sistema de Control y Registro

Registro Asistencia.

Tabla Gantt.

Registro Asistencia al Proyecto N° 2.

Registro de actividades diarias

PROYECTO N° 2 La red social : un recurso de apoyo entre organizaciones que trabajan con el bebedor problema (cd).

Objetivos.

Objetivo general.

Integrar a los agentes centrales - delegaciones de familiares, CRA y CSL de las localidades de Concón, Peñablanca, Quillota y La Calera - en una red social funcional de apoyo al BPCD en cada localidad.

Objetivo específico N°1 :

Motivar a las delegaciones de familiares, a las directivas de los CRA y a los encargados de los programas para el BP de los CSL, para que consigan un trabajo conjunto en apoyo al bebedor problema.

Objetivo específico N°2 :

Elaborar en conjunto con las delegaciones familiares, con los representantes de los CRA, y los encargados de los programas para el beber problema de los CSL, líneas de acción para un tratamiento integral y trabajo con la familia, funcional al proceso rehabilitador.

Objetivo específico N°3 :

Favorecer la coordinación entre los CRA y los CSL de cada localidad para que encuentren puntos comunes de trabajo y establezcan estrategias de acciones conjuntas proyectadas en el tiempo.

Actividades

Taller de integración entre los diferentes agentes de la red social de apoyo al bebedor problema, estructurado en cuatro sesiones de 2 horas cada una.

Diagrama de sesiones.

1.- Sesión N°1:

- Actividades :
- 1.- Presentación de los participantes y de sus respectivas organizaciones.
 - 2.- Exposición del tema : La rehabilitación del BPCD como proceso de desarrollo personal.
 - 3.- Trabajo temático : Tratamiento integral y trabajo con la familia.
 - a) Talleres para establecer líneas de acción.
 - b) Conclusiones.
 - 4.-Asignación de tarea :Definir el aporte específico que entrega la organización a la rehabilitación del BPCD.

2.- Sesión N°2:

- Actividades :
- 1.- Exposición del aporte que entrega cada organización a la rehabilitación de los BPCD.
 - 2.- Autodiagnóstico.
 - a) CRA : Análisis de fortalezas y debilidades como grupo de auto-ayuda.
 - b) CSL : Análisis aciertos y desaciertos como agentes fundamentales en la rehabilitación..
 - c) Presentación de los diagnósticos y proyecciones conjuntas en apoyo mutuo.
 - 3.- Asignación de tarea : Definición de las necesidades de apoyo que tengan las diferentes organizaciones.

3.- Sesión N°3:

- Actividades :
- 1.- Exposición de las necesidades de apoyo que tengan las diferentes organizaciones.
 - 2.- Exposición socio-educativa acerca de Red social y Coordinación.
 - 3.- Trabajo grupal : Idear estrategias de colaboración y formas de coordinación.
 - a) talleres.
 - b) conclusiones y propuestas.

4.- Sesión N°4:

Sesión evaluativa.

Actividades : 1.- Evaluación de las redes locales establecidos.

2.- Evaluación del taller.

3.- Proyecciones y compromisos.

4.- Convivencia final.

Técnicas.

Las técnicas que se utilizan en el desarrollo de las sesiones son principalmente los siguientes :

- dinámicas de presentación.
- exposición de contenidos socio-educativos.
- técnicas de discusión.
- técnicas de planificación
- técnicas de evaluación
- técnica de resumen : plenario.
- asignación de tareas.

Recursos.

A) Recursos materiales : sala de reuniones implementada para 35 personas.
material fungible.
proyectora de transparencias.

B) Recursos humanos : Profesionales especializados del Ministerio de Salud y Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota.
Equipo de profesionales de la Unidad Alcohol y Drogas
Equipo de seminaristas.

Costos

Costo del Proyecto N° 2

Ítem	Valor
Material de Oficina.	
- 40 lápices pasta.	\$ 4.000.-
- 10 plumones para papel	\$ 4.000.-
- 15 pliegos de cartulina blanca.	\$ 2.250.-
- 3 pliegos de cartulina de color.	\$ 300.-
- 1 resma de hojas de oficio.	\$ 3.500.-
- 10 transparencias.	\$ 1.500.-
Insumos Coffee-Break	
- 2 tarros de café	\$ 3.650.-
- 4 kgs. de azúcar.	\$ 1.200.-
- 25 paquetes de galletas.	\$ 7.500.-
- 15 litros de bebida gaseosa.	\$ 1.500.-
- 40 vasos plásticos.	\$ 500.-
- 40 cucharas plásticas.	\$ 500.-
Movilización.	
- Aporte para el CRA Concón.	\$ 8.000.-
- Aporte para el CRA Peñablanca.	\$ 8.000.-
- Aporte para el equipo seminarista.	\$ 16.000.-
TOTAL	\$ 66.800.-

Tiempo

Las fechas en que se desarrollan las sesiones se aprecia en la siguiente tabla Gantt.

Tabla Gantt N°3

Act./	28/9- 8/10	9/10- 15/10	16/10- 22/10	23/10 29/10	30/10 05/11	6/11 12/11	13/11- 19/11	20/11- 26/11	27/11- 01/12
Coord.	-----	-----	-----	-----	-----*				
Ses.N°1						-----*			
Ses.N°2							-----*		
Ses.N°3								-----*	
Evalua.									-----*
•	*Control								

Criterios de Evaluación.

- 1.-Líneas de acción en favor de un tratamiento integral y trabajo con la familia del BPCD.
- 2.-Calidad de diagnóstico y proyecciones.
- 3.-Establecimiento de coordinaciones entre agentes centrales de cada localidad.
- 4.- Criterios de proceso y producto de G. Briones.

Técnicas de Evaluación.

Técnicas cualitativas para el análisis de resultados.

Cuestionario abierto.

Entrevista grupal cualitativa.

Sistema de Control y Registro.

Cuaderno de actividades diarias.

Registro de Asistencia.

Tabla Gantt.

Resumen de Proyectos.

En el siguiente resumen de proyectos se desarrollan los proyectos en forma sintetizada, indicando los objetivos específicos, las actividades, las técnicas, el tiempo, los recursos humanos y materiales, los beneficiarios, los criterios y técnicas de evaluación y el sistema de control y registro en forma paralela.

SUBPROYECTO N°1 : El CRA "La Amistad" de Peñablanca como instancia de crecimiento.

Objetivo general : Lograr que Centro Rehabilitador de Alcohólicos "La Amistad" de Peñablanca posibilite la continuidad en el proceso rehabilitador por parte de sus miembros bebedores problema con dependencia.

Objetivos específicos	Actividades	Técnicas	Tiempo	Recursos humanos
1.- Motivar a los familiares que participan en el CRA "La Amistad" de Peñablanca para que organicen una delegación de familiares destinada a las relaciones externas del CRA.	1.1.- Sesión socio-educativa para sensibilizar respecto de la organización de una delegación de familiares.	- Dinámica de presentación. - Exposición de contenidos. - Discusión grupal.	de 22/10/95	equipo seminarista
2.- Capacitar a los miembros del CRA "La Amistad" de Peñablanca en la formulación de un plan de trabajo, para hacer buen uso de su tiempo libre, según los intereses de los miembros.	2.1.- Sesión socio-educativa en relación a elementos teóricos-prácticos para la elaboración de un programa orientado al buen uso del tiempo libre. 2.2.- Asesoría periódica.	- Dinámica de presentación. - Charla expositiva. - Discusión grupal - Asignación de tareas.	de 29/10/95 hasta el 26/11/95	equipo seminarista
3.- Capacitar a los miembros BPCD del CRA "La Amistad" de Peñablanca, de modo que reconozcan en un 66,6% la importancia de su Salud Mental y atención de problemas psicológicos.	3.1.- Entrevista con encargado del programa para el BP del CSL Villa Alemana. 3.2.- Sesión socio-educativa en conceptos, dimensiones de la Salud Mental y los conductos para obtener atención psicológica.	Entrevista formal. - Dinámica de presentación. - Charla expositiva. - Discusión grupal. - Asignación de tareas.	hasta el 22/10/95 de 05/11/95	equipo seminarista. encargado del programa BP del CSL Villa Alemana.

Recursos materiales	Beneficiarios	Criterios de Evaluación.	Técnicas de Evaluación.	Sistema de Control y Registro
Sala de reuniones implementada. Material fungible.	Miembros del CRA "La Amistad" de Peñablanca.	Existencia de delegación de familiares. Funcionamiento de delegación de familiares (Relaciones externas con otras organizaciones y personas).	observación estructurada.	Registro Asistencia. Tabla Gantt. Registro Asistencia al Proyecto N° 2.
Sala de reuniones implementada. Material fungible.	Miembros del CRA "La Amistad" de Peñablanca.	Confección del programa. Calidad del programa (posee, objetivos, actividades, recursos, tiempos y criterios de evaluación congruentes entre sí). Inicio en la ejecución del programa.	observación estructurada. técnicas cualitativas.	Registro Asistencia Tabla Gantt.
Oficina CSL.	Miembros del CRA "La Amistad" de Peñablanca.	Compromiso de participación en sesión socio - educativa.	Observación simple.	Registro de actividades diarias Tabla Gantt.
Sala de reuniones implementada. Material fungible.		Grado de conocimiento de los problemas psicológicos en el BPCD. Grado de conocimiento de los conductos para acceder a atención psicológica.	Cuestionario cerrado. Cuestionario abierto.	Registro Asistencia. Tabla Gantt.

Objetivos específicos.	Actividades	Técnicas	Tiempo	Recursos humanos
<p>4.- Capacitar a los miembros del CRA "La Amistad" de Peñablanca en la formulación de estrategias de acción para la reinserción laboral que incluya la creación de una bolsa de trabajo y vinculaciones para acceder a capacitación laboral, según las necesidades de sus miembros.</p>	<p>4.1.- Sesión socio-educativa en relación a la formulación de estrategias de acción, generando una bolsa de trabajo y las vinculaciones necesarias para acceder a capacitación laboral.</p>	<p>Charla expositiva. Discusión grupal. Asignación de tareas.</p>	12/11/95	equipo seminarista.
	<p>4.2.- Asesoría periódica.</p>		hasta el 26/11/95	
	<p>Sesión evaluativa.</p>	discusión grupal.	26/11/95	equipo seminarista.

Recursos materiales	Beneficiarios	Criterios de Evaluación	Técnicas de Evaluación.	Sistema de Control y Registro
Sala de reuniones. Material fungible.	Miembros del CRA "La Amistad" de Peñablanca.	Confección del programa. Calidad del programa (posee objetivos, actividades, recursos, tiempos y criterios de evaluación congruentes entre sí). Inicio de la ejecución del programa.	Observación estructurada. Técnicas cualitativas.	Registro Asistencia Tabla Gantt.
Sala de reuniones. Material fungible.	Miembros del CRA "La Amistad" de Peñablanca.	criterios de producto y proceso de G. Briones.	evaluaciones parciales. cuestionario abierto. entrevista grupal de evaluación.	Cuaderno de actividades diarias. Registro Asistencia. Tabla Gantt.

SUBPROYECTO N°2 : El CRA "El Esfuerzo" de La Calera como instancia de crecimiento.

Objetivo general : Lograr que Centro Rehabilitador de Alcohólicos "El Esfuerzo" de La Calera posibilite la continuidad en el proceso rehabilitador por parte de sus miembros bebedores problema con dependencia.

Objetivos específicos	Actividades	Técnicas	Tiempo	Recursos humanos
1.- Motivar a los familiares que participan en el CRA "El Esfuerzo" de La Calera para que organicen una delegación de familiares destinada a las relaciones externas del CRA.	1.1.- Sesión socio-educativa para sensibilizar respecto de la organización de una delegación de familiares.	- Dinámica de presentación. - Exposición de contenidos. - Discusión grupal.	de 25/10/95	equipo seminarista
2.- Capacitar a los miembros del CRA "El Esfuerzo" de La Calera en la formulación de un plan de trabajo, para hacer buen uso de su tiempo libre, según los intereses de los miembros.	2.1.- Sesión socio-educativa en relación a elementos teóricos-prácticos para la elaboración de un programa orientado al buen uso del tiempo libre. 2.2.- Asesoría periódica.	- Dinámica de presentación. - Charla expositiva. - Discusión grupal - Asignación de tareas.	de 01/11/95 hasta el 29/11/95	equipo seminarista
3.- Capacitar a los miembros BPCD del CRA "El Esfuerzo" de La Calera, de modo que reconozcan en un 66,6% la importancia de su Salud Mental y atención de problemas psicológicos.	3.1.- Entrevista con encargado del programa para el BP del CSL La Calera 3.2.- Sesión socio-educativa en conceptos, dimensiones de la Salud Mental y los conductos para obtener atención psicológica.	Entrevista formal. - Dinámica de presentación. - Charla expositiva. - Discusión grupal. - Asignación de tareas.	hasta el 22/10/95 de 08/11/95	equipo seminarista. encargado del programa BP del CSL La Calera.

Recursos materiales	Beneficiarios	Criterios de Evaluación.	Técnicas de Evaluación.	Sistema de Control y Registro
Sala de reuniones implementada. Material fungible.	Miembros del CRA "El Esfuerzo" de La Calera.	Existencia de delegación de familiares. Funcionamiento de delegación de familiares (Relaciones externas con otras organizaciones y personas).	observación estructurada.	Registro Asistencia. Tabla Gantt. Registro Asistencia al Proyecto N° 2.
Sala de reuniones implementada. Material fungible.	Miembros del CRA "El Esfuerzo" de La Calera.	Confección del programa. Calidad del programa (posee, objetivos, actividades, recursos, tiempos y criterios de evaluación congruentes entre sí). Inicio en la ejecución del programa.	observación estructurada. técnicas cualitativas.	Registro Asistencia Tabla Gantt.
Oficina CSL.	Miembros del CRA "El Esfuerzo" de La Calera.	Compromiso de participación en sesión socio - educativa.	Observación simple.	Registro de actividades diarias Tabla Gantt.
Sala de reuniones implementada. Material fungible.		Grado de conocimiento de los problemas psicológicos en el BPCD. Grado de conocimiento de los conductos para acceder a atención psicológica.	Cuestionario cerrado. Cuestionario abierto.	Registro Asistencia. Tabla Gantt.

Recursos materiales	Beneficiarios	Criterios de Evaluación	Técnicas de Evaluación.	Sistema de Control y Registro
Sala de reuniones. Material fungible.	Miembros del CRA "El Esfuerzo" de La Calera.	Confección del programa. Calidad del programa (posee objetivos, actividades, recursos, tiempos y criterios de evaluación congruentes entre sí). Inicio de la ejecución del programa.	Observación estructurada. Técnicas cualitativas.	Registro Asistencia Tabla Gantt.
Sala de reuniones. Material fungible.	Miembros del CRA "El Esfuerzo" de La Calera.	criterios de producto y proceso de G. Briones.	evaluaciones parciales. cuestionario abierto. entrevista grupal de evaluación.	Cuaderno de actividades diarias. Registro Asistencia. Tabla Gantt.

Proyecto N° 2 : La red social : un recurso de apoyo entre organizaciones que trabajan con el BPCD.

Objetivo general : Integrar a los agentes centrales (familia, CRA, CSL) en una red social funcional de apoyo al bebedor problema (cd) en cada localidad.

Objetivos específicos	Etapas	Actividades	Técnicas.	Tiempo
1.-Motivar a las delegaciones de familias, las directivas de los CRA y a los encargados del programa para el BP de los CSL para que consigan un trabajo conjunto en apoyo al bebedor problema (cd).	Coordinadora y Administrativa.	- Reunión de coordinación con A.S. Unidad Alcohol y Drogas a fin de presentar el proyecto.	- Reuniones de coordinación. - Entrevistas formales e informales	28/09/95
		- Reunión de Coordinación con A.S. de la DAIL Quillota, a fin de presentar el proyecto.		29/09/95
		- Reunión con el Encargado de las 4 DAIL del Servicio a fin de presentar el proyecto y obtener su respaldo.		09/10/95
		- Entrevistas informales con los encargados de los programas para el BP de los 12 CSL para motivar su participación en el proyecto.		hasta el 19/10/95
		- entrevistas informales con las delegaciones familiares y las directivas de 4 CRA a fin de motivar su participación en el proyecto.		hasta el 22/10/95
		- conseguir recursos materiales necesarios para efectuar el proyecto.		hasta el 22/10/95
		- conseguir recursos humanos necesarios para efectuar el proyecto.		hasta el 22/10/95
		- confeccionar invitaciones		26/10/95
		- enviar invitaciones.		30/10/95
		- confirmar asistencia de los invitados.		hasta el 06/11/95

Recursos humanos	Recursos materiales	Beneficiarios	Criterios de Evaluación	Forma de Evaluación.
- Equipo seminarista	- Oficina de la Unidad de Alcohol y Drogas. - Oficina de DAIL - material de oficina. - teléfono - movilización colectiva..	- CRA de Concón, Peñablanca, Quillota, La Calera con sus respectivas delegaciones familiares. - CSL de Concón, Villa Alemana, San Pedro, Quillota N°1 y N° 2, Boco, La Palma, La Cruz, La Calera, Artificio, El Melón, Hijuclas.	- Criterios de Proceso de G. Briones.	- Cuaderno de registro de actividades diarias.

Objetivos específicos	Etapa	Actividades	Técnicas	Tiempo
<p>2.- Elaborar en conjunto con las delegaciones familiares, con los representantes de los CRA y los encargados de los programas para el BP en los CSL, líneas de acción para un tratamiento integral y trabajo con la familia funcional al proceso rehabilitador.</p>	Ejecutiva	<p>1.- Sesión socio-educativa sobre el tratamiento integral del BPCD y la familia en el proceso rehabilitador</p>	<p>- Dinámica de presentación y animación. - Exposición de contenidos socio-educativos. - Técnicas de discusión. - Técnicas de resumen : Plenario. - Asignación de tareas.</p>	08/11/95
<p>3.- Favorecer la coordinación entre los CRA y los CSL de cada localidad para que encuentren puntos comunes de trabajo y establezcan estrategias de acciones conjuntas permanentes en el tiempo.</p>		<p>1.- Sesión socio-educativa sobre la labor que realizan los CRA y los CSL en el proceso rehabilitador del BPCD.</p>	<p>- Dinámicas de animación. - Exposición de contenidos. - Técnicas de discusión - Técnica de resumen Plenario. - Asignación de tareas.</p>	15/11/95
		<p>2.- Sesión socio-educativa sobre la red social de apoyo al BPCD</p>	<p>- Dinámicas de animación. - Técnicas de discusión - Técnica de resumen: Plenario. - Asignación de tareas.</p>	22/11/95
	Evaluativa	<p>- Sesión de Evaluación.</p>	<p>- Encuesta estructurada. - Entrevista cualitativa.</p>	29/11/95

Recursos humanos	Recursos materiales	Beneficiarios.	Criterios de Evaluación.	Forma de Evaluación.
<ul style="list-style-type: none"> -Equipo seminarista - Expositor del Ministerio de Salud, Especialista en el tema BP. - Asistente Social, Enfermera y Psicólogo de la Unidad de Alcohol y Drogas. - Invitados. 	<ul style="list-style-type: none"> - sala de reuniones implementada para 35 personas - material de oficina. - material fungible. - movilización. - colación. 	<ul style="list-style-type: none"> -CRA de Concón, Peñablanca, Quillota, La Calera con sus respectivas delegaciones familiares. - CSL de Concón, Villa Alemana, San Pedro, Quillota Nº1 y Nº 2, Boco, La Palma, La Cruz, La Calera, Artificio, El Melón, Hijuclas. 	<ul style="list-style-type: none"> - líneas de acción en favor de un tratamiento integral y trabajo con la familia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluación por resultados de la sesión.
<ul style="list-style-type: none"> -Equipo seminarista. - A.S., Enfermera y Psicóloga de la Unidad de Alcohol y Drogas. - Invitados. 			<ul style="list-style-type: none"> -calidad de diagnóstico y proyecciones. 	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluación por resultados de la sesión.
<ul style="list-style-type: none"> -Equipo seminarista. - A.S., Enfermera y Psicóloga de la Unidad de Alcohol y Drogas. - Invitados. 			<ul style="list-style-type: none"> - establecimiento de coordinaciones entre agentes centrales en cada localidad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluación por resultados de la sesión.
<ul style="list-style-type: none"> -Equipo seminarista. - A.S., Enfermera y Psicóloga de la Unidad de Alcohol y Drogas. - Invitados. 			<ul style="list-style-type: none"> - Criterios de Proceso y de Producto. 	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluaciones parciales (crónicas). - Encuesta estructurada. - Entrevista cualitativa. - Tabla Gantt.

EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN

EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN

Fundamentación.

Este capítulo corresponde a la ejecución y evaluación del seminario de título que como problema aborda la falta de continuidad en el proceso rehabilitador para los bebedores problema (cd), siendo un efecto directo de tal dificultad la carencia o insuficiencia en el tratamiento integral a éstos.

Se visualiza como causa de la falta de continuidad en el proceso rehabilitador la inexistencia de una red social funcional de apoyo al bebedor problema y a su familia, y el apoyo insuficiente de los Centros Rehabilitadores de Alcohólicos y de los Centros de Salud local a éstos.

Al formular en el diagnóstico la siguiente previsión tecnológica : “El desarrollo de un programa integral dirigido a los agentes que forman parte de la red social de apoyo al bebedor problema y su familia, que contemple la implementación de proyectos que apuntan a lograr su funcionalidad, favorecería la continuidad en el proceso de rehabilitación integral del BPCD, siendo imprescindible mejorar el apoyo de los CRA y de los CSL con una estrategia de trabajo conjunto”, se define como objetivo del programa la generación de una red social funcional de apoyo al bebedor problema (cd) con agentes que presten un apoyo suficiente al proceso rehabilitador.

En síntesis, el programa de trabajo cuenta con dos proyectos paralelos, uno dirigido a reforzar el apoyo que entregan los CRA, y otro, que apunta a lograr funcionalidad en la red social de apoyo al bebedor problema(cd),. El primero se divide, a su vez, en dos subproyectos similares; pero dirigidos a dos CRA de localidades diferentes: el CRA "La Amistad" de Peñablanca y el CRA "El Esfuerzo" de La Calera.

El proyecto de los Centros Rehabilitadores de Alcohólicos, es implementado con dos subproyectos socio-educativos grupales y de asesoría en el CRA "La Amistad" de Peñablanca y en el CRA "El Esfuerzo" de La Calera, seleccionados porque, según la investigación, son los que más requieren de apoyo externo.

El proyecto de la red, que consiste en jornadas de trabajo tipo taller con el fin de generar una red social funcional de apoyo al BPCD miembro de un CRA, está

orientado a todos los agentes que forman parte de la red : en el caso de los CRA las directivas; por los familiares de cada CRA una delegación y, por parte de los CSL, los encargados del programa del beber problema.

