

INVESTIGACIONES LOCALES Y SECTORIALES

Uno de los problemas principales de los programadores de la salud es constatar la eficacia y eficiencia de las actividades, es decir, por una parte, la capacidad de otorgar determinadas acciones sobre la base de determinados recursos y, por otra parte, la efectividad final real de lo logrado sobre los beneficiarios de tales acciones.

Evaluar es tan importante como diseñar un programa, pues, aunque suele incluso ser más difícil desde el momento en que el punto de partida de una actividad suele contener una variedad de supuestos y valores, no todos fácilmente objetivos.

Este trabajo incursiona en este último aspecto al analizar lo sucedido con el Programa Integral de Salud Mental en Alcoholismo, del Área Hospitalaria Sur de Santiago.

PROGRAMA INTEGRAL DE SALUD MENTAL EN ALCOHOLISMO

(ÁREA HOSPITALARIA SUR DE SANTIAGO) (*)

Evaluación de su Funcionamiento y Exploración de variantes psicosociales
en Monitores (Año 1979).

CORNELIO LEMMERS
HUGO TORO C.

I. INTRODUCCION

Un cuarto de la población chilena necesita atención en Salud Mental (3). Los modelos de modelos de programas tradicionales, el modelo Asilar y el modelo Unidad de Salud Mental, no eran una respuesta eficaz a esta realidad porque no solucionaron dos problemas importantes:

- a) La escasez de recursos humanos para atender en S.M., y
- b) La barrera cultural entre los profesionales de salud y el grueso de la población.

Para vencer estos problemas surge en 1968 el Modelo Integral que se apoya en la comunidad, lo que hace posible la multiplicación de agentes de Salud Mental y vencer en gran parte la barrera cultural (3, 4, 5, 6, 7).

FORMULACION DEL PROBLEMA

Se ha aplicado el Programa Integral de Salud Mental en Alcoholismo en la zona Sur de Santiago desde 1968. En 1973 se retiró la asesoría de los profesionales, pero el Programa siguió informalmente. En 1978 se reanudó la asesoría y empezó una fase experimental de 5 años. Durante este período se aplicará progresivamente el Programa de Alcoholismo, Neurosis, Psicosis, Epilepsia y Morbilidad Psiquiátrica Infantil, en un área Experimental o de Demostración, que se encuentra ubicada dentro del área Sur de Santiago. La conforman 5 policlínicos del SNS: La Feria, Dávila-Villa Sur, Lo Valledor 3, Clara Estrella y un sector rural correspondiente a Calera de Tango con 2 postas y 3 policlínicos (9). Para evaluar los resultados de este Programa se necesita establecer una línea base.

La primera parte de este estudio es la evaluación del Programa que sirve a su vez de línea base para el Programa de Alcoholismo. Se evalúa el funcionamiento durante un año, por ser el período mínimo para tener una visión real de su aplicación.

(*) Extracto de la Memoria para optar al Título de Psicólogo y al grado académico de Licenciado en Psicología en la Universidad Católica de Chile. Profesores patrocinantes: Psicólogos Héctor Betancourt y Marta Hermosilla.— Copatrocinantes: Prof. Dr. Juan Marconi y Depto. de Salud Pública, Salud Mental y Psiquiatría - Facultad de Medicina, Universidad de Chile - Sede Sur.

Uno de los elementos más importantes del Programa Integral en Alcoholismo es el "monitor o líder", en general un ex alcohólico o su esposa, que pertenecen a la comunidad. Se quiere conocer a estos monitores en sus aspectos psicosociales. En la segunda parte del estudio se comparan las variables psicosociales en los monitores activos y los ex monitores, para encontrar las que estén relacionadas con la permanencia actual dentro del Programa o con la salida del mismo. Esta información será de utilidad para la selección de los futuros monitores. En este estudio se llama a los monitores con el nombre de D4 (4º nivel de delegación de funciones).

OBJETIVOS DE ESTE ESTUDIO (*)

Objetivo de la PRIMERA PARTE del Estudio (Evaluación del Programa Integral)

Objetivo General:

Evaluar algunos aspectos del funcionamiento del Programa Integral de S.M. en Alcoholismo dentro del Area Experimental durante el período julio 1977 - junio 1978, obteniendo la línea base para evaluaciones posteriores a la reimplantación del Programa Integral.

Objetivos Específicos:

a) Describir la aplicación del Programa en relación a:

- 1.— La cobertura de los recursos en Salud Mental.
- 2.— El cumplimiento de las funciones de los agentes de S.M. en cuatro niveles de delegación (D1, D2, D3 y D4).
- 3.— El funcionamiento de la pirámide de delegaciones.

b) Comparar lo descrito anteriormente con el modelo teórico del Programa Integral.

Objetivo de la SEGUNDA PARTE del estudio (Exploración de variables psicosociales en monitores D4)

Objetivo General:

Explorar las posibles relaciones entre algunas variables psicosociales en los monitores D4, formados para el Programa que se evalúa,

(*) Para la realización de este estudio y otros ("Programa Integral de Salud Mental. Proyecto de Desarrollo en un Area Experimental Urbano-Rural"), se ha contado con un aporte del Fondo Especial, Art. 44, Ley Nº 16.744, de Rehabilitación de Alcohólicos.

y su permanencia actual dentro del Programa, con el fin de conseguir información para la futura selección de las personas que van a recibir formación para ser monitor D4.

Objetivos Específicos:

a) Describir las siguientes variables psicosociales en los monitores D4 que permanecen dentro del Programa y en los monitores que abandonaron el Programa (los ex-D4).

- 1.— Rasgos de personalidad relacionados con liderazgo.
- 2.— Motivación de logro.
- 3.— Edad de ingreso al Programa.
- 4.— Sexo.
- 5.— Escolaridad.
- 6.— Experiencia del problema de alcoholismo.
- 7.— Recuperación del alcoholismo.
- 8.— Liderazgo en la comunidad.

b) Descubrir las diferencias significativas entre ambos grupos de D4, respecto a las variables psicosociales recién nombradas.

II.— MARCO TEORICO

PROGRAMA INTEGRAL DE SALUD MENTAL

Este Programa delega una parte de las funciones a recursos humanos no oficiales, incluyendo miembros de la comunidad. Se refiere a cinco niveles de delegación:

Nivel D1 = Médico general, psiquiatra, psicólogo.

Nivel D2 = Otros profesionales de salud: enfermeras, asistentes sociales, matronas, etc.

Nivel D3 = Auxiliares de enfermería, profesores, sacerdotes, religiosas.

Nivel D4 = Líderes de la comunidad.

Nivel D5 = Comunidad en general.

Se definen las funciones específicas de cada nivel de delegación.

Los niveles de arriba hacia abajo están formados por un número creciente de personas; así se forma una estructura piramidal. Los niveles D4 y D5 producen un efecto de filtro, porque liberan al D1 de encargarse del reconocimiento y resolución de casos simples.

La barrera cultural está ubicada entre los niveles D4 y D3, y en parte entre los D3 y D2. Si bien el D3 no pertenece a la cultura popular, por vivir en contacto con la comunidad juega un rol importante como vehículo de co-

municación entre la cultura de los profesionales de salud y la cultura popular.

En este estudio se destaca la importancia del D4. Para ingresar al Programa como D4 se exige como requisitos:

- Tener edad compatible.
- Ser líder natural.
- Saber leer, escribir y contar hasta 100.
- Tener motivación para trabajar en alcoholismo.
- Haber vivido el problema del alcoholismo: ser alcohólico recuperado o familiar cercano.
- Ausencia de patología mental invalidante y crónica: deficiencia mental franca, deterioro intelectual severo, conducta amoral, etc.