En esta etapa del seminario se describe la ejecución del programa con sus dos proyectos, para luego evaluar el cumplimiento de objetivos y aspectos generales del mismo, adoptándose esta modalidad de presentación por permitir un análisis paralelo y continuo del desarrollo de los proyectos, incorporándose de inmediato la evaluación de cada uno para facilitar la lectura y comprensión.

En seguida, se evalúa el proceso metodológico del seminario en cada una de sus etapas.

OBJETIVOS DEL PROGRAMA

A. Propósito

Contribuir a la continuidad en el proceso rehabilitador tendiente a una rehabilitación integral de los bebedores problema (cd), miembros de un CRA correspondiente a la jurisdicción del Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota.

B. Objetivo General.

Generar una red social funcional de apoyo a los bebedores problema (cd) y a sus familias, miembros de un CRA correspondiente a la jurisdicción del Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota, que contribuya a la continuidad en el proceso rehabilitador de aquellos.



C. Objetivos Específicos.

1.- Lograr que el apoyo de los Centros Rehabilitadores de Alcohólicos "La Amistad" de Peñablanca y "El Esfuerzo" de La Calera posibilite la continuidad en el proceso rehabilitador por parte de sus miembros bebedores problema (cd)

2.- Integrar a los agentes centrales - delegación de familiares, CRA y CSL de la localidades de Concón, Peñablanca, Quillota, La Calera - en una red social funcional de apoyo al bebedor problema (cd) en cada localidad.

EJECUCIÓN PROYECTO N° 1 : El CRA como instancia de crecimiento.

El Proyecto N° 1 fue ejecutado paralelamente por el equipo seminarista en los grupos de beneficiarios establecidos en los subproyectos .

SUBPROYECTO N° 1 : El CRA "La Amistad" de Peñablanca como instancia de crecimiento.

Objetivos.

Objetivo General.

Lograr que el apoyo del Centros Rehabilitadores de Alcohólicos "La Amistad" de Peñablanca posibilite la continuidad en el proceso rehabilitador por parte de sus miembros bebedores problema (cd).

Objetivo específico N°1 :

Motivar a los familiares que participan en el CRA "La Amistad" de Peñablanca para que organicen una delegación de familiares destinadas a las relaciones externas del CRA.

Objetivo específico N° 2 :

Capacitar a los miembros del CRA "La Amistad" de Peñablanca en la formulación de un plan de trabajo, para hacer buen uso del tiempo libre, según los intereses de sus miembros.

Objetivo específico N° 3 :

Capacitar a los miembros BPCD del CRA "La Amistad" de Peñablanca, de modo que reconozcan en un 66,6% la importancia de su Salud Mental y atención de problemas psicológicos.

Objetivo específico N° 4 :

Capacitar a los miembros del CRA "La Amistad" de Peñablanca en la formulación de estrategias de acción para la reinserción laboral que incluyan la creación de una bolsa de trabajo y vinculaciones para acceder a capacitación laboral, según las necesidades de los miembros.

Desarrollo del Subproyecto N° 1.

Proceso administrativo.

Organización : Este subproyecto es llevado a cabo por el equipo seminarista, quien toma las decisiones de como llevar a efecto la intervención profesional.

Dirección y Ejecución : Aún cuando está a cargo del equipo de seminario, se delega la responsabilidad de la dirección y ejecución de este subproyecto en uno de los alumnos..

La dirección ejercida con respecto al CRA "La Amistad" de Peñablanca es de tipo democrático, enfatizando las funciones de socio-educación y asesoría profesional frente a un grupo de auto-ayuda; promoviendo ampliamente la participación del grupo en todas las actividades, inclusive las de organización y coordinación.

Las líneas de comunicación en este proyecto se mantienen en forma permanente hacia la directiva del CRA, los profesionales encargados del Programa para el Bebedor Problema del Consultorio Villa Alemana y la Unidad de Alcohol y Drogas del Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota.

Coordinación : Se desarrolla a través de diferentes reuniones efectuadas entre:

- el equipo seminarista, con el objeto de organizar y evaluar las sesiones del proyecto, como también las actividades de coordinación en relación a la promoción y permanencia del proyecto.

- la encargada de la Unidad de Alcohol y Drogas con el equipo seminarista, informando acerca del desarrollo del proyecto y coordinando acciones de apoyo concreto para el Centro.

- la directiva del CRA con la responsable del proyecto, para organizar la promoción del proyecto y la captación de nuevos socios a través de, entrevistas, llamadas telefónicas, 4 (cuatro) visitas domiciliarias, 6 (seis) reuniones con instituciones públicas (Consultorio y Municipalidad de Villa Alemana, Centro de Salud Mental de Peñablanca), y contactos con 3 (tres) medios de comunicación.

Estas reuniones permiten un mejor desarrollo del proyecto, favoreciendo la organización de las sesiones y actividades del proyecto, más la revisión y rectificación de aspectos del proyecto en forma inmediata a través de los procesos de retroalimentación.

Control : Se efectúa mediante :

- Registro de actividades.
- Registro de asistencia.
- Tabla Gantt.
- Encuesta cuantitativa (tema Atención Psicológica)
- Encuesta cualitativa (tema Atención Psicológica).
- Encuesta cualitativa (Evaluación Proyecto).
- Cumplimiento de tarea.

Actividades

Este subproyecto surge como producto de lo señalado en la investigación-diagnóstica, aplicada a cuatro Centros Rehabilitadores de Alcohólicos, en donde el apoyo de éstos al proceso rehabilitador del bebedor problema (cd) se encuentra deficitario respecto a la ocupación del tiempo libre y reinserción social en el aspecto laboral.

Además otro punto, sobre el cual se decide intervenir, es la preocupación de los problemas psicológicos por parte de los miembros bebedores problema de los CRA.

La situación expuesta lleva al equipo seminarista a diseñar actividades que permitieran, dentro de lo posible, responder a estas necesidades. En consecuencia, se decide realizar cinco sesiones de socio - educación y asesoría, una por cada objetivo (4) y una evaluativa, con el CRA "La Amistad" en el periodo comprendido entre el 22 de Octubre y 26 de Noviembre de 1995. Se incluye como actividad la organización de una delegación de familiares para las relaciones externas del CRA, tendiente a la participación de ésta en el Proyecto N° 2 : "La red social : un recurso de apoyo para organizaciones que trabajan con el bebedor problema".

Las sesiones se llevan a cabo el mismo día habitual de reunión del CRA, es decir, los días Domingo a las 17.00 horas.

1.- Como primera actividad se realiza una sesión socio - educativa cuyo objetivo es sensibilizar respecto a la organización de una delegación de familiares. Ésta se estructura de la siguiente manera :

- motivación de los presentes a participar en los dos proyectos de intervención a desarrollar, dando a conocer sus objetivos y la metodología de implementación.

- organización de una delegación de familiares que queda a cargo de un miembro de la directiva.

- invitación de la directiva y de la delegación de familiares para participar en el proyecto de la red social como un recurso de apoyo (Proyecto N° 2).

-revisión de las gestiones de promoción del subproyecto “El CRA “La Amistad” de Peñablanca como instancia de crecimiento” efectuadas en la fase de coordinación.

-redacción de una invitación abierta para el subproyecto, con el fin de lograr una mayor asistencia en las sesiones, que será entregada a los socios del Centro

Al final se recuerda la fecha de la próxima sesión y se da a conocer el tema a tratar.

Cabe señalar que ante el problema de asistencia, por lo cual se detiene el normal desarrollo del proyecto, se agrega como objetivo la reactivación del Centro. Para tal efecto se desarrolla una estrategia de acción que abarca :

-5 (cinco) entrevistas con encargados del Centro de Salud Mental de Peñablanca y del Consultorio de Villa Alemana solicitando la derivación de pacientes bebedores problema (cd).

-entrevista con encargado de la Municipalidad de Villa Alemana para dar a conocer el proyecto a nivel comunal.

-promoción del proyecto por radio local y diario “El Mercurio” de Valparaíso,
y

-4 (cuatro) visitas domiciliarias a socios antiguos.

Estas acciones se llevan acabo en forma conjunta entre la directiva del CRA la responsable del proyecto.

2.-La segunda actividad planificada, consistente en una sesión socio-educativa en relación a elementos teóricos-prácticos para la elaboración de un programa orientado al buen uso del tiempo libre, se lleva a cabo en la fecha estipulada para la tercera sesión por requerir de tiempo adicional para las actividades de reactivación del CRA. Además para dar cumplimiento a las actividades del proyecto se realiza la formulación de estrategias de acción, generando una bolsa de trabajo y las vinculaciones necesarias para acceder a capacitación laboral. La sesión se ejecuta en los siguientes pasos :

-dinámica de presentación (“El fósforo”).

-establecimiento de los intereses, necesidades y problemas de los presentes en relación a la ocupación del tiempo libre.

- exposición acerca de elementos básicos de planificación.

- confección, en forma conjunta mediante técnicas de discusión grupal, un plan de trabajo en relación a posibles talleres laborales (como necesidad prioritaria).

- asignación de dos tareas : la ejecución de la primera actividad del plan de trabajo elaborado (contacto con Monitores del SENCE para los talleres laborales) y la formulación de un plan de trabajo en relación al tema deportes.

3.- Como tercera actividad del proyecto se realiza una sesión socio-educativa en relación a conceptos, dimensiones de la Salud Mental y los conductos para obtener atención psicológica, participando en la reunión como expositor el psicólogo del Consultorio de Villa Alemana. La sesión se ejecuta de la siguiente forma :

- dinámica de presentación (“La ronda”).

- revisión del cumplimiento de las tareas asignadas, donde los socios entregan el plan de trabajo confeccionado en relación al tema deportes y donde comentan su primer acercamiento con una monitora del SENCE, faltando concretar la posibilidad de colaboración.

- exposición del profesional invitado sobre los temas mencionados. La exposición abarca los temas de dependencia psicológica y física del alcohol, cuadros psiquiátricos del beber problema, causas psicosociales del consumo de alcohol, consecuencias psicosociales del consumo de alcohol, daños psicosociales del consumo de alcohol, factores que ayudan a la recuperación y conductos para obtener atención psicológica.

- discusión grupal en relación a lo expuesto, abriéndose espacios para que los asistentes formulen preguntas y den testimonios.

4.-La última actividad corresponde a una sesión evaluativa. Consiste en :

- entrega de cuestionarios en relación al conocimiento obtenido respecto a la importancia de la preocupación por los problemas psicológicos del BPCD y en cuanto al desarrollo del proyecto en general.

- entrevista grupal para analizar los aportes del proyecto al CRA y sus proyecciones.

Evaluación del Subproyecto N°1.

Evaluación de aspectos generales.

Asistencia

Sesión	Sesión N° 1 22/10/95	Sesión N° 2 29/10/95	Sesión N° 3 12/11/95	Sesión N° 4 19/11/95	Sesión N° 5 26/11/95
N° BPCD	1	2	2	2	2
N° Socios co- laboradores	3	1	4	8	5
Visitas	0	0	1	4	0
N° Particip.	4	3	7	14	7

El promedio de asistencia en las cinco sesiones del taller fue de 7 personas por taller. La especificación del promedio de asistencia por persona, exceptuándose las visitas, se resume en la siguiente tabla.

Asistencia en Porcentaje	N° de Personas
100%	02
entre 80% y 40%	05
20%	03

En términos generales se concluye que hay una asistencia baja por el número de personas que participan en el proyecto, lo que se explicaría por la situación de receso en que se encontraba el Centro al iniciarse la intervención de los seminaristas. Sin embargo, la asistencia aumenta hacia el final del proyecto con una participación constante de las personas (5 personas asistieron a 4 o más sesiones).

Recursos.

Recursos.

La implementación de las actividades que comprende el subproyecto, tiene un costo de \$ 3.700.-, contando con el aporte del CRA en cuanto a la sala de reuniones implementada para 20 personas y material de trabajo básico (papelógrafo, lápices, hojas, máquina de escribir, teléfono).

Costo del Subproyecto N° 1

Ítem	Valor
- Papel Kraft	- \$ 200.-
- Lápices	- \$ 400.-
- 30 fotocopias	- \$ 900.-
- movilización	- \$ 2.200.-
Total	- \$ 3.700.-

Los recursos utilizados son los suficientes tanto en relación al espacio físico como en relación al material de trabajo, siendo importante señalar que las actividades planificadas no requirieron gastos adicionales. Muy positivo fue la participación del psicólogo del Consultorio de Villa Alemana en la cuarta sesión, que como recurso humano se consideraba difícil de conseguir por los días de reunión (Domingo).

Tiempo

Tabla Gantt N°1

* Control

Actividades	2/10 a 8/10 y del 9/10 al 15/10	16/10 al 22/10	23/10 al 29/10	30/10 al 05/11	06/11 al 12/11	13/11 al 19/11	20/11 al 26/11	27/11 al 01/12
Coordina.	-----	-----*						
N°1		-----						
N°2			-----*	-----*	-----*	-----*	-----*	-----*
N°3					-----*	-----*	-----*	-----*
N°4				-----*				
Evaluativa							-----*	-----

En relación a los tiempos establecidos por actividad, cabe señalar que la entrevista con el psicólogo para comprometer su participación en la sesión N° 3, actividad perteneciente a la etapa coordinadora, se realiza fuera del plazo establecido el día 7 de Noviembre, sin que esto influya en el desarrollo del proyecto.

La segunda actividad no se realiza en la fecha estipulada por la escasa asistencia, formulándose en esa reunión estrategias para reactivar el Centro y captar nuevos socios. Finalmente, esta actividad se lleva a cabo el día 12 de Noviembre, junto con la cuarta actividad, ya que el Centro de Peñablanca tenía una reunión en la URACH, Valparaíso, el primer domingo del mes, haciéndose necesario juntar ambas sesiones para poder realizar el proyecto íntegramente.

La tercera actividad, por ende, se desarrolla con una semana de atraso, el día 19 de Noviembre, adecuándose esta fecha a la disponibilidad del profesional psicólogo del Consultorio de Villa Alemana.

Por último, la sesión evaluativa tiene lugar el 26 de Noviembre como se había planificado.

La asesoría y los controles en todas las actividades se llevan a cabo en las sesiones de las semanas siguientes de haberlas iniciado.

A pesar de las adecuaciones en los plazos de las actividades, el proyecto tuvo un desarrollo íntegro en el plazo general establecido.

Evaluación por cumplimiento de objetivos.

Objetivo específico N°1 :

Motivar a los familiares que participan en el CRA "La Amistad" de Peñablanca para que organicen una delegación de familiares destinadas a las relaciones externas del CRA.

Este objetivo, que dice relación con un aspecto organizativo-estructural del Centro Rehabilitador de Alcohólicos "La Amistad" de Peñablanca, se cumple, según el criterio de evaluación establecido (existencia de una delegación de familiares), considerando que en el Centro se organiza una delegación de familiares.

criterio de evaluación establecido (existencia de una delegación de familiares), considerando que en el Centro se organiza una delegación de familiares.

La idea de formar una delegación de familiares fue acogida de inmediato comprendiéndose la necesidad de contar con una representación de éstos, por un lado por el número de familiares que participan en el Centro y, por otro, por la importancia que se reconoce a la familia en la tarea rehabilitadora. Cabe señalar, que más que una iniciativa nueva, la organización de una delegación de familiares fue una reactivación de una instancia que existía antes y que no funcionaba por la situación de receso en que se encontraba el Centro al iniciarse el trabajo profesional de los seminaristas con él : una persona de la directiva había sido incluso delegada regional de los departamentos femeninos de la URACH, V. Región, la que luego de la motivación y discusión grupal, retomó el cargo de representar la delegación de familiares de este Centro.

Mediante la observación estructurada, que permite un control del funcionamiento y de la permanencia de la delegación de familiares en el tiempo, se mide la relación que establece la delegada en representación del Centro frente a otras personas y organizaciones. Se puede constatar que la delegada participa en las cuatro talleres del proyecto de la red social de apoyo al bebedor problema (Proyecto N° 2), relacionándose activamente con los otros CRA y los Centros de Salud local. También atiende los requerimientos de personas ajenas al Centro que tienen un familiar bebedor problema con dependencia (los dos aspectos de evaluación que se establecen en la pauta de observación).

Objetivo específico N° 2 :

Capacitar a los miembros del CRA "La Amistad" de Peñablanca en la formulación de un plan de trabajo, para hacer buen uso del tiempo libre, según los intereses de sus miembros.

Sin duda, el aspecto del buen uso del tiempo libre es uno de los más fundamentales en la tarea rehabilitadora de los CRA haciéndose muy necesaria una

intervención profesional en este tema, sobre todo, si se consideran las deficiencias existentes en los Centros al respecto.

Con la confección de un plan de trabajo para hacer buen uso del tiempo libre, no sólo se facilita un apoyo estructurado y constante en este ámbito por parte del Centro, sino también se posibilita la integración de nuevos socios, punto fundamental para reactivar el trabajo del CRA de Peñablanca.

La entrega de elementos teóricos y prácticos para la elaboración de planes de trabajo fue comprendida, lo que se demuestra en que los miembros del CRA fueron capaces de elaborar por sí solos un plan de trabajo para el buen uso del tiempo libre (taller deportivo); y valorada lo que se aprecia en las evaluaciones finales del proyecto por parte de los miembros, tanto en lo individual como en lo grupal. Al respecto, un decir de un miembro del CRA :

“El aporte más significativo del proyecto fue que aprendimos a confeccionar planes de trabajo y a presentar proyectos”

R.P.T., CRA “La Amistad”,
Peñablanca.

Los intereses de los miembros en relación a la ocupación del tiempo libre se establecen con facilidad, produciéndose una discusión grupal donde participan todos los presentes. Fueron en los siguientes ámbitos : deportivo

talleres laborales

culturales

y de prevención.

Este objetivo se evalúa no solamente en cuanto a la confección de un plan de trabajo, sino también en relación a los criterios de calidad de éste y el inicio de su ejecución.

En relación al criterio de evaluación de *calidad del programa*, cabe señalar que el plan de trabajo cumple con la congruencia exigida entre los objetivos, actividades, recursos, tiempos y criterios de evaluación, destacándose la concreción del plan de trabajo que facilitaría una ejecución del mismo sin dificultades.

Finalmente, en lo que respecta el inicio de la ejecución del plan de trabajo, ésta no se ha realizado aún por motivos de Salud de la persona que asume como responsable del programa deportes.

Objetivo específico N° 3 :

Capacitar a los miembros BPCD del CRA "La Amistad" de Peñablanca, de modo que reconozcan en un 66,6% la importancia de su Salud Mental y atención de problemas psicológicos.

La capacitación se lleva a cabo mediante una charla expositiva del psicólogo encargado de la atención de los bebedores problema en el Consultorio de Villa Alemana.

Dentro de la exposición hubo espacios de conversación y discusión grupal donde los bebedores problema recuperados dieron su testimonio lo que indica, en cierta forma, un reconocimiento de la importancia de la Salud Mental en su problema con el alcohol.

En cuanto a la evaluación estructurada de este objetivo, cabe mencionar que solamente dos de los participantes fueron bebedores problema con dependencia del CRA "La Amistad" de Peñablanca.

Tabla

Conocimiento	Medición cuantitativa	Medición cualitativa	Medición total
Muy bueno(100%)	1	0	0
Bueno (99,9- 66,6%)	1	2	2
Insuficiente (66,5-33,3%)	0	0	0
Malo(menos de 33,3%)	0	0	0
N° de Personas	2	2	2

En el cuestionario cuantitativo (conocimiento de problemas psicológicos) un miembro alcanza el 66,6% de los puntos posibles de obtener, el segundo el 100%, lo que

En el cuestionario cuantitativo (conocimiento de problemas psicológicos) un miembro alcanza el 66,6% de los puntos posibles de obtener, el segundo el 100%, lo que se califica como buen y muy buen conocimiento respectivamente, como se aprecia en la tabla.

En el cuestionario cualitativo (conocimiento de problemas psicológicos y conductos para acceder a atención psicológica) un miembro obtuvo 71,1% y el otro 77,7% de los puntos posibles de obtener, lo que, en ambos casos, es calificado como buen nivel de conocimiento.

De acuerdo a estos resultados, se considera el objetivo logrado, ya que los miembros BPCD del CRA "La Amistad" de Peñablanca posee un buen nivel de conocimiento (entre 66,6% y 99,9% de los puntos posibles de obtener) en relación a los problemas psicológicos del beber problema y conductos para acceder a atención psicológica.

Objetivo específico N° 4 :

Capacitar a los miembros del CRA "La Amistad" de Peñablanca en la formulación de estrategias de acción para la reinserción laboral que incluyan la creación de una bolsa de trabajo y vinculaciones para acceder a capacitación laboral, según las necesidades de los miembros.

La evaluación de este objetivo se realiza en base a los criterios de confección de un plan de trabajo, su calidad e inicio en la ejecución de las actividades que contempla.

Este objetivo se trabaja en la misma sesión que en que se trata la confección de planes de trabajo para el buen uso del tiempo libre. Como estrategia de acción para la reinserción laboral, según las necesidades de los miembros, se formula un plan de trabajo para la implementación de posibles talleres laborales.

Este plan de trabajo tiene como base las necesidades en relación a la reinserción laboral y ocupación del tiempo libre que expresan los miembros en la discusión grupal y es elaborado en la misma sesión ejercitando, en forma conjunta con el apoyo de la responsable del proyecto, los contenidos teórico-prácticos sobre planes de trabajo

entregados con anterioridad. Por la buena participación de todos los miembros en la elaboración de dicho plan se puede inferir una comprensión de los elementos básicos del plan de trabajo y la capacidad de formulación de planes de trabajo en relación a las necesidades de reinserción laboral. Se motiva la creación de una bolsa de trabajo que no se lleva a cabo por no considerarse prioritario por el momento (falta de socios). Se establecen vínculos para la capacitación laboral, incluyéndose este punto como primera actividad dentro del plan de trabajo, y demostrándoles la posibilidad de acceder a monitores que imparten cursos del SENCE, estableciendo los miembros del CRA los primeros contactos con una monitora del SENCE (artesanía china) con vistas a desarrollar el taller laboral a efectuarse a partir de Marzo del próximo año.

El plan de trabajo en lo que dice relación con congruencia entre objetivos, metodología, actividades, recursos, tiempo y criterios de evaluación demuestra calidad y es muy factible de ejecutar por su sencillez y concreción.

SUBPROYECTO N° 2 : El CRA "El Esfuerzo" de La Calera como instancia de crecimiento.

Objetivos.

Objetivo General.