LAS HIPOTESIS DE ESTE ESTUDIO

Hipótesis referente al primer objetivo

Nuestra hipótesis acerca de la evaluación del funcionamiento del Programa Integral se basa en dos fundamentos. El primero es el supuesto que el Programa Integral tiene su apoyo en la comunidad; el segundo es el hecho de que se dejó de aplicarlo formalmente desde 1973 hasta la fecha. Por el apoyo en la comunidad se espera que siga funcionando, y por la falta de asesoría técnica desde 1973, que el funcionamiento sea sólo parcial.

Tomando en cuenta estos datos se formula la hipótesis:

"El Programa Integral de S.M. en Alcoholismo seguirá funcionando sólo en parte en cuanto a cobertura de recursos, cumplimiento de funciones de los D1, D2, D3 y D4, y funcionamiento de la pirámide de delegaciones".

Hipótesis referentes al segundo objetivo

Las hipótesis respecto a las variables psicosociales en los D4 se basan en el marco de referencia teórico del Programa Integral y en los antecedentes bibliográficos acerca de los consejeros (o counselors) en alcoholismo en los Estados Unidos de América.

Según el marco teórico son requisitos importantes para ser monitor: ser recuperado o familiar de un enfermo alcohólico, ser líder natural y tener motivación para trabajar en alcoholismo. Los antecedentes bibliográficos, acerca de counselors o consejeros en alcoholismo en EE. UU., añaden las variables: tener más edad que los enfermos alcohólicos (1);

ser compañeros de trabajo de éstos (12), y de preferencia del sexo femenino (11).

Se reinterpretan en parte estos datos para el presente estudio considerando "ser compañero de trabajo" como semejanza sociocultural, medida por el número de años de escolaridad; se considera "ser líder natural" como tener un cargo directivo en las organizaciones de la comunidad y tener rasgos de personalidad que tienen relación con liderazgo, medidos por cinco escalas del California Personality Inventory "CPI" (8).

En cuanto a la "motivación para trabajar", se sabe que los D4 trabajan sin recibir remuneración u otro incentivo material. Es un trabajo difícil: muchos recuperados recaen y hay poca colaboración de parte de la comunidad. Por eso se postula que los monitores tienen una motivación de logro alta. La motivación de logro (n-Ach) (*) o de éxito se define como el deseo de desempeñar bien, no tanto para obtener un refuerzo material sino con miras a un "sentimiento interior" de realización personal. Se mide esta motivación con el test de logro McClelland (2).

Tomando en cuenta estos datos se formula como hipótesis general:

"Habrán diferencias significativas entre el grupo de monitores D4 activos y el grupo de ex-D4, en cuanto a algunas variables psicosociales".

Se formulan las siguientes hipótesis específicas:

- 1.— El grupo de D4 activos obtendrá un puntaje significativamente más alto que el grupo de ex-D4 en las escalas de los rasgos de personalidad del CPI que tienen relación con liderazgo.
- 2.— El grupo de D4 activos obtendrá un puntaje promedio significativamente más alto que el grupo de ex-D4 en el Test de Motivación de Logro de McClelland.
- 3.— El grupo de D4 activos tendrá un promedio de edad significativamente mayor que el grupo de ex-D4, cuando empezaron a trabajar como monitores.
- 4.— En el grupo de D4 activos habrá significativamente más mujeres que en el grupo de ex-D4.

(*) "Needs of achievement", en la terminología inglesa del test utilizado.

- 5.— En el grupo de D4 activos habrá significativamente más personas con sólo educación primaria (parcial o completa) que en el grupo de ex-D4, donde habrá más personas con educación secundaria (parcial o completa).
- 6.— En el grupo de D4 activos habrá significativamente más personas con experiencia directa del problema del alcoholismo, antes de hacerse monitores, que en el grupo de ex-D4.
- 7.— En el grupo de los D4 activos habrá significativamente más alcohólicos y bebedores excesivos recuperados (o cónyuges de ellos) en el momento actual, que en el grupo de ex-D4 en el momento de salir del Programa.
- 8.— En el grupo de D4 activos habrá significativamente más líderes de la comunidad que en el grupo de ex-D4, durante los años que trabajan o trabajaron como monitores”.