Lograr que el apoyo del Centros Rehabilitadores de Alcohólicos "El Esfuerzo" de La Calera posibilite la continuidad en el proceso rehabilitador por parte de sus miembros bebedores problema (cd).

Objetivo específico N°1 :

Motivar a los familiares que participan en el CRA "El Esfuerzo" de La Calera para que organicen una delegación de familiares destinadas a las relaciones externas del CRA.

Objetivo específico N° 2 :

Capacitar a los miembros del CRA "El Esfuerzo" de La Calera en la formulación de un plan de trabajo, para hacer buen uso del tiempo libre, según los intereses de sus miembros.

Objetivo específico N° 3 :

Capacitar a los miembros BPCD del CRA "El Esfuerzo" de La Calera, de modo que reconozcan en un 66,6% la importancia de su Salud Mental y atención de problemas psicológicos.

Objetivo específico N° 4 :

Capacitar a los miembros del CRA "El Esfuerzo" de La Calera en la formulación de estrategias de acción para la reinserción laboral que incluyan la creación de una bolsa de trabajo y vinculaciones para acceder a capacitación laboral, según las necesidades de los miembros.

Desarrollo del Subproyecto N° 2.

Proceso administrativo.

Organización : Este subproyecto es desarrollado por el equipo seminarista, quien toma las decisiones respecto a la forma de llevar a efecto la intervención profesional.

Dirección y Ejecución : Aún cuando está a cargo del equipo de seminario, se delega la responsabilidad de la dirección y ejecución de este subproyecto en un alumno.

La dirección ejercida con respecto al CRA "El Esfuerzo" de La Calera es de tipo democrático, dando una amplia posibilidad de participación a los miembros del Centro, y enfatizando las funciones de socio-educación y asesoría profesional frente a un grupo de auto-ayuda.

Los canales de comunicación en el desarrollo del proyecto se mantienen en forma permanente hacia la directiva del CRA y los profesionales encargados del Programa para el Bebedor Problema del Hospital de La Calera.

Coordinación : Se desarrolla a través de diferentes reuniones efectuadas entre:

- el equipo seminarista, con el objeto de organizar y evaluar las sesiones del proyecto, como también las actividades de coordinación en relación a la permanencia en el tiempo del proyecto.

- la encargada de la Unidad de Alcohol y Drogas con el equipo seminarista, informando acerca del desarrollo del proyecto y coordinando acciones de apoyo concreto para el Centro.

Estas reuniones permiten un mejor desarrollo del proyecto, favoreciendo la organización de las sesiones y actividades del proyecto y la revisión y rectificación de aspectos del proyecto en forma inmediata a través de los procesos de retroalimentación.

Control : Se efectúa mediante :

- Registro de actividades.
- Registro de asistencia
- Tabla Gantt.
- Encuesta cuantitativa (tema Atención Psicológica)
- Encuesta cualitativa (tema Atención Psicológica).
- Encuesta cualitativa (Evaluación Proyecto).
- Cumplimiento de tarea.

Actividades :

Para el desarrollo del proyecto se decide realizar cinco sesiones con el CRA "El Esfuerzo", cuatro de ellas de socio-educación, y una evaluativa, en el periodo comprendido entre el 25 de Octubre y 29 de Noviembre de 1995, en las cuales se incluye como actividad la organización de una delegación de familiares para las relaciones externas del CRA, tendiente a la participación de ésta en el Proyecto N° 2 : "La red social : un recurso de apoyo para organizaciones que trabajan con el bebedor problema."

Las sesiones se llevan a cabo el mismo día habitual de reunión del CRA, es decir, los días Miércoles a las 19.30 horas.

1.-Como primera actividad se realiza una sesión socio - educativa para sensibilizar respecto a la organización de una delegación de familiares, la cual se estructura de la siguiente manera :

- motivación de los presentes a concurrir a los dos proyectos de intervención a realizar, dando a conocer los objetivos y la metodología de trabajo.

- invitación para la participación en el proyecto “La Red social como un recurso de apoyo”, se obtiene el compromiso de la directiva y de la delegación de familiares, ya existente, conformada por dos personas, quedando como responsable para asistir un miembro de ésta .

Se concluye con la introducción del tema de la próxima sesión, la “ocupación del tiempo libre”; a través de una lluvia de ideas los miembros del Centro establecen sus intereses y necesidades. La necesidad más fundamental se refiere a restablecer la apertura del Centro tres veces a la semana, y no sólo una vez como es lo habitual. De esta manera los socios pueden hacer uso de la sede en actividades deportivas y recreativas.

2.- La segunda actividad planificada consiste en una sesión socio-educativa acerca de elementos teóricos-prácticos para la elaboración de un programa orientado al buen uso del tiempo libre, desarrollándose como a continuación se detalla :

- se recuerda los resultados de la sesión anterior (intereses y necesidades establecidos por los miembros) en relación a la Ocupación del tiempo libre.

- exposición acerca de elementos básicos de planificación y se promueve como tarea la confección de un plan de trabajo en relación al ámbito abordado comprometiendo su entrega para la última sesión del proyecto.

3.- Como tercera actividad del proyecto se efectúa una sesión socio-educativa referida a conceptos, dimensiones de la Salud Mental y los conductos para obtener atención psicológica. No participa el encargado del programa para el bebedor problema del Hospital de La Calera; por tanto, la exposición del tema es preparada por el responsable del proyecto. Los pasos adoptados son lo siguientes:

- exposición del tema sobre cuadros psiquiátricos del beber problema, dependencia psicológica y física del alcohol, causas y consecuencias psicosociales del

consumo de alcohol, factores que ayudan a la recuperación y conductos para obtener atención psicológica (frente a la realidad de la Provincia).

- espacio para preguntas y discusión grupal, recogiendo la experiencia de las personas a través de sus testimonios.

4.- La cuarta sesión trata de la elaboración de estrategias de acción para la reinserción laboral de los miembros del CRA, promoviendo la implementación de una bolsa de trabajo y el establecimiento de vínculos para acceder a capacitación laboral. Se estructura de la siguiente forma.

- determinación de intereses, necesidades y problemas en relación a la reinserción laboral.

- motivación para la creación de una bolsa de trabajo, lo que no se considera una alternativa real por haberse practicado con anterioridad, sin buenos resultados, los empleadores despidieron a las personas insertadas al momento de enterarse que eran bebedores problema en proceso de rehabilitación. Ante tal razón surge la idea de microempresa o talleres productivos como instancia para la ocupación laboral de los miembros sin que se dependa de empleadores ajenos al problema.

- confección en conjunto de un plan de trabajo para la creación de posibles talleres laborales, surgiendo entre los socios la idea de la creación de una microempresa.

5.- La sesión de evaluación, consiste en:

- entrega de cuestionarios a los participantes en sesiones del proyecto acerca del conocimiento obtenido respecto a la importancia de la preocupación por los problemas psicológicos del BPCD y en cuanto al desarrollo del proyecto en general.

- entrevista grupal para analizar los aportes del proyecto al CRA y sus proyecciones.

- formalización de la entrega del plan de trabajo en relación a ocupación del tiempo libre.

- concreción del plan de trabajo, confeccionado en la sesión anterior, para iniciar los contactos necesarios en lo referente a la posible creación de una microempresa.

Se finaliza la sesión con una convivencia informal.

Evaluación del Subproyecto N°2.

Evaluación de aspectos generales.

Asistencia

Sesión	Sesión N° 1 25/10/95	Sesión N° 2 08/11/95	Sesión N° 3 15/11/95	Sesión N° 4 22/11/95	Sesión N° 5 29/11/95
N° BPCD	8	7	4	10	11
N° Socios co- laboradores	8	9	4	10	9
Visitas	0	0	0	3	0
N° Particip.	16	16	8	23	20

El promedio de asistencia en las cinco sesiones del taller fue de 16 personas por taller.

Asistencia en porcentaje	N° de personas
100%	7
entre 80% y 40%	13
20%	3

En términos generales se concluye que hay una buena asistencia, aumentando ésta en las últimas dos sesiones (incorporación de socios nuevos).

Recursos.

La implementación de las actividades que comprende el subproyecto, asciende a un costo de \$ 4.835-. Se dispone del aporte del CRA en cuanto a la sala de reuniones implementada para 20 personas y material de trabajo básico (papelógrafo, pizarra, lápices, máquina de escribir).

Ítem	Valor
-Cartulina	- \$ 300.-
- Scotch	- \$ 100.-
- Tiza	- \$ 60.-
- 45 fotocopias	- \$ 1125.-
- Movilización	- \$ 3250.-
Total	\$ 4.835.-

Los recursos utilizados son los suficientes tanto en espacio físico como en material de trabajo, siendo importante señalar que los actividades planificadas no requirieron gastos adicionales. No se consigue el recurso humano psicólogo y tampoco la participación de un encargado del programa para el bebedor problema del Centro de Salud local.

Tiempo

Tabla Gantt N°2

*Control

Actividades	2/10 a 8/10 y del 9/10al 15/10	16/10 al 22/10	23/10 al 29/10	30/10 al 05/11	06/11 al 12/11	13/11 al 19/11	20/11 al 26/11	27/11 al 01/12
Coordina.	-----	-----*						
N°1		-----						
N°2			-----*	-----*	-----*	-----*	-----*	-----*
N°3					-----*	-----*	-----*	-----*
N°4				-----*				
Evaluativa								-----

En relación a los tiempos establecidos por actividad, cabe señalar que la entrevista con el encargado del programa para el bebedor problema del Centro de Salud local tiene lugar el día Lunes, 23 de Octubre para comprometer su participación en la sesión N° 3.

Todas las actividades se desarrollan en el plazo establecido, haciéndose la salvedad del día Miércoles 1 de Noviembre en que el Centro no efectúa su reunión semanal por ser día feriado, lo que implica que se atrasa la ejecución de las sesiones en una semana.

A pesar de las adecuaciones en los plazos de las actividades, el proyecto tiene un desarrollo íntegro en sus actividades en el plazo general establecido.

Evaluación por cumplimiento de objetivos.

Objetivo específico N°1 :

Motivar a los familiares que participan en el CRA "El Esfuerzo" de La Calera para que organicen una delegación de familiares destinadas a las relaciones externas del CRA.

Este objetivo que se refiere a un aspecto organizativo-estructural del Centro Rehabilitador de Alcohólico "El Esfuerzo" de La Calera, se alcanza sólo en parte, considerando que la responsable de representar la delegación de familiares en la Jornada "La red social : un recurso de apoyo para organizaciones que trabajan con el bebedor problema" no asiste a ésta, lo que es uno de los requisitos para evaluar el funcionamiento de la delegación de familiares.

La parte del objetivo que se cumple, se refiere a la relación que establece la delegada, en representación del Centro, frente a otras personas, - siendo éste uno de los dos ámbitos que se mide a través de la pauta de observación estructurada. Ella atiende los requerimientos de personas ajenas al Centro que tienen un familiar bebedor problema (cd) y logra la incorporación de dos nuevos socios con sus familiares (6 personas en total).

Objetivo específico N° 2 :

Capacitar a los miembros del CRA "El Esfuerzo" de La Calera en la formulación de un plan de trabajo, para hacer buen uso del tiempo libre, según los intereses de sus miembros.

La entrega de elementos teóricos y prácticos para la elaboración de planes de trabajo es comprendida, lo que se demuestra en que los miembros del CRA son capaces de elaborar por sí solos un plan de trabajo para el buen uso del tiempo libre, y valorada, lo que se aprecia en las evaluaciones finales del proyecto por parte de los miembros, tanto en lo individual como en lo grupal. Aquí decires que reflejan lo sostenido :

“Lo que más me gustó fue la elaboración de proyectos de trabajo conjunto en nuestro Club para solicitar ayuda en financiamiento a otras organizaciones y para hacer talleres que vayan en ayuda a nuestros asociados.”

R.N.R., CRA “El Esfuerzo”, La Calera.

“Lo que más me gustó fue la formulación de planes para trabajar en talleres para nuestro Club de Rehabilitados.”

S.F., “El Esfuerzo”, La Calera.

La capacitación, propiamente tal, se lleva a cabo en dos sesiones. La confección del plan de trabajo es asignada como tarea.

En relación al criterio de evaluación *calidad del programa*, cabe señalar que existe la congruencia necesaria entre los objetivos, actividades, recursos, tiempos y criterios de evaluación, haciéndose la observación crítica que, por la falta de un cronograma y algunas actividades, se podría dificultar en alguna medida su ejecución.

En cuanto a la metodología, este plan de trabajo tiene un doble propósito : primero dar respuesta al objetivo planteado para los socios del Centro y segundo promover el quehacer del Centro (para captar nuevos socios), abriéndose a todo público.

Por entregarse el plan de trabajo en la última sesión del proyecto, no es posible constatar el inicio de la ejecución de las actividades programadas.

Objetivo específico N° 3 :

Capacitar a los miembros BPCD del CRA "El Esfuerzo" de La Calera, de modo que reconozcan en un 66,6% la importancia de su Salud Mental y atención de problemas psicológicos.

La capacitación se lleva a cabo mediante una charla expositiva del responsable del proyecto. Como primera observación en relación al cumplimiento de este objetivo, cabe señalar que no se cuenta en la jurisdicción de la DAIL Quillota con el recurso de un profesional psicólogo lo que obviamente imposibilita a los BPCD del CRA de La Calera acceder a atención psicológica. Por lo mismo, la encargada del programa para el bebedor problema del Hospital La Calera no justifica una intervención suya en el tema, ya que es otra su profesión.

Dentro de la exposición se abren espacios de discusión grupal donde los participantes dan su testimonio. Esto indica, en cierta forma, un reconocimiento de la importancia de la Salud Mental en su problema con el alcohol.

En cuanto a la evaluación estructurada de este objetivo, cabe mencionar que solamente tres de los participantes bebedores problema con dependencia asistieron a la sesión de evaluación.

Conocimiento	Medición cuantitativa	Medición cualitativa	Medición total
Muy bueno (100%)	1	0	0
Bueno (entre 99,9 y 66,6%)	2	2	2
Insuficiente (entre 66,5 y 33,3%)	0	1	1
Malo (menos de 33,3%)	0	0	0
Nº de Personas	3	3	3

En el cuestionario cuantitativo (conocimiento de problemas psicológicos) un miembro alcanza el 70% de los puntos posibles de obtener, el segundo 83,3% y el último 100%, lo que se califica como buen y muy buen conocimiento respectivamente.

En el cuestionario cualitativo (conocimiento de problemas psicológicos y conductos para acceder a atención psicológica) un miembro obtiene 40%, el otro 68,8%

y el tercero 80% de los puntos posibles de obtener, lo que es calificado como regular y buen nivel de conocimiento, respectivamente.

Por lo tanto se considera el objetivo logrado en parte, ya que, promediando los resultados de la evaluación cuantitativa y cualitativa, 2 de los 3 miembros BPCD del CRA "El Esfuerzo" de La Calera posee un buen nivel de conocimiento (entre 66,6 y 99,9% de los puntos posibles de obtener) en relación a los problemas psicológicos del beber problema y conductos para acceder a atención psicológica. Un miembro alcanza solamente 55% en promedio lo que significa un conocimiento insuficiente.

Objetivo específico N° 4 :

Capacitar a los miembros del CRA "El Esfuerzo" de La Calera en la formulación de estrategias de acción para la reinserción laboral que incluyan la creación de una bolsa de trabajo y vinculaciones para acceder a capacitación laboral, según las necesidades de los miembros.

Este objetivo se trabaja en la cuarta sesión. Como estrategia de acción para la reinserción laboral, según las necesidades de los miembros, se formula un plan de trabajo para la implementación de posibles talleres productivos entre los socios del Centro..

Las necesidades respecto a la reinserción laboral se establecen a través de una lluvia de ideas y discusión grupal posterior. En la misma sesión se elabora el plan de trabajo en forma conjunta. Frente a la buena participación de los miembros en la confección, se puede inferir la capacidad de formulación de planes de trabajo en lo referente a las necesidades de reinserción laboral. Se establece la necesidad de vincularse con la Municipalidad de La Calera para la implementación de posibles talleres productivos, incluyéndose este punto como primera actividad dentro del plan, con vistas a desarrollarlos a partir de Febrero del próximo año.

El plan de trabajo, en lo que dice relación con congruencia entre objetivos, metodología, actividades, recursos, tiempo y criterios de evaluación demuestra calidad y concreción dependiendo el éxito de su ejecución, en buena medida, de agentes externos.

Por lo anterior expuesto se considera logrado este objetivo, pues se cumple con la confección del programa, siendo este de buena calidad, y lográndose el inicio de su ejecución, lo que en suma está conforme con los criterios de evaluación establecidos.

PROYECTO N° 2 La red social : un recurso de apoyo entre organizaciones que trabajan con el bebedor problema (cd).

Objetivos.

Objetivo general.

Integrar a los agentes centrales - delegaciones de familiares, CRA y CSL de las localidades de Concón, Peñablanca, Quillota y La Calera - en una red social funcional de apoyo al BPCD en cada localidad.

Objetivo específico N°1 : Motivar a las delegaciones de familiares, a las directivas de los CRA y a los encargados de los programas para el BP de los CSL, para que consigan un trabajo conjunto en apoyo al bebedor problema.

Objetivo específico N°2 : Elaborar en conjunto con las delegaciones familiares, con los representantes de los CRA y los encargados de los programas para el beber problema de los CSL, líneas de acción para un tratamiento integral y el trabajo con la familia, funcional al proceso rehabilitador.

Objetivo específico N°3 : Favorecer la coordinación entre los CRA y los CSL de cada localidad para que encuentren puntos comunes de trabajo y establezcan estrategias de acciones conjuntas proyectadas en el tiempo.

Desarrollo Proyecto N° 2.

Proceso administrativo.

- Organización : Este proyecto es llevado a cabo por el equipo seminarista, quien toma las decisiones de como llevar a efecto la intervención profesional.

- Dirección y Ejecución : El equipo seminarista está a cargo de la dirección y ejecución del proyecto. La dirección ejercida con respecto al grupo de los agentes que forman parte de la red social de apoyo al bebedor problema en proceso de rehabilitación es de tipo democrático, facilitando en un grado máximo la participación de los representantes y promoviendo de esta forma un trabajo desde la experiencia con el fin de lograr la responsabilidad en la creación de una red social funcional al proceso rehabilitador del bebedor problema (cd).

Las líneas de comunicación en este proyecto se mantienen en forma permanente hacia :

- la DAIL (Dirección de Atención Integrada Local) de Quillota, -
- el Departamento de Salud municipalizada de Quillota,
- la Casa de la Cultura de Quillota,
- la Unidad de Alcohol y Drogas del Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota
- los representantes de 12 CSL y 4 CRA.

- Coordinación : Se desarrolla a través de reuniones efectuadas entre:

- el equipo seminarista, con el objeto de organizar y evaluar las sesiones del proyecto, como también las actividades de coordinación en relación a la promoción y permanencia del proyecto.(14 reuniones).
- la encargada de la Unidad de Alcohol y Drogas con el equipo seminarista, para la organización, promoción y autorización del evento; la obtención de recursos para su realización, informando permanentemente acerca del desarrollo del proyecto. (8 reuniones).
- la encargada de Salud Mental de la DAIL Quillota para conseguir el apoyo en la promoción y respaldo del proyecto y sobre todo en cuanto a la organización a nivel local (6 reuniones).

Estas reuniones permiten un mejor desarrollo del proyecto, favoreciendo la organización de las sesiones y actividades del proyecto, más la revisión y rectificación de aspectos del proyecto en forma inmediata mediante los procesos de retroalimentación.

- Control : Se efectúa mediante :

- Registro de actividades.
- Registro de asistencia.
- Tabla Gantt.
- Encuesta cualitativa (Evaluación Proyecto).
- Entrevista grupal (Evaluación del Proyecto).
- Cumplimiento de tarea.

Actividades.

Este proyecto surge de la necesidad de integrar a los agentes que apoyan al bebedor problema (familia, CRA y CSL) en una red social funcional, ya que aún existiendo, según el diagnóstico, un apoyo por parte de estos agentes, éste no es coordinado y, por ende, poco funcional.

La situación expuesta lleva al equipo seminarista a diseñar actividades que permitan, dentro de lo posible, responder a esta necesidad. Por lo tanto, se decide realizar cuatro sesiones con los representantes de las delegaciones familiares y directivas de los CRA de Concón, Peñablanca, Quillota y La Calera; y los encargados del programa para el bebedor problema de los doce Centros de Salud local correspondientes en el periodo comprendido entre el 08 y 29 de Noviembre de 1995, en las cuales se incluye como actividad una sesión de evaluación de la Jornada.

Los talleres de la Jornada se llevan a cabo los días Miércoles entre las 15.00 y 17.00 horas, habiéndose consultado la disponibilidad de tiempo de los potenciales participantes.

El lugar en que se efectúa la Jornada es la Casa de la Cultura de Quillota, por considerar a la Ciudad de Quillota el lugar de más fácil acceso para todo los participantes.

La jornada se realiza en cuatro talleres semanales de dos horas cada uno.

El primer taller aborda la temática del tratamiento integral y trabajo con la familia del bebedor problema (cd). La sesión se desarrolla de la siguiente forma:

- presentación de los participantes y de sus respectivas organizaciones a través de una dinámica ("La ronda").

- exposición de los temas de "La rehabilitación como proceso de desarrollo personal" y "Familia y Alcoholismo",

- trabajo temático grupal acerca del tratamiento integral y el trabajo con la familia, donde cada organización define, según su opinión, los elementos de ambos aspectos; identifica las fortalezas y debilidades de su organización en relación a ellos; y propone líneas de acción para realizar un tratamiento integral y trabajo con la familia del bebedor problema (cd),

- exposición de los resultados de los trabajos grupales en plenario y formulación de unas primeras conclusiones.

- asignación de tarea para que cada organización defina su aporte específico a la rehabilitación del bebedor problema (cd).

El segundo taller enfatiza la formulación de autodiagnósticos de los CRA y CSL favoreciendo, posteriormente, la coordinación entre ambos agentes. Engloba los siguientes pasos :

- apertura del taller con la presentación de la tarea que contiene la definición de los aportes específicos de las organizaciones. Estos se refieren a aspectos como :

- terapias grupales,
- trabajo con la familia,
- capacitación de monitores,
- derivación de los pacientes,
- atención médica,
- atención social.

- elaboración de autodiagnóstico, formándose dos grupos : uno integrado por los representantes de los CRA, el otro por los encargados del programa para el bebedor problema (cd) de los CSL, para que evalúen su trabajo como agente al proceso de rehabilitación del bebedor problema (cd).

- exposición de los diagnósticos, constituyéndose nuevamente dos grupos, pero esta vez integrando representantes de CRA y CSL, según las localidades correspondientes (Sector Concón -Peñablanca, Sector Quillota -La Calera), con el objeto de definir puntos de trabajo en común y formas de coordinación concretas entre ambos agentes.

- presentación de resultados y conclusiones,

- asignación de tarea, en donde se pide que cada organización defina las necesidades de apoyo que tenga.

El tercer taller trata de redes sociales y coordinación abarcando las siguientes acciones :

-presentación de la tarea, en relación a las necesidades de apoyo de las organizaciones, las cuales son :

- capacitación en terapia familiar,
- recurso de un profesional psicólogo,
- reconocimiento por parte de autoridades e instituciones públicas,
- infraestructura,
- coordinación entre CRA y CSL.
- asesoría profesional,
- material educativo en el tema.

- exposición del tema “Redes sociales y Coordinación”

-trabajo grupal, cuyo fin es desarrollar planes de trabajo para fortalecer la colaboración y coordinación en las redes locales que se formaron en la sesión anterior. Estos planes de trabajo tienen como base las necesidades de apoyo que expresan las organizaciones con anterioridad.

-presentación de los planes de trabajo de la Red del Sector Concón - Peñablanca y de la Red del Sector Quillota -La Calera.

El último taller abarca la evaluación de las redes locales establecidas y de la Jornada en general que se realiza según la siguiente estructura:

- ejercicio de representación gráfica de las redes locales establecidas,
- aplicación de un cuestionario para la evaluación individual y realización de una entrevista grupal (lluvia de ideas) para la evaluación grupal del taller.

- dinámica final, donde se formulan las solicitudes y compromisos que tienen las diferentes organizaciones entre sí y con la Unidad de Alcohol y Drogas del Servicio de Salud como instancia coordinadora.

- clausura del taller con un cocktail y entrega de diplomas.

Evaluación del Proyecto N° 2.

Evaluación de aspectos generales.

Asistencia

La asistencia de las personas invitadas por sesión y el tipo de organización que representan, se aprecia en la siguiente tabla :

Asistencia por sesión.

Sesión	Sesión N° 1 08/11/95	Sesión N° 2 15/11/95	Sesión N° 3 22/11/95	Sesión N° 4 29/11/95
N° CRA	4	4	4	4
N° CSL	8	7	7	6
N° Org.Co- ordinadoras	3	1	3	2
N° Participantes	28	21	22	21

El porcentaje de asistencia por organización se especifica en la tabla a continuación :

Asistencia por organización (en porcentajes).

Organización	Asistencia
CRA Concón	100%
CRA Peñablanca	100%
CRA Quillota	100%
CRA La Calera	100%
CSL La Palma	100%
CSL La Calera	100%
CSL El Olivar	100%
CSL Nueva Aurora	100%
URACH	100%
CSL N° 1 de Quillota	75%
CSL Boco	75%
Unidad de Alcohol y Drogas	75%
CSL La Cruz	50%
DAIL Quillota	50%
CSL Hijuelas	25%
CSL San Pedro	25%
CSL Santa Julia	25%
Promedio	76,4%

El promedio de asistencia en los cuatro talleres es de 23 personas. 14 personas y 9 organizaciones acuden a todas las sesiones (asistencia 100%), 6 personas y 3 organizaciones a tres (asistencia 75%) y 4 personas y 2 organizaciones alcanzan una asistencia de un 50%. El resto de las personas y organizaciones concurre solamente a un taller.

Recursos.

Los recursos materiales que se ocupan en la Jornada son los suficientes y de buena calidad, exceptuándose la sala de reuniones, por sus inadecuadas condiciones climáticas, acústicas, de espacio e implementación, lo que no influye mayormente en el desarrollo del proyecto por la alta motivación de los participantes.

En cuanto a los recursos humanos no se consigue la participación del Expositor del Ministerio de Salud, situación conocida oportunamente, por lo cual se toman las medidas para que este hecho no alterara el normal desarrollo del proyecto. Tampoco se cuenta con la presencia del profesional psicólogo de la Unidad de Alcohol y Drogas, por compromisos laborales.

En relación a los 12 Consultorios invitados, no asisten los encargados de Villa Alemana, Quillota N°2, El Melón y Artificio. En el caso del CSL de Villa Alemana, la no participación lleva a que el CRA de Peñablanca no cuente con su Centro de Salud para la formación de la red a nivel local.

La implementación de la Jornada tiene un costo de \$ 66.800, solventado, en su totalidad por el Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota a través de su Departamento de abastecimiento al cual se presentó el proyecto. Contando, además, con el apoyo en infraestructura (oficina, retroproyectora y teléfono) e insumos de oficina. El detalle de los costos se desglosa en siguiente página.

Costo del Proyecto N° 2

Ítem	Valor
Material de Oficina.	
- 40 lápices pasta.	\$ 4.000.-
- 10 plumones para papel	\$ 4.000.-
- 15 pliegos de cartulina blanca.	\$ 2.250.-
- 3 pliegos de cartulina de color.	\$ 300.-
- 1 resma de hojas de oficio.	\$ 3.500.-
- 10 transparencias.	\$ 1.500.-
Insumos Coffee-Break	
- 2 tarros de café	\$ 3.650.-
- 4 kgs. de azúcar.	\$ 1.200.-
- 25 paquetes de galletas.	\$ 7.500.-
- 15 litros de bebida gaseosa.	\$ 1.500.-
- 40 vasos plásticos.	\$ 500.-
- 40 cucharas plásticas.	\$ 500.-
Movilización.	
- Aporte para el CRA Concón.	\$ 8.000.-
- Aporte para el CRA Peñablanca.	\$ 8.000.-
- Aporte para el equipo seminarista.	\$ 16.000.-
TOTAL	\$ 66.800.-

Tiempo

Tabla Gantt N°

Act./	28/9- 8/10	9/10- 15/10	16/10- 22/10	23/10 29/10	30/10 05/11	6/11 12/11	13/11- 19/11	20/11- 26/11	27/11- 01/12
Coord.	-----	-----	-----	-----	-----*				
Ses.N°1						-----*			
Ses.N°2							-----*		
Ses.N°3								-----*	
Evalua.									-----*

Las actividades de la etapa de coordinación se realizan en los plazos establecidos, atrasándose, únicamente, la confirmación de la asistencia de los CSL en una semana (hasta el 7/11/1995).

Asimismo, las sesiones se desarrollan en los plazos programados.

Evaluación por cumplimiento de objetivos.

Objetivo específico N°1 : Motivar a las delegaciones de familiares, a las directivas de los CRA y a los encargados de los programas para el BP de los CSL, para que consigan un trabajo conjunto en apoyo al bebedor problema.

Según los criterios de evaluación de proceso (de G.Briones) establecidos para comprobar el cumplimiento de este objetivo, se observa lo siguiente :

En relación a este objetivo se realizan las 10 actividades de coordinación y administración planificadas,

- reunión de coordinación con la Asistente social de la Unidad de Alcohol y Drogas a fin de presentar el proyecto; se logra :

*el compromiso de la profesional para con la organización del proyecto en los aspectos de obtener el respaldo necesario para la implementación del proyecto (reunión de coordinación con el director del DAI).

*el envío de invitaciones por parte de la DAI a los CSL y CRA en cuestión por medio del conducto regular del Servicio de Salud.

*la consecución de recursos materiales y humanos necesarios para efectuar el proyecto, lográndose el apoyo por parte del Servicio en recursos materiales solicitados (especificados en el costo del proyecto).

No se consigue, a pesar de una invitación escrita y contactos telefónicos, la participación del encargado del programa para el bebedor problema del Ministerio de Salud quien disculpa su inasistencia.

Es importante señalar que desde el inicio de la etapa coordinadora y administrativa del proyecto se mantienen reuniones semanales para velar por la buena organización del proyecto.

- reunión de coordinación con el Director del DAI del Servicio a fin de presentar el proyecto y obtener su respaldo que se realiza con éxito, haciéndose la salvedad que se efectúa la reunión solamente con el director y no con los cuatro encargados de las DAIL, como se había planificado.

- reunión de coordinación con la Asistente Social de la DAIL Quillota, a fin de presentar el proyecto en la cual se revisa la estructura de sesiones y acuerda reducir el número de talleres de siete a cuatro, para posibilitar una amplia participación del Sector Salud. Además, se sugiere motivar y comprometer, personalmente, la participación de los representantes de los CSL en la Jornada. Mediante el apoyo de la DAIL Quillota se consigue la sala de reuniones para efectuar la Jornada.

- 24 (veinte y cuatro) entrevistas informales con los encargados del programa del BPCD de los 12 CSL para motivar su participación en el proyecto, en donde se desarrollan, en una primera instancia, las entrevistas para presentar el proyecto y recoger opiniones e inquietudes al respecto, y, en una segunda instancia, la entrega de las invitaciones, comprometiendo la asistencia a la Jornada.

- 8 (ocho) entrevistas informales con las delegaciones de familiares y las directivas de los cuatro CRA a fin de motivar su participación en el proyecto, en el caso de Concón y Quillota se ejecuta a través de la motivación de los profesionales que

asesoran dichos Centros y en el caso de Peñablanca y La Calera, permanentemente, en las sesiones del proyecto N° 1.

Las actividades mencionadas permiten una buena organización, y por ende ejecución del proyecto. Sin embargo, hay 3 actividades que no tienen el éxito esperado: no concurre el encargado del Ministerio de Salud; la sala comprometida no se puede ocupar en tres ocasiones, teniendo que trasladarse a una sala alternativa, dentro del mismo local, que no cumple con las condiciones adecuadas en espacio, implementación, ventilación y condiciones acústicas; no asisten los Consultorios: Villa Alemana, N°2 de Quillota, El Melón y Artificio.

No obstante, se ejecutan actividades no planificadas, como la invitación por conducto regular de todos los Consultorios del Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota a la Jornada, que tiene como efecto la asistencia de profesionales y técnicos de tres Consultorios de Viña del Mar : El Olivar, Sta. Julia y Nueva Aurora.

Según la evaluación por los criterios de proceso establecidos, se considera el objetivo logrado, ya que se desarrollan todas las actividades. Sin embargo, la motivación a los CSL no se logra en su totalidad, sin participar tres de ellos en la Jornada de trabajo conjunto.

Objetivo específico N°2 : Elaborar en conjunto con las delegaciones familiares, con los representantes de los CRA y los encargados de los programas para el beber problema de los CSL, líneas de acción para un tratamiento integral y de trabajo con la familia, funcional al proceso rehabilitador.

Los tres grupos de trabajo con participación de : las delegaciones familiares, directivas de los CRA y los encargados de los programas para el beber problema de los CSL, establecen a través de la discusión grupal, líneas de acción para un tratamiento integral y trabajo con la familia del bebedor problema (cd).

Los participantes definieron como tratamiento integral :-

- el apoyo biopsicosocial del Equipo de Salud al BPCD,
- el apoyo a la familia y
- la reinserción social.

Destacan en relación al trabajo con la familia la importancia de la educación acerca de como apoyar al BPCD y como reintegrarlo a sus roles familiares.

Aparecen como debilidades diagnosticadas por parte de las organizaciones, en relación al tratamiento integral y trabajo con la familia que realizan :

- la falta de compromiso por parte del Equipo de Salud,
- la falta de apoyo por parte de la familia y
- la falta de coordinación entre CRA y CSL y otras organizaciones comunitarias; parece adecuado el planteamiento de líneas de acción que van dirigidas a subsanar aquellos aspectos.

Las líneas de acción que se elaboran dicen relación con :

- capacitación de los Equipos de Salud en identificación del BP,
- acogida y tratamiento de los BPCD,
- derivación de los pacientes a los CRA,
- prevención; con la creación y distribución de material de apoyo,
- y las coordinaciones entre CRA y CSL, y con otras organizaciones de la comunidad.

Objetivo específico N°3 : Favorecer la coordinación entre los CRA y los CSL de cada localidad para que encuentren puntos comunes de trabajo y establezcan estrategias de acciones conjuntas proyectadas en el tiempo.

Como puntos de trabajo en común entre los CRA y los CSL de cada localidad (Sector Concón - Peñablanca/ Sector Quillota - La Calera) se define :

- el trabajo con el bebedor problema que tiene disposición de recuperarse, con vistas a mantener la permanencia en el tratamiento y con el fin de mejorar la calidad de vida de éste y de su entorno;
- interés en incorporar a la familia en el proceso de rehabilitación;
- capacitación de personal y monitores y
- la difusión de la prevención.

Las coordinaciones concretas que se establecen entre los CRA y CSL, que constituyen la base, junto con las necesidades de apoyo que presentan las organizaciones, para la formulación de estrategias de acción proyectadas en el tiempo, son las siguientes :

- Difusión del trabajo interno de los CRA y Consultorios.
- Formar y/o reactivar Centros Rehabilitadores de Alcohólicos.
- Establecer registros sectoriales de los CRA.
- Reuniones permanentes entre los equipos de Salud que trabajan con el BP y los encargados de los CRA (por lo menos cada dos meses).
- Crear instancias de coordinación más centrales a través de los DAIL, la Unidad de Salud Mental y la Unidad de Alcohol y Drogas del Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota.

Las estrategias de acción proyectadas en el tiempo se concretizan por medio de la formulación de planes de trabajo para los próximos trece meses: uno para la red del Sector Concón - Peñablanca, y el otro para la red del Sector Quillota - La Calera (véase anexos). Estos planes de trabajo contienen un detalle de acciones coordinadoras de las redes, derivadas del objetivo central de generar y mantener la red y estructuradas con responsabilidades, recursos, tiempo y criterios de evaluación.

En base a lo expuesto, se considera el objetivo plenamente logrado, pues la formulación de planes de trabajo, la coherencia y concreción de éstos, es el resultado de un buen autodiagnóstico, establecimiento de necesidades reales de apoyo por organización y la capacidad de proyectar la red en el tiempo. Esto se ve reforzado, además, con el hecho de que los planes de trabajo en ambos Sectores ya se encuentran en ejecución (Red Concón - Peñablanca desde el 5 de Diciembre, Red Quillota -La Calera desde el 4 de Diciembre del presente).

EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

El programa es evaluado en cuanto al cumplimiento de objetivos y la utilización de técnicas de intervención profesional, tomando como base los resultados obtenidos en la evaluación de los proyectos.

EVALUACIÓN POR OBJETIVOS DEL PROGRAMA

Objetivo específico N°1.

1.- Lograr que el apoyo de los Centros Rehabilitadores de Alcohólicos "La Amistad" de Peñablanca y "El Esfuerzo" de La Calera posibilite la continuidad en el proceso rehabilitador por parte de sus miembros bebedores problema (cd)

Respecto al primer objetivo específico, que se refiere al proyecto N° 1 "El CRA como instancia de desarrollo personal", cabe mencionar que en el Subproyecto N° 1, que se refiere al CRA "La Amistad" de Peñablanca, se logran los cuatro objetivos específicos que dicen relación con los aspectos necesarios de mejorar en el apoyo del CRA - Organización de delegación de familiares, Ocupación de tiempo libre, Reinserción social en el aspecto laboral y Preocupación por problemas psicológicos - para conseguir una continuidad en el proceso rehabilitador de sus miembros. No obstante, el mejoramiento del apoyo del CRA, el impacto de su labor en favor de la continuidad en el proceso rehabilitador de sus miembros se torna cuestionable por la falta de miembros BPCD que tiene. Por tanto, se incorpora en el proyecto como estrategia de acción la reactivación del Centro, esperándose los resultados de ésta en el mediano plazo.

La opinión de los miembros acerca del proyecto se expresa en las siguientes líneas :

" Lo que más me gustó fue la formación de talleres laborales que ayudarían al enfermo a ocupar tiempo libre (que es peligroso, el tiempo libre sin hacer nada) a encontrar sentirse útil y apoyado sinceramente con nuevos amigos."

R.P.T., CRA "La Amistad" de Peñablanca.

"Las sesiones del trabajo del proyecto fueron muy personificados; en los temas tratados de los proyectos : sobre la recuperación de los enfermos alcohólicos."

O.G.O, CRA "La Amistad" de Peñablanca.

Lo que los miembros encuentran deficitario en el proyecto es la falta de asistencia en las sesiones.

El Subproyecto N° 2, que se refiere al mismo objetivo específico programa, consiste en el mejoramiento del apoyo del CRA "El Esfuerzo" de La Calera. Se logran dos de los objetivos planteados plenamente y dos parcialmente (Organización de Delegación de familiares en un 50% y Reconocimiento de la importancia de preocuparse por problemas psicológicos en un 66,6%), lo que significa un mejoramiento del apoyo del CRA, sin que éste sea total. Sin embargo, la amplia participación en el proyecto y la incorporación de socios nuevos hacen suponer que la intervención se pueda proyectar en un futuro próximo, por el impacto que tiene el proyecto.

Las opiniones de los miembros del CRA "El Esfuerzo", que son indicadores para medir la calidad del proyecto, se refieren a lo siguiente :

"Las sesiones de trabajo en sí han sido muy buenas, muy productivas, por cuanto se ha explicado claramente en cada una de ellas. Lo que más me gustó fue el aprender a formular proyectos para nuestros Clubes de Rehabilitados."

S.F.O., CRA "El Esfuerzo", La Calera.

"En las sesiones de trabajo yo me sentí muy bien, ya que eso es lo que quiero para mi institución, aprender lo que nosotros no sabíamos, en especial, aprender a tener una idea de como se elaboran un plan de trabajo y utilizarlo para pedir ayuda a alguna institución y que esto vaya en ayuda de nuestros asociados."

M.P.B., CRA "El Esfuerzo", La Calera.

En consecuencia, el objetivo específico N° 1 del programa se considera logrado, ya que ambos subproyectos contribuyen al mejoramiento de los aspectos encontrados deficitarios en el diagnóstico en relación al apoyo que brindan los CRA, posibilitando así - más que antes -, la continuidad en el proceso rehabilitador por parte de sus miembros.

Objetivo específico N° 2.

2.- Integrar a los agentes centrales - delegación de familiares, CRA y CSL de las localidades de Concón, Peñablanca, Quillota, La Calera - en una red social funcional de apoyo al bebedor problema (cd) en cada localidad.

Este objetivo específico se desarrolla mediante el proyecto “La red social : un recurso para organizaciones que trabajan con el bebedor problema (cd)”.

En vista de que los tres objetivos específicos del proyecto se cumplen y que se logra establecer redes social en cada localidad (Sector Concón - Peñablanca, Sector Quillota - La Calera), se considera el objetivo general del proyecto, y por ende, el objetivo específico N°2 del programa, plenamente logrado.

Se puede sostener que las redes generadas son funcionales, pues en cada una de ellas se definen las metas comunes: el tratamiento integral y el trabajo con la familia (Objetivo específico N°2 del proyecto), puntos de trabajo en común, coordinaciones concretas (objetivo específico N°1 del proyecto) y estrategias de acción (objetivo específico N°3 del proyecto) que se expresan en planes de trabajo para los próximos trece meses permitiendo visualizar la persistencia de estas redes en el tiempo. Lo que se corrobora por el hecho que estos planes de trabajo ya se encuentran en ejecución en las dos redes generadas, sin intervención del equipo seminarista.

El impacto de este objetivo es considerado amplio en relación a su cobertura geográfica, ya que con las redes sociales generadas se puede enfrentar la problemática del bebedor problema (cd) en un vasto sector de la jurisdicción del Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota.

En lo que se refiere a la eficiencia de este proyecto, la relación entre los medios utilizados para llevar a cabo el proyecto y los fines obtenidos, se puede observar que es alta, por cuanto los recursos utilizados son los mínimos (Costo total del proyecto \$ 68.800.- Pesos) en relación al número de organizaciones con que se trabaja (diez y siete) y la magnitud del sector que se ve favorecido por la labor de las redes generadas. Esto por la metodología de trabajo empleada que consiste en la utilización de los aportes de cada organización para que, en apoyo mutuo, se complementen con el objeto de lograr su fin común.

En cuanto a la calidad del proyecto, los participantes nombran como aspectos positivos su productividad, utilidad, concreción, creatividad, dinamismo y participación. Se logra establecer la coordinación en la red social, el compromiso de la DAIL Quillota y Unidad de Alcohol y Drogas como instancias coordinadoras de estas redes y el cumplimiento de objetivos, favoreciendo el conocimiento entre organizaciones que trabajan con el BPCD y el establecimiento de puentes y canales de comunicación. Para ilustrar dos opiniones, que se refieren a los aspectos positivos del proyecto, se cita a dos participantes :

“Según mi opinión el aporte más significativo del taller fue, el hacernos abrir los ojos a la existencia de otros como uno, que trabajan con el tema, tienen experiencias, logros y problemas similares. Pero lo más importante fue darnos la posibilidad de establecer puentes de comunicación que, confío ayudarán a mejorar el trabajo en alcoholismo.”

C.E.M., CRA Quillota.

“El clima que se dio durante las sesiones fue bastante acogedor y en todo momento los participantes pudieron expresar sus ideas e inquietudes. Existió el respeto y cordialidad de los participantes, asimismo, los organizadores del taller fueron muy asertivos.”

M.P.R., CSL El Olivar.

Los aspectos negativos se refieren a la corta duración, el lugar físico en que se desarrolla el proyecto, la poca oportunidad para conocer más la historia de las organizaciones, falta de extensión en los temas teóricos (redes sociales) y falta de presencia de algunas organizaciones en los talleres. Un aspecto a mejorar es expresado en la siguiente opinión :

“Me gustaría que se desarrollaran talleres más continuos para seguir adquiriendo experiencia, no tan sólo en alcoholismo, sino también en otras materias para mejorar la calidad de vida de nuestra comunidad.”

M.S., Consultorio La Palma.

Objetivo General.

Generar una red social funcional de apoyo a los bebedores problema (cd) y a sus familias, miembros de un CRA correspondiente a la jurisdicción del Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota, que contribuya a la continuidad en el proceso rehabilitador de aquellos.

En relación al objetivo general del programa, por lo expuesto sobre el cumplimiento de los objetivos específicos, se puede sostener que la red social funcional de apoyo a los bebedores problema (cd) y a sus familias, miembros de un CRA correspondiente a la jurisdicción del Servicio de Salud Viña del Mar Quillota fue generada. También, se puede argumentar que contribuye a la continuidad en el proceso rehabilitador de los BPCD, sin perjuicio a las debilidades que se encuentran, en algunos aspectos, aún en el apoyo de los CRA. Sin embargo, es menester aclarar, que estas carencias son mínimas y, con las estrategias que se implementan, subsanables en un mediano plazo por los propios CRA. Más aún, si se considera el buen funcionamiento de la red social generada en la cual se encuentran insertos.

Evaluación de las técnicas.

a) Dinámicas de presentación.

Las técnicas utilizadas son : *El fósforo* y *La ronda*.