III.— METODOLOGIA

SUJETOS

En este estudio no se trabajó con una muestra de monitores, sino con la población o colectivo, porque el número de sujetos es reducido: 39 sujetos para el primer objetivo y 46 sujetos para el segundo objetivo.

Los sujetos para el primer objetivo son todos los agentes de S.M. en Alcoholismo, desde el D1 hasta el D4, que estaban trabajando en el Programa Integral, dentro del Area Experimental en el período julio 1977 - junio 1978, al menos durante un semestre.

Por trabajar entendemos operacionalmente cumplir al menos una función de su nivel de delegación.

También son materia de esta parte del estudio los clubes de recuperados y los policlínicos, en relación con la cobertura y el funcionamiento de la pirámide.

Los sujetos para el segundo objetivo son todos los monitores D4 activos y ex-D4 que se formaron antes del 1º de enero de 1978 para trabajar en el Programa Integral de S.M. en Alcoholismo y que viven actualmente en el Area Experimental.

INSTRUMENTOS

Para obtener la información relativa al primer objetivo y algunos aspectos del segundo objetivo, se confeccionó una entrevista estructurada con protocolo.

Para obtener la información relativa a otros aspectos del segundo objetivo se adoptó el "California Personality Inventory" (CPI) y se aplicó el Test de Motivación de Logro de McClelland (n-Ach).

IV.— RESULTADOS

RESULTADOS Y ANALISIS DE LA PRIMERA PARTE DEL ESTUDIO

a) Cobertura de los recursos en Salud Mental.

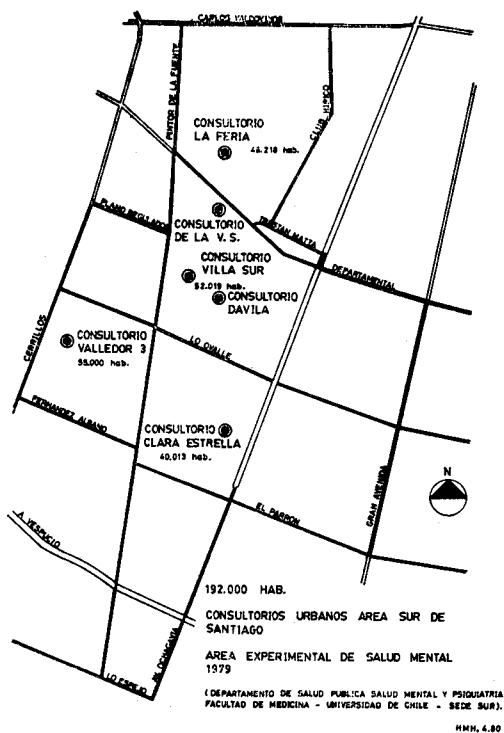
El Area Experimental tiene aproximadamente 200.000 habitantes: 192.000 en el área urbana y 8.000 en el área rural. En este resumen nos referiremos sólo a los recursos humanos e institucionales existentes en el área urbana, que se exponen en el cuadro 1. (Ver también mapa adjunto).

CUADRO 1

RECURSOS EN S.M. POR POLICLINICO EN EL AREA URBANA

	D1	D2	D3-auxiliar enfermería	Club (*)	D3-comunidad	D4
LA FERIA		3		La Victoria San Lucas San Joaquín	1	7 6 3
DAVIDA-VILLA SUR		1		Villa Sur		1
LO VALLEDOR 3		1		J. M. Caro Nuevo Hogar	1	1 6
CLARA ESTRELLA		2		Los Amigos		0
VICARIA SOLIDARIDAD	1	1	1	(Todos los recursos anteriores)		
Total	1	8	1	7	2	24

(*) Clubes de recuperados alcohólicos existentes en las jurisdicciones de cada policlínico.



El último policlínico no pertenece al SNS, como los otros, sino a la Vicaría de la Solidaridad del Arzobispado de Santiago. Está especializado en S.M. y sobre todo en Alcohólico. Su área de captación incluye toda el área experimental urbana, con sus clubes y los monitores D4 y D3 de la comunidad.