Tal como su nombre lo indica, estas técnicas cumplieron el objetivo de presentación, animando a los participantes a conocerse e integrarse. Se utilizan en las sesiones iniciales del Subproyecto N°1 y del Proyecto N°2, sin considerarse necesarias en el Subproyecto N°2 por tratarse de un grupo ya formado con una trayectoria común.

El uso de estas técnicas generó un ambiente de confianza, disminuyendo el nivel de tensión, típicas de las primeras sesiones. Además, permitieron un normal

desarrollo posterior de las actividades planificadas, facilitando la participación y el intercambio entre todos los presentes.

b) Técnicas de dinámica grupal.

Las técnicas empleadas en este rubro son las siguientes :

- trabajo en pequeños grupos, técnica de discusión grupal.
- lluvia de ideas, técnica de discusión grupal.
- *La red*, dinámica de discusión grupal.
- plenario, técnica de resumen.

De este grupo de técnicas, las más utilizadas son : el trabajo en pequeños grupos, desarrollado a través de la discusión y reflexión grupal; y el plenario, para resumir el resultado de trabajo de la discusión grupal y para formular conclusiones en conjunto. Asimismo, se usa la lluvia de ideas, que por su dinamismo facilita la discusión grupal posterior.

La implementación de éstas técnicas permite rescatar opiniones, experiencias, sugerencias y propuestas de cada integrante a lo que se suma la interacción entre los participantes.

Estas técnicas son las de mayor importancia en el desarrollo de los proyectos por su carácter participativo indicado para talleres de trabajo conjunto.

c) Técnicas educativas.

Entre estas se aplican las exposiciones de contenidos, las charlas socio-educativas y la asignación de tareas.

Cada una de estas técnicas cumplió con el objetivo educativo para el cual se les emplea : las exposiciones de contenidos en relación a los temas de rehabilitación y redes sociales; las charlas socio-educativas en torno a la formulación de planes de trabajo e importancia de preocuparse por problemas psicológicos; la asignación de tareas para complementar, reforzar y adelantar los trabajos de los talleres del proyecto

Nº 2 y, en el proyecto Nº 1, para comprobar conocimiento y comprensión de los contenidos entregados.

d) Técnicas evaluativas.

1.- Observación simple :

Esta técnica se utiliza durante toda la fase de ejecución, lo que deja captar actitudes de los participantes, para ir evaluando la acogida o rechazo de cada actividad y realizar eventuales modificaciones para asegurar el éxito de la intervención profesional.

2.- Observación estructurada.

Se realiza por medio de una pauta de observación para comprobar la eficiencia de la organización de la delegación de familiares de los CRA. Permite un seguimiento de la organización y del funcionamiento de la delegación de familiares del proyecto “El CRA como instancia de crecimiento”, y así una evaluación más amplia del objetivo correspondiente.

3.- Cuestionarios.

Se emplean cuestionarios con preguntas abiertas y cerradas para evaluar aspectos cualitativos y cuantitativos respectivamente. La evaluación cuantitativa tiene relación con la medición de conocimientos adquiridos de los beneficiarios del proyecto “El CRA como instancia de crecimiento”, y la evaluación cualitativa con la visión global de los participantes acerca del desarrollo de los proyectos. Esta última posibilita conocer la evaluación de los proyectos por parte de los propios participantes, y así complementar la evaluación del programa efectuada por el equipo seminarista.

Sistema de Control y Registro.

Para estos efectos se utiliza la **Tabla Gantt**, que durante todo el proceso de ejecución permite controlar que cada proyecto se desarrolla en los plazos establecidos en el programa.

Sólo se realizan modificaciones en el proyecto “El CRA como instancia de crecimiento”, a causa de un día festivo y compromiso contraído por uno de los CRA, coincidiendo con el día fijado para las sesiones. Aquello no produce alteraciones, ni en la ejecución de las actividades, ni en el cumplimiento de los objetivos del proyecto.

Este instrumento facilita la intervención en la medida que el equipo puede hacer una utilización racional del tiempo y desarrollar oportunamente las gestiones necesarias para el adecuado desempeño de las actividades programadas.

Asimismo, se emplea el **registro de asistencia** en ambos proyectos para evaluar el éxito de los proyectos en cuanto a motivación, promoción y regularidad en la asistencia. Este instrumento tiene especial importancia en el subproyecto N° 1 “El CRA “La Amistad” de Peñablanca como instancia de crecimiento”, donde, a partir de éste, se amplían las actividades de motivación y promoción del subproyecto y de las actividades del CRA en general.

EVALUACIÓN DEL PROCESO METODOLÓGICO

El propósito del siguiente punto es realizar una evaluación de los principales tópicos desarrollados en cada una de las etapas del proceso metodológico.

Investigación y Diagnóstico.

a) Definición del problema.

A través de entrevistas con expertos de la institución patrocinante y de la Escuela de Servicio Social se conoce el tema de la Salud Mental desde la perspectiva del trabajo con la comunidad, interiorizándose luego del problema de la rehabilitación en beber problema a Nivel de Atención Primaria en Salud y de la alternativa de los grupos de auto-ayuda. Se efectúa una revisión exhaustiva de la bibliografía específica de la materia, con la dificultad de que ésta es escasa respecto a los grupos de auto-ayuda. Conjuntamente se desarrolla un estudio preliminar del funcionamiento de los 8 (ocho) grupos de auto-ayuda para bebedores problema en proceso de rehabilitación en la jurisdicción del Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota, lo que, en suma, hace posible conocer con una profundidad mayor el tema y descubrir que el problema de la falta de continuidad en el proceso rehabilitador de los BPCD **no** es dado por el mal funcionamiento de los grupos de auto-ayuda, como se suponía, ya que ese no es tal.

De acuerdo a esta realidad, se llega a definir el problema en términos más amplios, bajo el concepto de inexistencia de una red social funcional de apoyo, presumiendo que la falta de una continuidad en el proceso rehabilitador se debe al insuficiente apoyo de varios agentes rehabilitadores, y no de uno sólo; y entendiendo, que esa insuficiencia en el apoyo integral de los agentes es producto de la ausencia de un trabajo conjunto o coordinación entre ellos. La definición del tema tiene como limitante la falta de bibliografía en la materia de redes sociales, salvo algunos ensayos, y la franca inexistencia de material en relación a la coordinación entre organizaciones.

El proceso metódico de delimitación de problema permite, finalmente, que las demás acciones emprendidas en el proceso metodológico sean las atinentes.

b) Objetivos de la Investigación.

Estos resultan adecuados para conocer la continuidad en el proceso rehabilitador por parte del bebedor problema y el apoyo que entregan los distintos agentes de la red social a éste; y sirven de guía para todo el proceso de investigación. Una aproximación más profunda a la temática específica desarrollada por el seminario, esta dada por la contrastación empírica de las hipótesis planteadas que permite establecer las relaciones causales entre las variables estudiadas.

Respecto a las técnicas, recursos y procedimientos para la recolección de datos, se puede señalar que las primeras son en base a encuestas a las distintas unidades de estudio en cuatro localidades, previamente seleccionados mediante el estudio preliminar en 8 localidades (**Concón, Viña del Mar, Peñablanca, Limache, Olmué, Quillota, La Calera, Cabildo**).

Un aspecto a considerar en la organización de la investigación, es el hecho que los CRA se reúnen, si bien regularmente, distanciado en el tiempo (semanal o quincenalmente) y coincidiendo, en dos casos, el día de reunión. Esto se constituye en una dificultad, si se tiene en cuenta que la investigación requiere de, a lo menos, tres visitas por Centro.

En relación a los recursos materiales utilizados se estiman suficientes y adecuados para la elaboración de instrumentos y su posterior análisis. Se dispone del aporte de la institución patrocinante del seminario en movilización, que por las distancias geográficas de las localidades en estudio era cuantiosa.

Finalmente, es necesario mencionar la buena acogida de los encuestados, **35 (treinta y cinco) miembros y directivas de 4 (cuatro) CRA, 7 (siete) grupos familiares y los encargados del programa para el beber problema de 12 (doce) CSL.**

Respecto al análisis e interpretación de los datos obtenidos, cabe mencionar, que las técnicas estadísticas utilizadas son indicadas en relación a la complejidad de la metodología de investigación empleada.

Ello permite corroborar con certeza tres de las cuatro hipótesis específicas planteadas y refutar una de ellas. Así se descubre: -que el compromiso que tiene la familia con los BPCD es suficiente, pero no incide en la continuidad en el proceso rehabilitador, - que el apoyo de los CRA, de los CSL y la coordinación en la red social son insuficientes y



que ello afecta a la continuidad en el proceso rehabilitador por parte de los bebedores problema. El rechazo de la primera hipótesis hace necesario buscar una explicación en los conocimientos utilizados lo que lleva, para la etapa de programación, a considerar a la familia, no como un agente de apoyo, sino como un ente necesitado de él.

Etapa de Programación.

Los hallazgos de la investigación - diagnóstica posibilitan estructurar un programa que se orienta a aumentar la funcionalidad en la red social de apoyo al bebedor problema en proceso de rehabilitación, empleando como estrategia de acción el trabajo en conjunto entre los distintos agentes de la red para que complementaran su experiencia mediante el apoyo mutuo. Asimismo, se implementa un proyecto dirigido a reforzar la labor de los CRA en los aspectos que se encuentran deficitarios en el diagnóstico.

Las actividades seleccionadas resultan coherentes con los objetivos planteados en cada uno de sus proyectos, así como factibles de ser realizadas en el tiempo establecido para la intervención.

Las técnicas programadas favorecen el desarrollo de las actividades, basándose en la estrategia participativa del programa.

En lo que respecta a los recursos materiales, suficientes para la ejecución adecuada de las actividades, se rescata que hay un amplio apoyo por parte de la institución patrocinante del seminario.

Los criterios y técnicas de evaluación, finalmente, son los indicados para poder comprobar el cumplimiento de los objetivos, revistiendo, la formulación de los objetivos, la dificultad que se puede utilizar solamente de manera muy restringida las técnicas de evaluación cuantitativa.

Etapa de Ejecución.

La etapa de ejecución se subdivide en una etapa de coordinación y en una de ejecución propiamente tal.

En la etapa de coordinación se realizan las gestiones de motivación y organización de los proyectos, y ante su exhaustividad tienen el éxito esperado.

En consecuencia, en la etapa de ejecución de los proyectos, las actividades se llevan a cabo sin distorsiones, excepto las dificultades con la sala de reuniones en el proyecto N° 2 “La red social : un recurso de apoyo para organizaciones que trabajan con el bebedor problema (cd)”, imposible de prever en la fase de organización.

La ejecución resulta coherente con las actividades, recursos y técnicas propuestas y el número de sesiones destinadas para ello.

En el proyecto N°1 “El CRA como instancia de crecimiento”, por el tiempo disponible, se efectúa solamente una labor de capacitación y asesoría a los CRA, teniendo claro que con los grupo de auto-ayuda es necesario realizar un trabajo de acompañamiento constante y a largo plazo. Y, por medio del seminario de título, se puede, únicamente, entregar herramientas para que los grupos den respuesta a sus necesidades concretas.

En el proyecto N°2 hay una amplia participación de las organizaciones que lleva a que este proyecto tenga los resultados y la trascendencia esperada, demostrándose que la estrategia de trabajo en redes, efectivamente, es un recurso para mejorar la funcionalidad en el apoyo social de las organizaciones. La estrategia de trabajo en redes, por ende, llega a constituir un potencial para Servicio Social profesional, posibilitando una intervención eficiente en distintas temáticas sociales que abarca, con los recursos institucionales existentes y, junto a la experiencia y coordinaciones de cada una, una amplia gama de conocimientos y relaciones. Por consiguiente, es una intervención que favorece la expansión, cobertura e integralidad del apoyo social en torno a un problema específico.

Etapa de Evaluación.

La etapa de Evaluación se desarrolla de acuerdo a los criterios de evaluación establecidos y en base a las técnicas de evaluación implementadas.

Para este efecto se realiza un análisis del cumplimiento de los objetivos, dando cuenta de las dificultades y de los logros obtenidos en la implementación del programa.

Referente a la evaluación de objetivos de capacitación, el equipo seminarista se encuentra con una debilidad en el planteamiento de los objetivos que no permite su medición cuantitativa en relación a los contenidos entregados, fijándose inicialmente criterios cuantitativos respecto a la cantidad de miembros capacitados y no en cuanto a la cantidad de conocimientos entregados. Aún cuando se debe utilizar para analizar estos aspectos una evaluación cualitativa exhaustiva, se reconoce la importancia del enfoque combinado entre técnicas cuantitativas y cualitativas.

Igualmente, se evalúan aspectos generales de los proyectos, como la asistencia, los recursos utilizados y el tiempo de ejecución empleado. Se comprueba, que el programa tiene éxito en cuanto da respuesta a los aspectos deficitarios diagnosticados, destacándose el aporte a la coordinación entre organizaciones.

Sin embargo, se requiere de una evaluación longitudinal para saber, si la red generada persiste en el tiempo y logra contribuir a la continuidad en el proceso rehabilitador del BPCD. Para este efecto, es importante mencionar, que faltan mecanismos evaluativos creativos que permitan medir el funcionamiento de una red.

Con el objeto de validar la intervención profesional, se realiza también una apreciación acerca de las técnicas utilizadas, destacando las que tienen mayor éxito y comprobando que su uso, finalmente, posibilita el desarrollo del programa.

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

CONCLUSIONES

1.- Respecto al tema del seminario.

El equipo puede confirmar, a través del proceso desarrollado en el seminario y, especialmente, en la etapa de investigación diagnóstica, que la continuidad en el proceso rehabilitador del bebedor problema se ve afectada por la falta de una red social funcional de apoyo a éste.

Siendo el beber problema con dependencia uno de las mayores preocupaciones de Salud Pública a nivel nacional, las acciones orientadas para favorecer la rehabilitación de las personas que lo padecen pierden eficacia por tratarse de esfuerzos aislados, faltando una coordinación entre los agentes encargados del problema para conseguir un tratamiento integral al bebedor problema.

El único agente que prestaría un apoyo suficiente a la rehabilitación es la familia, sin que su ayuda tenga una incidencia clara en la continuidad en el proceso rehabilitador. En tal sentido, se concluye que es imprescindible incluir a la familia en las estrategias de trabajo con el bebedor problema, ya que ella también requiere de apoyo por parte de los monitores y profesionales especializados en la materia.

Tanto los Centros Rehabilitadores de Alcohólicos de Concón, Peñablanca, Quillota y La Calera, como sus Centros de Salud local respectivos presentan insuficiencias en su apoyo al bebedor problema. Estas debilidades se refieren en el caso de los CRA a los aspectos de preocupación por problemas psicológicos, ocupación del tiempo libre y reinserción social. En el caso de los CSL a tratamiento integral, trabajo con la familia y trabajo con los CRA.

Sin embargo, estas falencias pueden subsanarse, según la experiencia del seminario, si se complementa la labor de ambos agentes en lo que se refiere a asesoría profesional, intercambio de experiencias, derivaciones y contactos con otros organismos comunitarios. Así cada uno de los agentes entrega al otro herramientas para mejorar su apoyo : el CRA puede ofrecer al CSL aportes en el trabajo con la familia, el CSL puede reforzar la preocupación por problemas psicológicos en los bebedores problemas (cd), miembros de un CRA, y el CSL puede aportar al CRA elementos para un buen uso del tiempo libre y acompañar al grupo en su proceso mediante la asesoría profesional. En

otros ámbitos se buscan soluciones conjuntas : relativo a la falta del recurso de un profesional psicólogo y atención terapéutica, y en lo tocante a la proyección comunitaria de ambos agentes en su preocupación por la rehabilitación del bebedor problema (cd).

Para formalizar la coordinación entre los agentes que apoyan el proceso rehabilitador del bebedor problema y posibilitar un trabajo conjunto proyectado en el tiempo, se genera por medio de las Jornadas de trabajo del proyecto “La red social : un recurso de apoyo para organizaciones que trabajan con el bebedor problema (cd)”, efectuadas por los seminaristas, dos redes sociales (Sector Concón - Peñablanca y Sector Quillota - La Calera) con las siguientes características :

- en relación al *tamaño*, la red del Sector Concón - Peñablanca está compuesta por 8 (ocho) organizaciones y la red del Sector Quillota - La Calera por 12 (doce).

- en cuanto a la *extensión*, las redes se extienden por los sectores de Concón a Peñablanca y de Quillota a La Calera, respectivamente.

- en lo relativo a los *accesos*, las organizaciones presentan relaciones directas con todas las otras organizaciones miembros de las redes, lo que significa un grado de acceso muy alto.

- en lo concerniente a la *estructura*, las dos redes poseen una estructura indirectamente interconectada, puesto que describen sistemas abiertos con fronteras permeables provistos de numerosos puentes que las conectan con otras redes (organización comunitaria).

Con referencia al tipo de redes creadas, éstas corresponden a sistemas de apoyo social y redes de cuidado posterior teniendo como función la entrega de ayuda formal e informal y la reintegración del bebedor problema (cd) proveyéndole continuidad en la ayuda recibida.

Por lo anterior expuesto y concluyendo respecto al tema del seminario, se puede afirmar que se las dos redes sociales formadas, son capaces de contribuir a la continuidad en el proceso rehabilitador de los bebedores problema (cd), pues la acción coordinada de sus agentes permite la ayuda diversificada e integral y, por ende, la funcionalidad en el apoyo al sujeto de atención.

2.- Respecto a los conocimientos utilizados.

Los aportes teóricos al seminario son de vital importancia, puesto que el conocimiento de redes sociales permite visualizar el problema y sus posibles causas desde una perspectiva amplia, demostrando que el problema no radica en las deficiencias de apoyo de un sólo agente, sino, principalmente, en la falta de coordinación entre éstos.

Tal conocimiento facilita el planteamiento de una estrategia de acción innovadora, aportando los conceptos y principios básicos, consistente en la utilización de los recursos y organizaciones existentes para formular un trabajo de intercambio y apoyo mutuo entre ellos.

A su vez, el seminario demuestra que es posible la intervención de trabajo social en redes sociales, no sólo a nivel de las personas, sino, también a nivel de organizaciones que trabajan en torno a un problema común. Este tipo de intervención se justifica sobre todo por la existencia de un sinnúmero de organizaciones que se preocupan de dar respuesta a problemas sociales específicos; haciéndose cada vez más necesario encontrar estrategias de coordinación que permitan encontrar puntos comunes de trabajo y proyectar su labor en favor de la integralidad. Para estas estrategias, la visión sistémica y los conceptos centrales de redes sociales, son un valioso aporte.

Otro hallazgo en relación al conocimiento acumulado en el trabajo con el bebedor problema, dice relación, con el apoyo que presta la familia a la continuidad en el proceso rehabilitador, encontrándose que no existe ninguna relación favorable entre ambos, desde la perspectiva del presente estudio. Por haberse refutado este aspecto los supuestos empíricos - que la familia tiene incidencia en la rehabilitación, ya sea esta positiva o negativa - se hace muy necesario realizar futuras investigaciones respecto a este punto, para obtener mayor conocimiento del fenómeno.

3.-- Respecto a la Intervención Profesional.

La intervención profesional apunta a abrir espacios que integran a los agentes de la red social de apoyo al bebedor problema en proceso de rehabilitación a nivel local y a nivel del Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota.

Un aspecto fundamental de coordinación entre agentes, es la asesoría profesional de los Centros de Salud a los grupos de auto-ayuda de bebedores problemas : el equipo seminarista comprueba que, gracias a una intervención orientada a la capacitación y seguimiento, se pueden entregar elementos a los socios que permiten mejorar aspectos deficitarios de su apoyo al proceso rehabilitador, sin que por ello el grupo pierda autonomía.

Otro ámbito de coordinación, es el trabajo conjunto entre los agentes de las redes, donde la generación de un espacio de encuentro facilita la definición de metas comunes, el diagnóstico de cada organización, el establecimiento de las necesidades de apoyo y la concreción de estrategias de acción en favor de la continuidad en el proceso rehabilitador.

Los resultados obtenidos fundamentan la efectividad de emplear los recursos existentes en la propia comunidad para satisfacer las necesidades de Salud Mental de sus miembros. Programas como éste demuestran que no es necesario disponer de gran cantidad de recursos o modelos foráneos, sino de conocimientos y de la voluntad para coordinarse.

Cabe señalar, que una intervención de esta naturaleza obtiene logros en el corto plazo, pero el impacto final sobre la cobertura e integridad de la atención al bebedor problema en proceso de rehabilitación es sólo medible a largo plazo y mediante una acción de coordinación permanente que trasciende la experiencia de un seminario de título. Para esto se requiere que las entidades superiores mantengan su compromiso con la estrategia implementada en relación a la problemática abordada.

Respecto a los niveles de intervención profesional de Servicio Social, es menester aclarar que la intervención en redes sociales implica tanto un trabajo de grupos como de comunidad, sin que sea posible delimitar con precisión si la metodología corresponde a uno o al otro ámbito. Cabe destacar, que más que un nivel extraño a los tradicionalmente establecidos en la profesión, la intervención en redes constituye una forma de trabajo integrativa entre los niveles mencionados.

Finalmente, en lo referente a las técnicas empleadas, que, si bien no son privativas de la profesión, la experiencia del seminario permite validar su uso, ampliamente, por los buenos resultados obtenidos en un tema que no es tradicional en Servicio Social.

4.- Respecto a la Política institucional.

En relación a la política institucional, se puede sostener que el presente seminario de título se enmarca plenamente en ella. Esto por que para ella resulta necesario modificar la subestimación que el sistema de atención ha hecho de las posibilidades de colaboración de la red social primaria y de las comunidades. La experiencia del equipo de memoristas parte de la valoración de la labor de los grupos de auto-ayuda en beber problema, integrándolos a su red comunitaria, sobre todo en lo que se refiere a la coordinación con el Nivel de Atención Primaria en Salud.

En la política se motiva al desarrollo de programas y acciones orientadas a los bebedores problema con dependencia que contemplan la participación de agentes gubernamentales, del sector privado, y dando especial énfasis a la labor de los grupos de auto-ayuda. El programa del seminario está dirigido a unir los esfuerzos del sector público (Centros de Salud local e instancias coordinadores del Servicio de Salud) con el trabajo de los grupos de auto-ayuda para que su participación en el proceso rehabilitador se haga más funcional.

Por último, las orientaciones y medios de acción deben reconocer el potencial de autocuidado y solidaridad de las personas, las familias, la comunidad y del personal de Salud. Empleando la forma de trabajo conjunto entre los agentes de la red - la familia, los grupos de auto-ayuda y los Centros de Salud local -, se favorece una labor desde la experiencia de las personas, facilitando el uso de los recursos propios para dar respuesta a un problema relevante de su comunidad.