Los policlínicos Dávila y Villa Sur forman juntos un área, porque el policlínico de Villa Sur no atiende S.M.

En el cuadro 2 se compara el número real de los recursos con el número calculado teóricamente según el Programa Integral de Salud Mental y la proporción teórica en relación al número de habitantes. Para este efecto se considera la población urbana en 200.000 (en vez de 192.000) habitantes.

En el cuadro aparece un déficit de un D1, pero en realidad faltan dos, debido a que no existe ninguno en los policlínicos del SNS y el D1 del policlínico de la Vicaría de la Solidaridad no tiene ingerencia con los policlínicos del SNS.

Según el cuadro, sobran 4 D2. Sin embargo hay que tomar en cuenta que las asistentes sociales dedican sólo algunas horas diarias al Programa y el número teórico se refiere a D2 de jornada completa.

Un aspecto importante de la cobertura de los clubes, que no aparece en el cuadro, es el bajo número de socios recuperados. Se estima que hay 6.000 alcohólicos en el área (5% de la población mayor de 15 años) y los clubes en conjunto cuentan sólo con aproximadamente 100 socios ex-alcohólicos. La meta a 10 años es cubrir el 20% de los alcohólicos (7).

Es interesante saber que algunos recursos, como los policlínicos y los clubes, existen en mayor proporción en el Area Experi-

CUADRO 2

COMPARACION DE LA COBERTURA REAL CON LA TEORICA EN EL AREA URBANA

Recursos	Cobertura real	Cobertura teórica	Déficit (—) Exceso (+)
Policlínicos	5 (1 x 40.000)	4 (1 x 50.000)	+ 1
D1	1 (1 x 200.000)	2 (1 x 100.000)	— 1
D2	8 (1 x 25.000)	4 (1 x 50.000)	+ 4
D3	3 (1 x 66.000)	20 (1 x 10.000)	— 17
D4	24 (1 x 8.000)	200 (1 x 1.000)	— 176
Clubes	7 (1 x 28.000)	20 (1 x 10.000)	— 13
Talleres	1 (1 x 200.000)	2 (1 x 100.000)	— 1
Servicios Comunitarios de S.M.	0	20 (1 x 10.000)	— 20

tal que en el país, en el área metropolitana o en el área sur de Santiago. Esta situación

se expone en el cuadro 3, basado en Marcoñi:

CUADRO 3
COMPARACION DE LA COBERTURA EN DISTINTAS AREAS

	El país	Región Metropolitana	Area Sur de Santiago	Area Experimental (*)
Policlínicos que atienden en Alcoholismo	68 (1 x 175.000)	27 (1 x 130.000)	17 (1 x 60.000)	4 (1 x 50.000)
Clubes de Recuperados	130 (1 x 80.000)	22 (1 x 140.000)	15 (1 x 70.000)	7 (1 x 28.000)

(*) No considera los recursos del Policlínico de la Vicaría de la Solidaridad.

Por lo tanto:

- Existen recursos humanos en cada nivel de delegación, pero en cantidad insuficiente para atender adecuadamente 200.000 habitantes. Sobre todo hacen falta en el área urbana un D1 y varios D3.
- En cuanto a los recursos institucionales, existe un número suficiente de policlí-

cos, pero faltan clubes de recuperados y no hay ningún Centro Comunitario de Salud Mental.

- Los clubes tienen bajo número de socios recuperados.

b) *Cumplimiento de las funciones de los D4, D3, D2 y D1.*

— *Cumplimiento de las funciones de los D4.*

Número de D4 que cumplen cada función (n=24).

1.—Tomar contacto con enfermos	24	D4	100,0%
2.—Tratar el síndrome leve	4	D4	16,7%
3.—Incorporar enfermos al club	14	D4	58,3%
4.—Referir casos difíciles a niveles superiores	10	D4	41,7%
5.—Pasar las U.A.A. (*)	9	D4	37,5%
6.—Hacer control en "fechas claves" (**).	8	D4	33,3%
7.—Hacer visitas domiciliarias	13	D4	54,2%
8.—Dar charlas sobre alcoholismo	7	D4	29,2%
Promedio por función	11,1	D4	46,3%

(*) Unidades de Adiestramiento en Alcoholismo.