En definitiva, la estrategia de trabajo en redes empleada por el presente seminario cumple con todas estas demandas institucionales, por lo que se considera un aporte concreto en relación a la implementación de políticas en Salud Mental comunitaria.

SUGERENCIAS

En base a lo expuesto, desde la perspectiva de Servicio Social, se formulan las siguientes sugerencias :

1.- Se sugiere implementar una asesoría profesional permanente en los Centros Rehabilitadores de Alcohólicos por parte de los encargados del programa para el beber problema de los Centros de Salud local, con el fin de apoyarlos en su proceso como grupo de auto-ayuda, velando por los aspectos centrales de la rehabilitación :

- preocupación por problemas físicos, psicológicos y sociales.
- psicoterapia grupal.
- educación en relación al beber problema.
- ocupación del tiempo libre. Y
- reinserción social en los aspectos de las relaciones familiares y laborales.

2.- Se propone desarrollar trabajo con la familia por parte de los CSL, considerándola como un ente afectado por el beber problema de uno de sus miembros y prestando especial atención a los síntomas de la codependencia.

3.- Es vital medir el impacto final de la intervención del presente seminario en el largo plazo, evaluando los aspectos de cobertura e integridad de la atención al bebedor problema en proceso de rehabilitación, a través de una acción de coordinación permanente con las redes. Para esto se requiere que las entidades superiores del Servicio de Salud mantengan su compromiso con la estrategia implementada en relación a la problemática abordada.

4.- Se manifiesta la importancia de un seguimiento, por parte de las instancias coordinadoras del Servicio de Salud, de las redes sociales establecidas, especialmente durante su primer año de actividad, no sólo para asegurar su funcionamiento en torno a la problemática que les dio origen (planes de trabajo para 1996), sino también para conocer su comportamiento, en términos generales, con el fin de sistematizar el trabajo profesional en torno a ellas. Para ello, es necesario crear tanto técnicas que permitan la intervención en redes, como técnicas de evaluación de su eficacia.

5.- Se encuentra necesario que la Unidad de Alcohol y Drogas expanda la experiencia del presente trabajo a otras localidades dentro del Servicio de Salud Viña del

Mar - Quillota, a las cuales no alcanza el impacto del seminario de título, pero los cuales poseen grupos de auto-ayuda en el tema del beber problema : Viña del Mar, Limache, Olmué y Cabildo.

6.- Se plantea la necesidad de realizar una investigación profesional en torno al apoyo que preste la familia al proceso rehabilitador, en relación a otras dimensiones que las analizadas en el presente estudio. Esto permitiría conocer con mayor exactitud los factores del apoyo familiar que inciden en continuidad en el proceso rehabilitador del bebedor problema (cd).

7.- Se recomienda implementar como estrategia de nuestra quehacer profesional el trabajo en redes en relación a otras problemáticas de Salud Mental comunitaria, como también a otras áreas del Servicio Social.

BIBLIOGRAFÍA

Textos.

- Alcohólicos Anónimos. "Los doce pasos."
A.A. World Services.
New York. 1953.
- Erikson, Erik "Infancia y Sociedad".
Edición Hormé, 3ª Edición.
Buenos Aires. 1970.
- Florenzano, Ramón. "Temas de Salud Mental y Atención Primaria de Salud."
Escuela de Medicina, Universidad de Chile.
Edición Corporación de Promoción Universitaria.
Santiago de Chile. 1991.
- Haward Business School Press "Networks and Organizations : structure, form and actions."
Edited by Nitin Nolina and Robert G. Eccles.
Haward. 1992.
- Organización Mundial de la Salud. "La introducción de un componente de Salud Mental en la Atención Primaria."
Edición Humanitas.
Buenos Aires. 1990.

- Organización Mundial de la Salud. "Problemas de Salud Mental en la Atención Primaria."
Edición Humanitas.
Buenos Aires. 1988.
- Rogers, Charles. "El proceso de convertirse en persona."
Edición Paidós.
Barcelona. 1989.
- Rogers, Ronald. "Si me amas, ayúdame."
Edición Atlántida.
Buenos Aires. 1989.
- Santo Domingo, Joaquín. "No te rindas ante el alcohol."
Edición Rialp.
Madrid. 1990.
- Schneider, Rudolf. "Die Suchtfibel."
Gerhard Röttger Verlag.
München. 1993.

Apuntes.

- Didier, Marcelo. "Los grupos de auto-ayuda."
Revista de Trabajo Social N° 37.
Santiago de Chile. 1982.
- Didier, Marcelo. "Redes sociales y Búsqueda de Ayuda."
Escuela de Psicología.
Pontificia Universidad Católica.
Santiago de Chile. 1986.

- Estevez, Rafael.
Aravena, Rogelio. "Conocidos, Amigos y Salud Mental. La Red personal y las transiciones a la vida adulta."
Departamento de Psiquiatría.
Universidad de Chile.
Santiago de Chile. 1987.
- Ley 17.105 "Ley de Alcoholes, Bebidas Alcohólicas y Vinagres."
Santiago de Chile. 14 de Abril del 1969.
- Sobarzo, Jorge.
Kong, Meylin.
Cardemil, Patricio. "Redes sociales."
Departamento de Psiquiatría.
Universidad de Chile.
Santiago de Chile. 1987.
- Folletos.**
- Amengol, Vilena "Familia y Drogas. Visión de una terapeuta sistémica."
Viña del Mar. 1995.
- Céspedes, Raúl. "Las adiciones."
Santiago de Chile. 1993.
- CONACE, Ministerio del Interior "Estudio Nacional del Consumo de Drogas. Informe ejecutivo."
Santiago de Chile. Marzo, 1995.
- Dabas, Eliana. "La intervención en Red. Red de Redes."
Buenos Aires. 1993.

- Feuerhake, Oscar.
- Florenzano, Ramón. "Programa de tratamiento del alcoholismo a Nivel Primario." Santiago de Chile. 1990.
- Feuerhake, Oscar. "Psicoterapia de grupo en alcohólicos." Santiago de Chile. 1984.
- Fuentealba, Ricardo. "Modelo de tratamiento y rehabilitación." Santiago de Chile. 1990.
- Fuentealba, Ricardo. "Prevención y tratamiento del consumo de drogas." Santiago de Chile. 1994.
- Gottlieb, Benjamin. "Social Support in the Workplace." New York, 1983.
- Graña, Dante. "Red social de pertenencia." Buenos Aires. 1988.
- Kaemmerling, Horst. "Abschied vom Alkohol." Eussertal. 1983.
- Liga contra el Alcoholismo. "Alcoholismo. Mal Nacional." Valparaíso. 1986.
- Ministerio de Salud. "2° Congreso Nacional de Alcoholismo. 5° Encuentro de profesionales que trabajan en alcoholismo." Santiago de Chile. 1986.

- Ministerio de Salud. "Alcoholismo. II. Congreso Iberoamericano de Alcohol y Alcoholismo." Santiago de Chile. 1981.
- Ministerio de Salud. "Alcohol y Drogas". Santiago de Chile. 1984.
- Ministerio de Salud Art.2, Decreto Ley 2.763. Creación del Sistema Nacional de Servicios de Salud. Santiago de Chile. 1979.
- Ministerio de Salud y Bienestar, Canadá. "Mental health for canadiens. Striking a balance." Ottawa. 1988
- Ministerio de Salud. "Normas técnicas y programáticas en Beber Problema" Santiago de Chile. 1993.
- Ministerio de Salud. "Orientaciones y Normas técnicas para el Asistente Social en Salud." Santiago de Chile. 1993.
- Ministerio de Salud. "Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría." Santiago de Chile. 1980.
- Ministerio de Salud. "Políticas y Plan Nacional de Salud Mental." Santiago de Chile. 1993.
- Minoletti, Alberto. "Diagnóstico del Alcoholismo en Chile." Santiago de Chile. 1981.

- Minoletti, Alberto. "La rehabilitación del enfermo alcohólico : un proceso de desarrollo personal." Santiago de Chile, 1993.
- Minoletti, Alberto. "Prevención secundaria del Alcoholismo." Santiago de Chile. 1976.
- Organización Panamericana de Salud. "Abuso de Drogas." Washington. 1990.
- Servicio General de Alcohólicos Anónimos. "Problemas con la bebida." Buenos Aires. 1983.
- Unión Rehabilitadora de Alcohólicos de Chile. "Estatutos." Santiago de Chile. 1971.
- Unión Rehabilitadora de Alcohólicos de Chile. "Modelo de grupo rehabilitador de Alcohólicos." Comité Asesor de la URACH. Santiago de Chile. 1993.
- Seminarios de título.**
- Acevedo Catalan, Carmen "Líneas de acción en el proceso de desarrollo de un Centro de Rehabilitación de Alcohólicos." Escuela de Trabajo Social Universidad Tecnológica Metropolitana de la Educación. 1976.

- Aran Cortés, Eduardo. "Diagnóstico descriptivo de los Centros Rehabilitadores de Alcohólicos en la V. Región...."
Escuela de Servicio Social.
Universidad de Valparaíso. 1978.
- Bustos Díaz, Vania. "Modelos psicológicos de tratamiento del Alcoholismo."
Escuela de Psicología.
Pontificia Universidad Católica de Santiago de Chile.
1991.
- Chavariga, Marianela. "Redes sociales de apoyo, una estrategia de intervención de Servicio Social...."
Escuela de Servicio Social.
Universidad de Valparaíso. 1993.
- Ojeda, Cristina. "Redes social de apoyo en el desarrollo estudiantil de alumnos...."
Escuela de Servicio Social.
Universidad de Valparaíso. 1992.
- Vera, Carmen. "Capacitación de orientadores...."
Escuela de Trabajo Social.
Pontificia Universidad Católica de Santiago de Chile. 1993.

Entrevistas.

- Bianchetti, Juanita, Asistente Social, Hospital El Salvador. Servicio de Salud. Valparaíso - San Antonio.
- Carcamo, Maria Eugenia, Enfermera, Unidad de Alcohol y Drogas. Servicio de Salud. Viña del Mar - Quillota.

- Carmona L., Gloria, Asistente Social, Unidad de Alcohol y Drogas. Servicio de Salud. Viña de Mar - Quillota.

- Gallardo, Maritza, Psiquiatra, Unidad de Alcohol y Drogas. Servicio de Salud. Viña del Mar - Quillota.

- Lobos M., Fernando, Sociólogo, Docente de la Escuela de Servicio Social. Universidad de Valparaíso.

- Miranda, Lorena, Asistente Social, Unidad de Salud Mental. Servicio de Salud. Viña del Mar - Quillota.

- Pastén C., Fernando, Asistente Social, Docente de la Escuela de Servicio Social. Universidad de Valparaíso.

- Sánchez, Guilda, Médico, DAIL Quilpué, Servicio de Salud. Viña del Mar - Quillota.

- Sepúlveda, Marisol, Asistente Social, DAIL Quillota. Servicio de Salud. Viña del Mar - Quillota.

- Tirado, Juan Esteban, Psicólogo, Unidad de Alcohol y Drogas. Servicio de Salud. Viña del Mar.

- Ubilla, Eduardo, Presidente de la Delegación URACH, V. Región.

- Vogel, Jorge, Psiquiatra, DAIL Quillota. Servicio de Salud. Viña del Mar - Quillota.

- Voigt C., Fernando, Psiquiatra, Unidad de Salud Mental, Servicio de Salud. Viña del Mar - Quillota.

ANEXOS

ANEXO N°1

ENCUESTA

1.- INDIVIDUALIZACION

Nombre : _____
Sexo : _____
Edad : _____
Estado Civil : _____
Escolaridad : _____
Actividad Laboral : _____
Remuneración : _____
Previsión en Salud : _____
Centro de Salud en que se atiende : _____
Otros Antecedentes de Salud : _____
Domicilio : _____
Centro de Rehabilitados Alcohólicos a que pertenece : _____

Tiempo que pertenece al Centro : _____

2.- GRUPO FAMILIAR

Nº de Miembros : _____
Nº de Adultos : _____
Nº de menores de 18 años de edad : _____
Ingreso Económico Familiar : _____ (indicar si es variable)
Salud Aparente : _____

3.- PREGUNTAS

- 1.- ¿ Cuánto tiempo ha transcurrido desde su primer tratamiento antialcohólico ?
Años _____ Meses _____ Días _____
- 2.- ¿ Cuántas veces ha recaído desde su primer tratamiento antialcohólico ? Nº _____
- 3.- Desde su última recaída ¿ Cuánto tiempo lleva abstinente ?
Años _____ Meses _____ Días _____

4.- ¿ Como son sus relaciones familiares?

Muy Buenas ____

Buenas ____

Regulares ____

Malas ____

No Corresponde ____

5.- ¿ Como son las relaciones con sus amigos ?

Muy Buenas ____

Buenas ____

Regulares ____

Malas ____

No Corresponde ____

6.- ¿ Como son las relaciones con sus compañeros de trabajo ?

Muy Buenas ____

Buenas ____

Regulares ____

Malas ____

No Corresponde ____

7.- Cuando tiene problemas económicos ¿ Qué hace ?

Busco trabajo ____

Solicito ayuda de algún familiar ____

Solicito ayuda de algún amigo ____

Busco ayuda en la red asistencial ____

Sin alternativa ____

8.- ¿ Concorre Ud. a consulta médica cuando tiene algún problema físico?

Siempre ____

Frecuentemente ____

A veces ____

Nunca ____

9.- ¿ Cumple Ud. las indicaciones que le da el médico?

Siempre ____

Frecuentemente ____

A veces ____

Nunca ____

10.- ¿ Concorre Ud. a consulta cuando tiene algún problema psicológico (ansiedad, angustia, nerviosismo)?

Siempre _____

Frecuentemente _____

A veces _____

Nunca _____

11.- ¿ Cumple Ud. las indicaciones del psicólogo, psiquiatra o terapeuta?

Siempre _____

Frecuentemente _____

A veces _____

Nunca _____

12.- ¿ Los miembros de su familia unen las fuerzas para ayudarlo?

Siempre _____

Frecuentemente _____

A veces _____

Nunca _____

No Corresponde _____

13.- ¿ Su familia lo acompaña a consulta médica (o de otro profesional de salud)?

Siempre _____

Frecuentemente _____

A veces _____

Nunca _____

No Corresponde _____

14.- ¿ Su familia se preocupa de que cumple las indicaciones médicas?

Siempre _____

Frecuentemente _____

A veces _____

Nunca _____

No Corresponde _____

15.- ¿ Su familia lo apoya afectivamente cuando tiene recaídas?

Siempre _____

Frecuentemente _____

A veces _____

Nunca _____

No Corresponde _____

16.- ¿ Su familia responde económicamente cuando Ud. se encuentra en situaciones críticas?

Siempre _____

Frecuentemente _____

A veces _____

Nunca _____

No Corresponde _____

17.- ¿ Su familia participa en las reuniones del Centro de Rehabilitados Alcohólicos?

Siempre _____

Frecuentemente _____

A veces _____

Nunca _____

No Corresponde _____

18.- ¿ Quién (es) de su familia lo acepta (n) con su problema (alcoholismo)?

Todos _____

La Mayoría _____

Algunos _____

Ninguno _____

No Corresponde _____

19.- En relación al Centro de Rehabilitados Alcohólicos ¿ Se realizan actividades que le permitan identificarse con el grupo?

Si _____

No _____

20.- Su asistencia al grupo es :

Frecuente _____

Esporádica _____

Encuesta cualitativa para 10 BPCD seleccionados

1.- ¿ Cree Ud. que su familia está comprometida con su rehabilitación?

Si ____ (si su respuesta es si, fundaméntela)

No ____ (si su respuesta es no, explique cual sería su ideal de compromiso familiar)

2.- ¿ Cree Ud. que el Centro de Rehabilitados Alcohólicos le preste el apoyo suficiente para su rehabilitación ?

Si ____ (si su respuesta es si, fundamente por que el apoyo le es suficiente)

No ____ (si su respuesta es no, explique cual sería su ideal)

3.-¿ Cree Ud. que el centro de salud local le preste el apoyo suficiente para su rehabilitación?

Si ____ (Si su respuesta es si, fundamente por que el apoyo le es suficiente)

No ____ (Si su respuesta es no, explique cual sería su ideal de apoyo)

ENCUESTA PARA 10 FAMILIAS SELECCIONADAS

- 1.- ¿ Los miembros de su familia unen sus fuerzas para ayudar al bebedor problema?
Siempre _____
Frecuentemente _____
A veces _____
Nunca _____
- 2.- ¿ Uds. acompañan al bebedor problema a la consulta médica (o con otros profesionales de la Salud) ?
Siempre _____
Frecuentemente _____
A veces _____
Nunca _____
- 3.- ¿ Uds. se preocupen de que el bebedor problema cumple las indicaciones médicas ?
Siempre _____
Frecuentemente _____
A veces _____
Nunca _____
- 4.- ¿ Apoyan afectivamente al bebedor problema cuando recae?
Siempre _____
Frecuentemente _____
A veces _____
Nunca _____
- 5.- ¿ Uds. responden económicamente cuando el bebedor problema se encuentra en situaciones críticas?
Siempre _____
Frecuentemente _____
A veces _____
Nunca _____
- 6.- ¿ Uds. participan en las reuniones del Centro de Rehabilitados Alcohólicos?
Siempre _____
Frecuentemente _____
A veces _____
Nunca _____

7.- ¿ Quién (es) de la familia aceptan al miembro bebedor problema?

Todos _____

La Mayoría _____

Algunos _____

Ninguno _____

8.¿Uds. como familia están comprometidos con la rehabilitación de su miembro alcohólico?

Si _____ (Si su respuesta es si, fundaméntela)

No _____ (Si su respuesta es no, explique por que y cual sería su ideal de compromiso familiar)

ENCUESTA A LOS CENTROS DE REHABILITADOS ALCOHÓLICOS

1.- Nombre del Centro : _____

Frecuentemente Esporádicamente Nunca

En su Centro se realizan actividades :

- | | | | |
|---|-------|-------|-------|
| 2.- que trabajen la autoimagen | _____ | _____ | _____ |
| 3.- que trabajen la valoración personal | _____ | _____ | _____ |
| 4.- que educan en relación a los daños orgánicos que produce el alcohol | _____ | _____ | _____ |
| 5.- que educan en relación a los daños psicológicos que produce el alcohol | _____ | _____ | _____ |
| 6.- que educan en relación a los daños sociales (en lo familiar, en lo laboral, respecto a las relaciones de amistad) | _____ | _____ | _____ |
| 7.- que educan en relación a las etapas del beber problema | _____ | _____ | _____ |
| 8.- que educan en relación a las formas de tratamiento del beber problema | _____ | _____ | _____ |
| 9.- que educan en relación a los hábitos alimenticios para un bebedor problema recuperado | _____ | _____ | _____ |
| 10.-que educan en relación a la prevención de recaídas | _____ | _____ | _____ |
| 11.-deportivas | _____ | _____ | _____ |
| 12.-artísticas | _____ | _____ | _____ |
| 13.-literarias | _____ | _____ | _____ |
| 14.- educativas en temas generales | _____ | _____ | _____ |
| 15.-que educan en relación a la codependencia | _____ | _____ | _____ |
| 16.-donde los familiares dan su testimonio | _____ | _____ | _____ |
| 17.-que educan en relación a roles familiares | _____ | _____ | _____ |
| 18.-de paseos familiares | _____ | _____ | _____ |
| 19.-de convivencia con las familias | _____ | _____ | _____ |

20.- ¿Existe en el centro un plan de reinserción laboral ?

Si ____

No ____

21.- ¿ Cuántas empresas han integrado a bebedores problema recuperados gracias a la acción del Centro ?

Nº ____

22.-¿ Cuántos bebedores problema han sido integrados a empresas gracias a la acción del centro ?

Nº ____

23.- ¿ Existe en el Centro una bolsa de trabajo ?

Formal ____

Informal ____

No existe ____

24.- ¿ Existe en el centro un programa de capacitación laboral ?

Si ____

No ____

25.-¿ Tiene su Centro relación con autoridades locales ?

Si ____

No ____

26.- ¿ Con qué entidades se relaciona el Centro respecto a la problemática del beber problema? _____

27.- ¿ Cree Ud. que la frecuencia con que se relaciona el Centro con estas entidades es la suficiente?

Suficiente ____

Insuficiente ____

28.-¿ El Centro realiza actividades de difusión hacia la comunidad acerca del beber problema (a través de medios de comunicación o exposiciones)?

Si ____

No ____

CUESTIONARIO A LOS CENTROS DE SALUD LOCALES

- 1.- Nombre : _____
2.- Tipo de establecimiento : _____
3.- Ubicación : _____
4.- Radio de acción : _____
5.- Cobertura (N° de personas que les corresponde atender) _____

6.- ¿Existe en la institución un equipo de especialistas encargados del beber problema?

Si _____

No _____

7.- ¿ Qué profesionales lo integran ?

8.- ¿ Existe en la institución un programa de prevención del beber problema ?

Si _____

No _____

9.- ¿ Si este programa existe ¿ es evaluado ?

Si _____

No _____

10.- ¿ Existe en la institución un programa de rehabilitación para el bebedor problema ?

Si _____

No _____

11.- ¿ Si este programa existe ¿ es evaluado ?

Si _____

No _____

12.- ¿Existe en la institución atención medica periódica (o derivación) para los bebedores problema con dependencia ?

Si _____ Derivación _____

No _____

13.- ¿ Cuántos bebedores problema con dependencia son atendidos por el médico al año?

N° _____

- 14.- ¿ Existe en la institución atención psicológica (o derivación) para los bebedores problema con dependencia ?
Si _____ Derivación _____
No _____
- 15.- ¿ Cuántos bebedores problema con dependencia son atendidos por el psicólogo al año?
Nº _____
- 16.- ¿ Existe en la institución atención social (o derivación) para los bebedores problema con dependencia ?
Si _____ Derivación _____
No _____
- 17.- ¿ Cuantos bebedores problema con dependencia son atendidos por el asistente social al año ? Nº _____
- 18.- ¿ Cuántas familias de bebedores problema con dependencia son atendidos por el asistente social al año ? Nº _____
- 19.- ¿ Se realiza un diagnóstico familiar del bebedor problema con dependencia ?
Si _____
No _____
- 20.- ¿ Existe en la institución un servicio de terapia de pareja (o derivación) para el bebedor problema con dependencia ?
Si _____ Derivación _____
No _____
- 21.- ¿ Cuantas parejas son atendidas (o derivadas) por éste servicio al año ? Nº _____
- 22.- ¿ Existe en la institución un servicio de terapia de familia (o derivación) ? para el bebedor problema con dependencia ?
Si _____ Derivación _____
No _____
- 23.- ¿Cuántas familias son atendidas (o derivadas) por éste servicio al año ? Nº _____
- 24.- ¿ Se capacita a la familia en el manejo de la problemática del bebedor problema con dependencia ?
Si _____
No _____
- 25.- ¿ Cuántos Centros de Rehabilitados Alcohólicos ha creado la institución ? Nº _____
- 26.- ¿ Cuántos de éstos funcionan actualmente ? Nº _____
- 27.- ¿ La institución presta asesoría a los Centros ?
Si _____
No _____

28.- ¿Con que frecuencia?

semanalmente _____

quincenalmente _____

mensualmente _____

no presta asesoría _____

29.- ¿ Con que entidades se relaciona la institución respecto a la problemática del beber problema ?

30.- ¿ Cree Ud. que la frecuencia con que se relaciona la institución con estas entidades es la suficiente ?

Suficiente _____

Insuficiente _____

Evaluación del Proyecto "El CRA como instancia de crecimiento personal".

¿Cómo se sintió en las sesiones de trabajo del proyecto?

¿Qué fue lo que más le gusto del proyecto?

¿Qué fue lo que le desagrado en el desarrollo del proyecto?

¿Según su opinión, cuales fueron los aportes más significativos del proyecto?

¿Cuáles aspectos le hubiera gustado que se desarrollaran más?

¿Cuales son los principales problemas psicológicos relacionados con el consumo excesivo de alcohol ?

- a) alteración de la capacidad de aprender y pensar (memoria)
- b) cirrosis
- c) alteración de las relaciones familiares
- d) alteración de la autoestima
- e) accidentes de transito.

¿Cómo se pueden tratar?

- a) con atención psicológica y de asistente social.
- b) con terapia individual y grupal.
- c) con terapia de pareja y familiar
- d) con las terapias del Centro Rehabilitador de Alcohólicos
- e) todas las anteriores.

¿Cuales son los principales problemas psicológicos relacionados con el consumo excesivo de alcohol ?

¿Cómo se pueden tratar?

¿Cuál es el conducto regular para obtener atención psicológica en su localidad (atención individual, atención grupal, terapia de pareja, terapia familia) ?

ANEXO N°2

MINISTERIO DE SALUD
S. DE SALUD VIÑA DEL MAR QUILLOTA
DIRECCION ATENCION INTEGRADA

DE: DIRECTOR ATENCION INTEGRADA
S. DE SALUD VIÑA DEL MAR-QUILLOTA

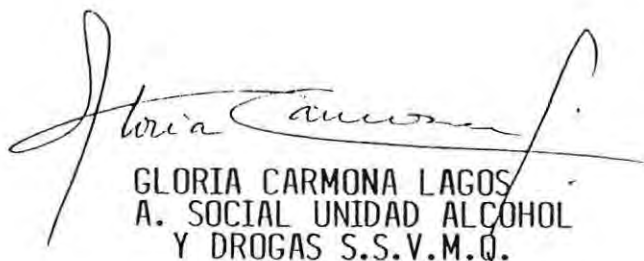
A : ENCARGADOS DEL PROGRAMA PARA EL BEBER PROBLEMA
DIRECTIVOS DE LOS CENTROS REHABILITADORES DE ALCOHOLICOS
DELEGADOS DE FAMILIARES

ESTIMADO (os) SR (es):

La "Unidad de Alcohol y Drogas" y la Dirección de Atención Integrada del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota, tienen el agrado de invitar a Ud.(s) a una jornada de trabajo acerca de "Redes sociales en Beber Problema" a cargo de memoristas de Servicio Social de la Universidad de Valparaíso.

Esta jornada se realizará los días **miércoles 8, 15, 22 y 29** de noviembre de **15.00 a 17.00 hrs.** en la **Casa de la Cultura**, en la comuna de Quillota (Blanco 315).

Esperando contar con su participación, saluda atentamente:


GLORIA CARMONA LAGOS
A. SOCIAL UNIDAD ALCOHOL
Y DROGAS S.S.V.M.Q.


DR. ANDRES SAN MARTIN TAPIA
DIRECTOR ATENCION INTEGRADA
S.S.V.M.Q.

VIÑA DEL MAR, octubre de 1995.

ANEXO N°3

PROGRAMA 1º TALLER

08 de Noviembre 1995

15.00 - 15.15 hrs.	Recepción.
15.15 - 15.20 hrs.	Bienvenida.
15.20 - 15.40 hrs.	Presentación de los participantes y de sus respectivas organizaciones.
15.40 - 15.50 hrs.	Exposición del tema "La rehabilitación como proceso de desarrollo personal" y "Familia y Alcoholismo".
15.50 - 16.20 hrs.	Trabajo temático "El tratamiento integral y el trabajo con la familia del BP"
16.20 - 16.50 hrs.	Exposición de resultados. Conclusiones.
16.50 - 17.00 hrs.	Cierre.

LA RED SOCIAL :
UN RECURSO DE APOYO
PARA ORGANIZACIONES
QUE TRABAJAN CON EL
BEBEDOR PROBLEMA

PROGRAMA 2º TALLER

15 de Noviembre 1995

15.00 - 15.15 hrs. Recepción.

15.15 - 15.20 hrs. Apertura Taller.

15.20 - 15.40 hrs. Presentación de la tarea : Aporte específico de cada organización a la rehabilitación del BP.

15.40 - 16.00 hrs. Autodiagnóstico.

a) CRA : Análisis de fortalezas y debilidades como grupo de autoayuda.

b) CSL : Análisis de aciertos y desaciertos como agentes fundamentales en la rehabilitación.

16.00 - 16.10 hrs. Presentación de los diagnósticos.

16.10 - 16.40 hrs. Coordinación CRA - CSL.

a) encontrar puntos de trabajo en común.

b) establecer formas de coordinación concretas.

16.40 - 16.50 hrs. Exposición de resultados. Conclusiones.

16.50 - 17.00 hrs. Asignación de tarea. Cierre.

LA RED SOCIAL :

UN RECURSO DE APOYO

PARA ORGANIZACIONES

QUE TRABAJAN CON EL

BEBEDOR PROBLEMA

PROGRAMA 3º TALLER

22 de Noviembre 1995

15.00 - 15.15 hrs. Recepción.

15.15 - 15.20 hrs. Apertura.

15.20 - 15.40 hrs. Presentación de la tarea : Exposición de las necesidades de apoyo que tengan las diferentes organizaciones.

15.40 - 15.50 hrs. Exposición del tema "Redes sociales y Coorcnación".

15.50 - 16.40 hrs. Trabajo grupal.

- Desarrollar planes de trabajo para fortalecer la colaboración y coordinación en las redes locales.

16.40 - 16.55 hrs. Exposición de resultados. Conclusiones.

16.55 - 17.00 hrs. Cierre.

LA RED SOCIAL :

UN RECURSO DE APOYO

PARA ORGANIZACIONES

QUE TRABAJAN CON EL

BEBEDOR PROBLEMA

PROGRAMA 4° TALLER

29 de Noviembre 1995

15.00 - 15.15 hrs.	Recepción.
15.15 - 15.20 hrs.	Apertura Taller.
15.20 - 15.50 hrs.	Representación gráfica de las Redes locales es- tablecidas.
15.50 - 16.00 hrs.	Evaluación individual del taller.
16.00 - 16.15 hrs.	Evaluación grupal del taller.
16.15 - 16.30 hrs.	Proyecciones y compromisos frente a la Unidad de Alcohol y Drogas en relación a los planes de trabajo de las redes.
16.30 - 17.00 hrs.	Convivencia y Clausura del taller.

LA RED SOCIAL :

UN RECURSO DE APOYO

PARA ORGANIZACIONES

QUE TRABAJAN CON EL

BEBEDOR PROBLEMA

¡ Que tengan éxito con su trabajo en Red !

EVALUACIÓN DEL TALLER

¿ Cómo se sintió en las sesiones de trabajo del taller?

¿ Según su opinión, cuales fueron los aportes más significativos del taller ?

¿ Cuáles aspectos le hubiera gustado que se desarrollaran más ?

ANEXO N°4

RESULTADOS DEL TRABAJO GRUPAL / 1º TALLER

1) ¿Según su opinión, qué elementos contiene el tratamiento integral y el trabajo con la familia del bebedor problema con dependencia en rehabilitación ?

Tratamiento integral :

- apoyo biopsicosocial del Equipo de Salud.
- los primeros dos años son recuperación, luego comienza la rehabilitación.
- reinserción laboral.
- reconocimiento de la dependencia.
- fuerza de voluntad del BP.
- apoyo a la familia.
- atención en la parte física, psíquica y social.

Trabajo con la familia :

- educación en relación a :
 - como la familia debe apoyar al enfermo alcohólico.
 - conductas que refuerzan la enfermedad.
 - reintegración del enfermo en sus roles familiares y de pareja.
- apoyo a la familia en relación a :
 - como vivir con un enfermo alcohólico.
- promover la unión de familias de rehabilitados.

2) ¿Cuáles son las fortalezas y debilidades que visualizan en el tratamiento integral y trabajo con la familia en sus organizaciones ?

Fortalezas :

- buen "enganche" al tratamiento por parte del médico y enfermo.
- aplicación masiva del EBBA.
- apoyo que recibe el BP por parte del Equipo de Salud y de la familia.
- CRA y Consultorios como potencial para extender la Red de apoyo social del BP.

Debilidades :

- falta de recursos (financieros, físicos y humanos).
- dependencia de voluntarios y del interés y compromiso de profesionales.
- falta de integración de la familia en el proceso rehabilitador para que ésta motive la integración del BP a un CRA.
- influye situación económica del BP para poder continuar el tratamiento.
- no todos los Equipos tienen compromiso.
- negativismo por parte de la familia para apoyar al BP.
- falta de conciencia del problema por parte de la sociedad.
- falta de coordinación entre organizaciones que trabajan con al BP.

3) ¿ Qué líneas de acción proponen para realizar un tratamiento integral y trabajo con la familia?

- Creación y distribución de material de apoyo.
- Capacitación de los profesionales que integran Equipos de Salud.
 - identificación del BP.
 - recepción y tratamiento.
 - derivación a los CRA.
- prevención.
- retroalimentación y coordinación intersectorial.
- mejor comunicación y coordinación entre, los CRA y Consultorios.
- apoyo a los CRA por parte de los Centros de Salud.
- que Consultorios deriven pacientes a los CRA.
- buena coordinación entre Consultorios, CRA y otras organizaciones. Proyección comunitaria.
- que CRA cuenten con personas capacitadas para conscientizar a la comunidad.

Conclusiones.

Se informa que la Delegación URACH V. Región capacita a personas que integran los CRA.

Se solicita información hacia los Consultorios de los cursos impartidos por la URACH.

Se propone utilizar al Servicio de Salud como instancia Coordinadora entre la URACH y los Centros de Salud.

RESULTADOS DEL TRABAJO GRUPAL/ TALLER N°2

APORTE ESPECÍFICO DE LAS ORGANIZACIONES A LA REHABILITACIÓN.

- CRA "El Esfuerzo", La Calera : - Crear conciencia de enfermedad.
 - Derivar pacientes BP al Hospital.
 - Integración de pacientes BP al Centro.
 - Realización de terapias grupales.
 - Capacitación de monitores.
 - Difusión hacia la comunidad.

- CRA "La Amistad", Peñablanca : - Derivaciones de pacientes BP al Consultorio.
 - Conseguir para pacientes BP atención médica.
 - Motivar la integración de nuevos socios al Centro.
 - Integración de la familia al Centro.
 - Terapia para reforzar la abstinencia (primeros dos años).
 - Terapia para reforzar la rehabilitación(después de dos años)

- CRA "Estrella de la Costa", Concón : - Dar apoyo moral al enfermo y su familia.
 - Realizar acompañamientos al enfermo.
 - Dar apoyo económico al paciente.
 - Integración del enfermo BP al Centro.

- CRA Quillota : - Otorgar tratamiento médico a cada paciente.
 - Realizar tratamiento grupal a cargo de la A.S.
 - * se trabaja reconocimiento de la enfermedad.
 - *el desarrollo de conocimientos para enfrentar el problema
 - * se otorga apoyo grupal.

- Hospital de La Calera : - Realizar control médico y de enfermería.
 - Derivar al paciente a Servicio Social.
 - Se tiene conexión con el CRA.

- Apoyar a los grupos de autoayuda.

URACH, Delegación V. Región : - Contar con plan de acogida.

- Derivar para atención médica.
- Capacitación de monitores.
- Realizar terapias grupales.
- Difusión prevención primaria en establecimientos educativos.
- Apoyar al desarrollo personal.

AUTODIAGNÓSTICO.

Fortalezas y debilidades de los CRA como grupo de autoayuda.

Fortalezas : - Contar con un lugar físico para trabajar.

- Contar con monitores, orientadores y asesores.
- Objetivo común ayuda a mantener buenas relaciones.
- Capacitaciones ofrecidas por la URACH.
- En algunos CRA hay buena coordinación con los Centros de Salud.

Debilidades : - Problemas en la difusión de la capacitación impartida por la URACH.

- No en todos los CRA hay coordinación con los Centros de Salud.
- Falta de financiamiento.
- Problemas en la asistencia y la constancia de los socios en rehabilitación.

Aciertos y Desaciertos en el tratamiento integral de los Centros de Salud.

Aciertos : - Aplicación escala EBBA.

- Atención rápida y expedita.
- Control médico permanente.
- Insertar en el programa de crónicos.
- Educación en relación a la Salud del paciente.

- Apoyo farmacológico y de medicamentos permanente.
- Coordinación mínima con CRA.

Desaciertos : - no todos los Consultorios aplican Escala EBBA.

- falta de grupo de apoyo interno.
- falta de atención integral al BP.
- falta de incorporación de la familia al tratamiento.

- falta de redes de apoyo externo.

Puntos de trabajo comunes entre CRA y CSL.

- trabajo con el paciente alcohólico.
- mejorar la calidad de vida de este y de su entorno.
- trabajar con el paciente que este dispuesto a recuperarse.
- mantener la permanencia del tratamiento.
- interés en la rehabilitación del BP y de su familia.
- capacitación de personal idóneo.
- difusión de la prevención.

Coordinaciones concretas entre CRA y CSL.

- Difusión del trabajo interno de los CRA y Consultorios.
- Reuniones periódicas de coordinación (por lo menos cada dos meses).
- Formar y/o reactivar los Centros de rehabilitadores de Alcohólicos.
- Establecer registros sectoriales de los CRA.
- Reuniones permanentes entre los equipos de Salud que trabajan con el BP y los encargados de los CRA.
- trabajar sobre la experiencia de acción ejecutada en Hospital psiquiátrico "El Salvador", creando instancias de coordinación más centrales a través de los DAIL, la Unidad de Salud Mental y la Unidad de Alcohol y Drogas del Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota.

Resultados del Trabajo Grupal/ Taller N° 3

Necesidades de apoyo de las distintas organizaciones.

Hospital La Calera : - Apoyo en capacitación (específicamente en terapia familiar).
- Recursos profesionales (psicólogo)

CRA Concón : - Apoyo por parte de autoridades
- Necesidad de sede propia
- Integración comunitaria.

CSL Nuevo Aurora : - Información y coordinación entre grupos que trabajan con el BP
- Capacitación del Equipo de Salud y del paciente (familia) en relación al manejo de la enfermedad.
- Coordinar reuniones periódicas (semestrales o trimestrales) con organizaciones que trabajan con el BP.

URACH V. Región : - Necesidades de sedes propias para cada uno de los CRA.
- Preocupación de las autoridades.
- Necesidad de apoyo económico.

CRA Peñablanca : - Coordinación CRA-Consultorio.
- Asesoría médica.
- Apoyo de la municipalidad.

CRA La Calera : - Apoyo profesional.
- Apoyo de autoridades.

Consultorio N°1 Quillota : - Capacitación en terapia familiar.
- Asesoría de psicólogo.
- Coordinación entre asesores profesionales de los CRA (reuniones trimestrales).
- posibilidad de postular a proyectos para los equipos de Salud que trabajan con el BP:
- Instancias de Coordinación con otros organismos de la comunidad (DIGEDER, Juntas de Vecinos, etc.) en conjunto con los CRA.
- Coordinación con los CRA para la pesquisa de pacientes.

CRA Quillota : - Material bibliográfico en relación al BP y dinámica de grupo.

Planes de trabajo / Quillota - La Calera

Objetivo : Establecer y mantener la coordinación entre CRA, Consultorio y Hospitales que trabajan con el BP en la Provincia de Quillota.

- Actividades :
- 1º Realizar una primera reunión de responsables del proyecto.
 - 2º Realizar reuniones periódicas con los equipos de las organizaciones.
 - 3º Confeccionar catastros de organizaciones de apoyo y tratamiento de BP.
 - 4º Generar proyectos para BP.
 - 5º Incentivar y motivar a las autoridades.
 - 6º Coordinar con la DAIL la obtención de material audiovisual.
 - 7º Solicitar capacitaciones para las organizaciones integrantes de la red social.
 - 8º Intercambio de experiencias prácticas.
 - 9º Exposición y análisis del material de que dispone cada una de las organizaciones integrantes de la Red.

Responsables por actividad : - Sra. Elizabeth Araya (Consultorio La Cruz).

- Sra. Mercedes Garcia y Sra. Ana Luisa Gajardo (Hospital La Calera).
- Sra. Ana Maria Brito (Consultorio N°1 Quillota).
- Sra. Lorena Miranda (DAIL Quillota).
- Sr. Claudio Esparza (CRA Quillota).
- Sra. Maria Pasten (CRA La Calera).

Recursos (materiales y humanos) :

Materiales : - Oficina DAIL.

- Sede CRA La Calera.
- Sede CRA Quillota.
- Material educativo.

Humano : - Profesionales y técnicos de la Salud.

- Profesionales encargados de los programa BP.
- Representantes CRA La Calera.
- Representantes CRA Quillota.

Tiempo (Tabla Gantt).

1ª Actividad : Reunión de Coordinación de los responsables del programa, día 4 de Diciembre en Oficina DAIL Quillota con el objeto de comprometer a las personas responsables y planificar futuras actividades.

Act./Meses	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
1ª Act.	-----						
2ª Act.	-----		-----		-----		-----
3ª Act.	-----						
4ª Act.						-----	-----
5ª Act.	-----	-----					
6ª Act.	-----	-----					
7ª Act.			-----	-----	-----		
8ª Act.			-----	-----			
9ª Act.	-----	-----					

Criterios de Evaluación.

Plan de trabajo / Sector Concón-Peñablanca

Objetivo general : Armar la red y hacerla funcionar.

Objetivos específicos : 1° Mejorar la Coordinación consultorio - CRA.

2° Establecer coordinación con otras instituciones (DIGEDER, Municipalidad, Juntas de Vecinos, Clubes deportivos, ONG, etc.).

Actividades : 1° Establecer reuniones de coordinación, a través del Servicio de Salud, con los

Consultorios, CRA y URACH.

2° Establecer un catastro de instituciones existentes en la comunidad.

3° Elaborar en conjunto un programa de trabajo en relación a las necesidades u otros intereses del Equipo de Salud y del BP.

4° Establecer coordinación con instituciones como DIGEDER, ONG, Juntas de Vecinos, Municipalidades, etc..

5° Realizar en conjunto con instituciones de la comunidad diversas actividades de interés comun.

Responsables : 1° Servicio Salud.

2° CRA Peñablanca, CRA Concón.

3° Equipos de Salud, URACH, CRA.

4° Equipos de Salud y CRA en su localidad.

5° Equipos de Salud y CRA en su localidad.

Recursos (materiales y humanos).

- teléfono.

- material de escritorio

- monitores, orientadores.

- material recreativo.

- material audiovisual.

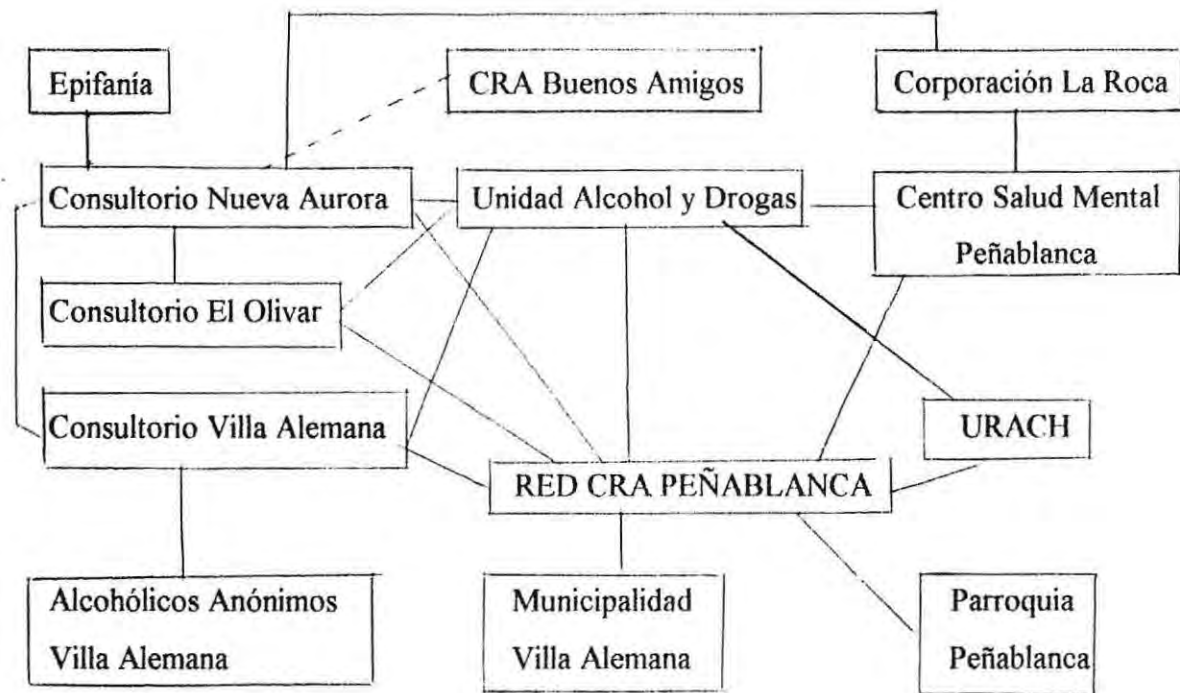
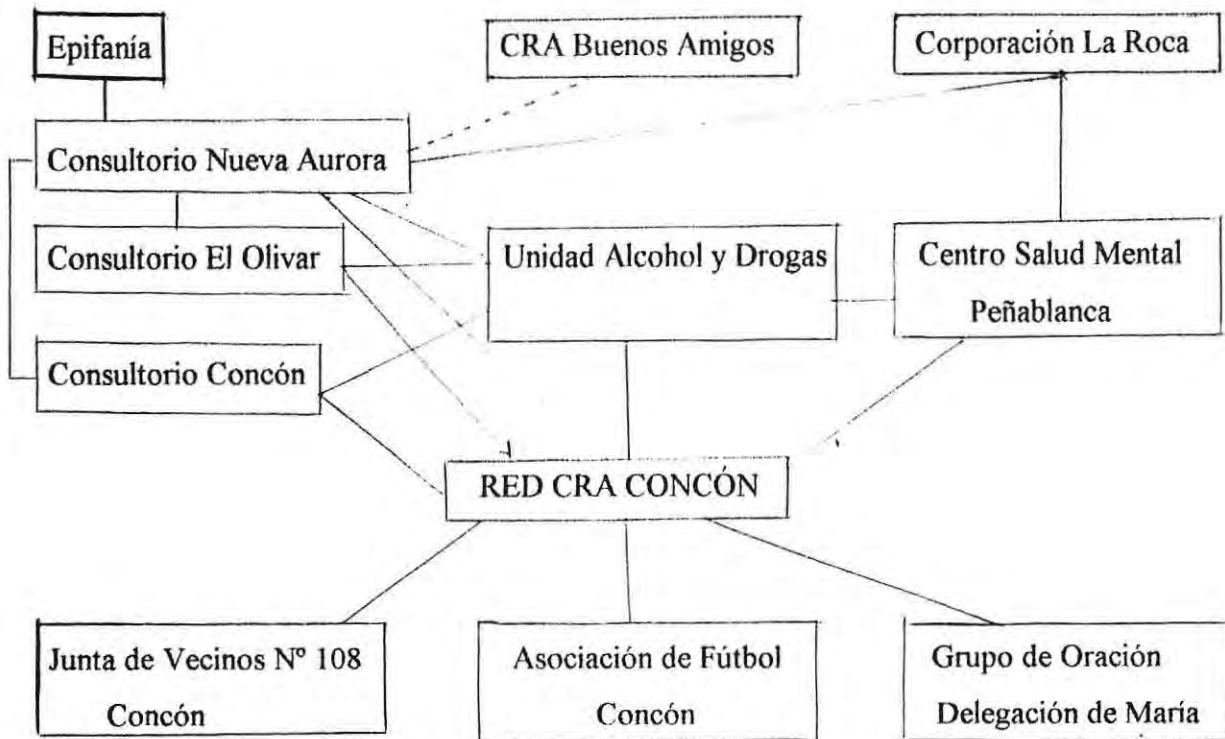
Tiempo (Tabla Gantt).

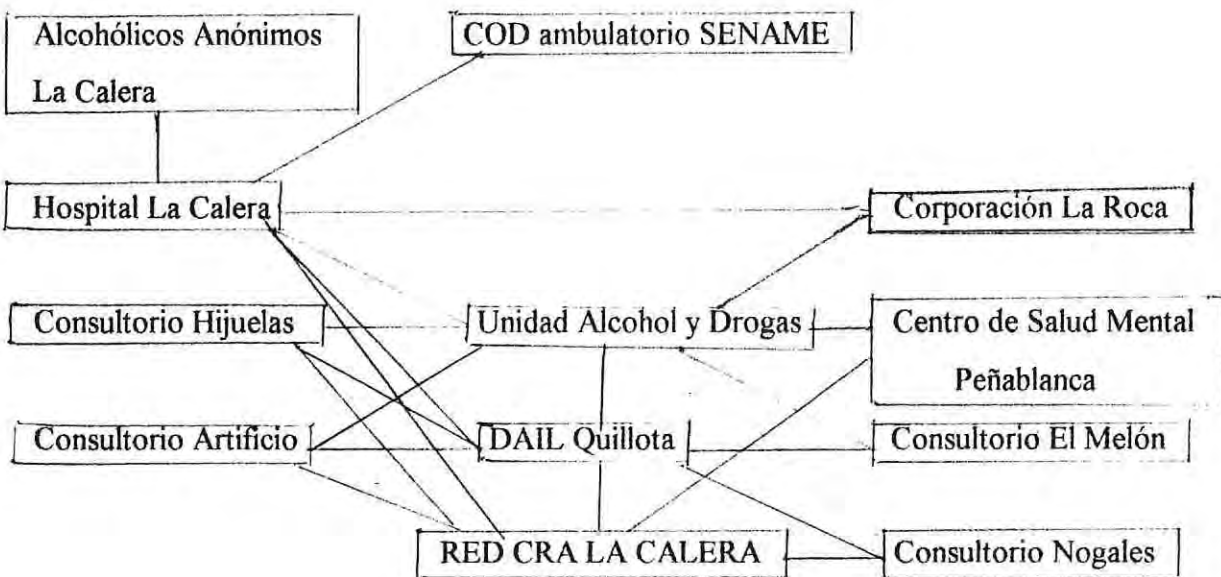
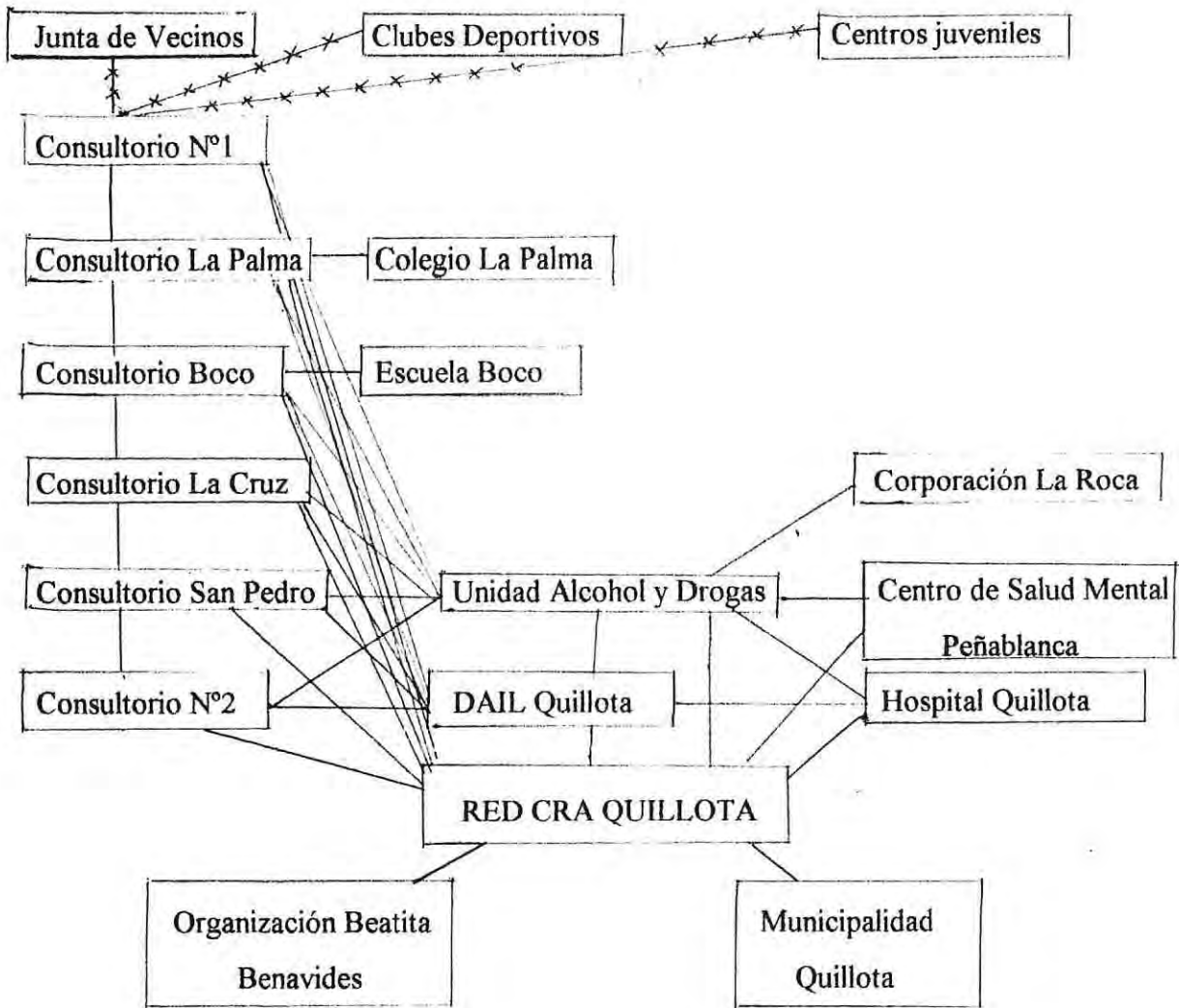
Act.	Mar	Abril	Mayo	Jun	Jul	Ago	Sept	Oct	Nov	Dic
1°	-----		-----			-----			-----	
2°	-----									
3°	-----									-----
4°	-----	-----	-----	-----						
5°							-----			

Criterios de Evaluación :

Se evaluará por cumplimiento de actividades por objetivo, y por cronograma.

RESULTADOS DEL TRABAJO GRUPAL / TALLER N°4





EVALUACIÓN GRUPAL DEL TALLER.

*Aspectos positivos	-Aspectos negativos
*Muy provechoso	-Gusto a poco
*Positivo porque se establecieron contactos en la red social	-Muy corto
*Dinámicas participativas	-Lugar inadecuado (ruido, calor)
*Concreto	-hubiera sido necesario conocerse más en relación a la historia de las organizaciones (CRA)
*Útil y necesario	-falta de extensión en los temas teóricos (redes sociales)
*Instancia de conocimiento	-falta de continuidad por ser responsables del proyecto alumnos seminaristas
*Bien organizado, creativo, participativo	-falta presencia DAIL Viña, DAIL Quilpué, Consultorios Villa Alemana Consultorios Quilpué
*Buena Coordinación	
*Positivo y provechoso, dinámico	
*Compromiso de la DAIL y Unidad de Alcohol y Drogas como instancias coordinadoras	
*Cumplimiento de objetivos en relación a -conocimiento de las organizaciones que trabajan con el BP. -establecimiento de puentes y canales de comunicación.	

PROYECCIONES Y COMPROMISOS DE COORDINACION ENTRE LAS ORGANIZACIONES.

Alumnos seminaristas a Unidad de Alcohol y Drogas : Delegación de la Responsabilidad de coordinación de las Redes sociales de apoyo generadas.

Unidad de Alcohol y Drogas a Consultorio El Olivar : Solicitud de creación de CRA

Consultorio El Olivar a CRA Concón : Solicitud de apoyo en la formación del CRA.

CRA Concón a Unidad de Alcohol y Drogas : Solicitud de apoyo en todo sentido.

Unidad de Alcohol y Drogas a Consultorio Nueva Aurora : Solicitud de creación de CRA.

Consultorio Nueva Aurora a CRA Peñablanca : Solicitud de apoyo en la formación del CRA.

CRA Peñablanca a CRA Concón : Interés en reanudar vínculos de intercambio y colaboración entre CRA.

CRA Concón a URACH : Solicita apoyo URACH, interés en integrarse.

URACH a Hospital Calera : Ofrece Capacitación.

Hospital La Calera a CRA La Calera : Ofrece apoyo constante a CRA La Calera.

CRA La Calera a URACH : Solicita la permanencia del apoyo.

URACH a Consultorio Boco : Interés en contacto constante con equipos de Consultorios

Consultorio Boco a Consultorio Nº1 Quillota : Solicita apoyo en recursos e intercambio de experiencia.

Consultorio Nº1 a Unidad de Alcohol y Drogas (DAIL) : Solicita apoyo en capacitación en terapias.

Unidad de Alcohol y Drogas a URACH : Solicita el apoyo de los CRA en general en la tarea rehabilitadora como grupos de autoayuda que cubren un número mayor de personas en su atención y proveen continuidad en el proceso.

URACH a CRA Quillota : Reconoce importancia de existencia de CRA aunque no sean parte de URACH (dependencia eclesial).

CRA Quillota a Consultorio La Palma : Apoyo y relación de colaboración en la rehabilitación por parte del Sector público de Salud.

Consultorio La Palma a Hospital La Calera : Reconocimiento de la importancia del estamento médico en la rehabilitación del BP.

CATASTRO ORGANIZACIONES PARTICIPANTES EN LA RED SOCIAL DE APOYO
AL BP EN LA JURISDICCIÓN DEL SERVICIO DE SALUD
VIÑA DEL MAR-QUILLOTA

NOMBRE ORGANIZACIÓN	NOMBRE ENCARGADO RED	DIRECCIONES	TELÉFONO
Unidad de Alcohol y Drogas	Sra. Gloria Carmona	Unidad Salud Mental	675067
	Sra. Maria Eugenia Cárcamo	Hospital Gustavo Fricke, Viña	532066
URACH V. Región	Sr. Eduardo Ubilla Sra. Maria Teresa Acuña	Esmeralda 1059, 4°Piso, Valparaíso	214831 (recados)
CRA La Amistad Peñablanca	Sr. Rolando Paredas	Pedro Montt 315,	953368
	Sr. Oscar Gómez	Peñablanca Norte	954389
	Sra. Luisa Espinosa		
CRA Estrella de la Costa Concón	Sra. Angela Meza	Romacio Clarencia	903783
	Sra. Nury Cortés	927, Concón	
Consultorio Nueva Aurora	Sr. Roberto Arcos	Variante Agua Santa s/n, Nueva Aurora, Viña	611419
Consultorio El Olivar	Sra. Marcia Pacheco	Tamarugal s/n,	855021
	Sra Cecilia Auge	Ponlación El Olivar,	
	Sr. Victor Gallardo	Viña	
Consultorio y Hospital La Calera	Dra. Patricia Novoa	Carrera 1603, La	221958
	Sra. Ana Luisa Gajardo	Calera	
	Sra. Mercedes García		
	Sra. Maria Pastén	Victoria Esqu.	222074 (recados)
CRA El Esfuerzo La Calera		Lautaro, La Calera	

Organización Beatita Benavides	Sr. Claudio Esparza Sra. Yuviza Alvarez	Concepción 256, Quillota	310072
DAIL Quillota	Sra. Lorena Miranda	Maipú 900, Quillota	312703
Consultorio La Palma	Sr. Miguel Salgado	La Palma, Quillota	312210
Consultorio Boco	Sr. Ruben Cortés	Boco, Quillota	312001
Consultorio N°1 Quillota	Sra. Ana Maria Brito Sra. Haydee Retamales	Maipú 890, Quillota	310306
Consultorio La Cruz	Sra. Elizabeth Araya	Paradero 17, La Cruz	310288

PLAN DE TRABAJO
TALLERES LABORALES

Objetivo : Incentivar al enfermo alcohólico y a su familia a ocupar su tiempo libre y aportar un beneficio económico al hogar.

Actividades : - Difusión y motivación para el taller laboral (oral-escrita).

- a) medios de comunicación.
- b) propaganda persona a persona
- c) Consultorio/Municipalidad.
- Contacto con monitores
 - a) maestros conocidos.
 - b) monitores del SENCE (Intendencia).
- Definición del tipo del taller según las necesidades e intereses de los socios.
- Establecer un cronograma (fijar días del taller, duración, frecuencia al mes).
- Inscripción de participantes.
- Ejecución del taller.
- Evaluación del taller.

Beneficiarios : - Todo público (para el 1º Taller).

- enfermos en recuperación y familias (para el 2º Taller).

Recursos materiales : - sede (con baños).

- materiales para el taller
 - a) a través de SENCE.
 - b) aporte de participantes.
 - c) aporte del CRA a través de un proyecto con el Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota.
 - d) aporte de la Municipalidad.

humanos : - monitores.

- directiva - responsables del taller.

Tiempo : Tabla Gantt.

Act./Mes	Nov.	Dic.	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Difusión			-----					
Monitores	-----							
Tipo taller.	-----							
Cronogra.	-----							
Inscr. par.				-----				
Ejecución					-----	-----	-----	
Evaluació								-----

Criterios de Evaluación : Evaluación de la Capacitación (SENCE).

Asistencia/Participación en el Centro.

Evaluación de objetivo.

PLAN DE TRABAJO

Deportes

1.- Objetivo : Incentivar al enfermo alcohólico y su familia a ocupar su tiempo libre y aportar así a una recuperación física de su cuerpo y a una distracción mental.

2.- Actividades : A.- Difusión y motivación para la práctica deportiva. (Oral o escrita).

- a) Medios de comunicación.
- b) Propaganda persona-persona.
- c) Consultorio.
- d) Municipalidad.
- e) Juntas de vecinos.

B.- Contacto con monitores.

- a) Jugadores conocidos.
- b) Clubes deportivos.

C.- Definición del tipo de deporte, según los intereses y necesidades de los socios.

D.- Establecer cronograma.

- a) Días para el deporte.
- b) Duración.
- c) Cuantas veces al mes.

E.- Inscripción de participantes.

F.- Práctica de deportes. (Ping-Pong)

G.- Evaluar.

3.- Beneficiarios : A.- Sólo socios y familia.

B.- Todo público.

4.- Recursos : A.- Materiales.

- a) Sede.
- b) Artículos deportivos.
 - Mesa de ping-pong.
 - Pelotas.
 - Paletas.
 - Red.

Solicitar a : - Municipalidad.

- Digeder.

- Aporte de participantes.

B.- Humanos.

- a) Monitor.
- b) Directiva responsable del deporte.

5.- Tiempo : A.- Ejecución Enero a Junio.

B.- Tabla Gantt.

Tabla Gantt.

Act./Mes	Dic.	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Difusión	-----	-----					
Monitores		-----	-----	-----	-----	-----	-----
Tipo deport		-----					
Cronogram	-----	-----					
Inscrip. Par	-----	-----					
Ejecución		-----	-----	-----	-----	-----	-----
Evaluación							-----

6.- Criterios de Evaluación : A. Evaluación de la capacitación.

a) Monitor.

B. Asistencia.

C. Evaluación de objetivos.

Plan de trabajo

Objetivos

- Objetivo General : Generar en el CRA "El Esfuerzo" de La Calera, una instancia que permita a sus socios ocupar de buena forma su tiempo libre.
- Objetivo Específico : Lograr que la sede del Centro esté abierta, desde el mes de Enero, tres veces a la semana, con el objeto de que los socios puedan acudir a ella para compartir, practicar deportes y recrearse.

Actividades

Las actividades necesarias para la realización del proyecto son las siguientes :

- abrir la sede del club tres veces a la semana
- conseguir una persona, o varias, que se responsabilicen de abrir la sede
- conseguir, o hacer actividades para comprar una mesa de pin-pon
- conseguir dominó, naipes, lotería y otros juegos de salón
- dar una vez a la semana una película de video
- confeccionar un cajón de rayuela y conseguir tejos
- hacer campeonatos internos y masivos de pin-pon
- hacer campeonatos de rayuela

Responsables

Las personas responsables del proyecto son las siguientes :

- Sra. María Pastén Presidente del centro
- Sr. Mario Jaque Secretario del centro
- Sr. Julio fuentes Tesorero del centro

Beneficiarios

- 36 miembros del CRA "El Esfuerzo"
- familiares de los miembros
- vecinos de la unidad vecinal en donde se ubica la sede del centro

Tiempo

el tiempo en que se extenderá el proyecto va desde Enero a Diciembre de 1996

Evaluación

El proyecto se evaluará al concluir éste, no obstante, se evaluará también durante su desarrollo según, participación de los socios, realización de las actividades programadas, participación de la comunidad e incorporación de nuevas actividades.

Plan de Trabajo

Objetivos

Objetivo General : “ Implementar una estrategia de reinserción laboral al interior del Centro Rehabilitador de Alcohólicos “ El Esfuerzo “ de La Calera “

Objetivo Específico : “ Implementar Talleres productivos al interior del Centro Rehabilitador de Alcohólicos “ El Esfuerzo “
“ Generar una microempresa al interior del Centro “

Actividades

Las actividades necesarias para la ejecución del plan de trabajo son las siguientes :

- 1 establecer el interés de los miembros del centro
- 2 búsqueda de alternativas de asesoría
- 3 buscar capacitaciones
- 4 conseguir recursos a través de la presentación de proyectos
- 5 conseguir monitores
- 6 establecer contactos con autoridades locales
- 7 difundir la iniciativa a nivel COMUNITARIO
- 8 realizar los talleres

Recursos

Recursos materiales : - sede del centro
- recursos económicos

Recursos humanos : - miembros del centro
- monitores
- autoridades locales

Beneficiarios

Los beneficiarios de los talleres son los socios del centro y sus respectivas familias, asimismo se beneficia el centro propiamente tal y la comunidad en general.

Responsables

- Sra. María Pasten Presidente del centro
- Sr. Mario Jaque Secretario del centro
- Sr. Julio fuentes Tesorero del centro

Cronograma

Tabla Gantt

meses	Ene	Feb	Mar	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep
activ. act Nº1									
act. Nº2									
act. Nº3									
act. Nº4									
act. Nº5									
act. Nº6									
act. Nº7									
act. Nº8					

Criterios de evaluación

El programa será evaluado conforme a los siguientes criterios :

- logro de objetivos
- tiempo
- participantes

ANEXO N°5

Urach Quinta Región

Diploma de Honor

Se Otorga el Presente Diploma

A Jorge Contreras Lamas
por su brillante Asesoría



29 Noviembre 1995



Diploma de Honor

El club Rehabilitador de Alcohólicos, "La Amistad", de Peñablanca, otorga el presente Diploma a la Srta. Beatriz Laos, por su valiosa cooperación en las recientes campañas realizadas por nuestra Institución orientadas a la prevención del alcoholismo.

Entra María L. S.
Feresa Marabolt C.
Secretaria



Rolando Paredes J.
Rolando Paredes J.
Presidente

Peñablanca, © Noviembre de 1995

Ulrich Quinta Región

Diploma de Honor

Se Otorga el Presente Diploma

A Beatriz Fedith Loos.
Por su brillante Asesoría



9 Noviembre 1995



Se otorga el presente

Diploma de Honor

a Bertrix Luos

por su aporte técnico y social en la rehabilitación del B.P.

La Calera, 29 de Noviembre

de 1965

Maria Gaitan

C.R.A. "El Esfuerzo"

Club Rehabilitador de Alcohólicos
"LSFUEI ZO"
Fundado el 7 de Julio de 1965
Personero Jurídico
de 14 Febrero de 1965

D. JUAN SANCHEZ VENGARA
El Sr. J. Sánchez Vengara

Attestado en Bogotá a los

Diploma

de *El Club de Rehabilitación de Alcohólicos*
por *haber sido miembro activo* *del* *Club*

de 1995

Club Rehabilitador de Alcohólicos

"EL ESFUERZO"
Fundado el 17 de Julio de 1945
Personalidad Jurídica 128
de 14 Febrero de 1978
Rut 71.547.400-K
LA PALEHA

H. Jaque
SECRETARIO

María Antonia Buitrago
PRESIDENTA