(**) Navidad, Año Nuevo, Fiestas Patrias, etc.

Las funciones 1 hasta 4 se refieren a captación y tratamiento de enfermos; 5 hasta 7 a la mantención de los enfermos en abstinencia y la 8, a la educación preventiva.

— Casi no se responsabilizan de tratar ellos mismos a los enfermos con síndrome leve de privación (promedio 0,3 enfermos por D4).

Se concluye que:

— Los D4 casi no trabajan en educación preventiva (promedio 0,5 charlas u otras actividades educativas por D4).

— *Cumplimiento de las funciones de los D3.*
Número de D3 que cumplen cada función (n=4).

1.— Tratar a enfermos con Antabús	2 D3
2.— Referir casos difíciles a niveles superiores	3 D3
3.— Formar monitores D4	2 D3
4.— Capacitar monitores D4	0 D3
5.— Supervisar monitores D4	0 D3
6.— Coordinar monitores D4	0 D3
7.— Formar clubes	0 D3
8.— Asesorar clubes	1 D3
Promedio por función	1 D3

Se concluye que:

— Los D3 no cumplen sus funciones principales, que son supervisar a los D4 y asesorar los clubes.
— Los D3 de los policlínicos funcionan bien dentro de él, pero no fuera, y los de la comunidad funcionan a nivel mínimo.

— Los D3 no funcionan como nexo entre los policlínicos y la comunidad, ni los D3 de la comunidad como nexo entre ésta y los policlínicos.

— *Cumplimiento de las funciones de los D2.*
Número de D2 que cumplen cada función (n=9).

1.— Tratar enfermos con síndrome mediano y complicaciones leves	1 D2
2.— Referir casos difíciles al nivel D1	9 D2
3.— Formar D3	0 D2
4.— Capacitar D3	1 D2
5.— Supervisar D3	2 D2
6.— Coordinar D3	0 D2
7.— Servir de nexo con los Servicios de Salud	5 D2
Promedio por función	2,6 D2

Se concluye que:

— Los D2, con excepción del D2 del policlínico de la Vicaría de la Solidaridad, no funcionan en cuanto a tratamiento, y con excepción de éste D2 y la D2 del área rural, no funcionan en sus tareas de supervisión y capacitación de D3.

— En general los D2 funcionan como enlace entre los enfermos y el médico del policlínico u hospital.
— Con algunas excepciones, los D2 no funcionan en cuanto a tratamiento y tareas de supervisión y capacitación de D3.

— *Cumplimiento de las funciones de los D1.*

Número de D1 que cumplen cada función (n=2).

1.— Tratar enfermos con síndrome grave y complicaciones medianas y graves	2 D1
2.— Referir enfermos al Hospital General o Psiquiátrico	2 D1
3.— Formar D2	0 D1
4.— Capacitar D2	2 D1
5.— Planificar, supervisar, coordinar y evaluar todo el Programa	2 D1

Se concluye que:

- Los D1 cumplen sus funciones dentro del policlínico, pero su planificación y supervisión no llegan a los recursos de la comunidad, que son los D4 y los clubes (en el área rural ni siquiera existen estos recursos).
- Los 4 policlínicos del SNS del área urbana no cuentan con un D1 y por lo tanto falta la planificación y supervisión del Programa.

* * *

Por lo tanto se pueden sacar las siguientes conclusiones generales:

1. El D1 no funciona en cuanto a su tarea de planificar, supervisar, coordinar y evaluar todo el Programa.
2. El D1, D2 y D3-auxiliar de enfermería, no mandan los casos simples al D4.
3. El D2 no tiene contactos con los D4 y los D3 de la comunidad y sirve sólo de enlace entre los enfermos y el médico del policlínico u hospital.
4. El D3 no asesora a los clubes ni supervisa a los D4, ni es enlace entre los policlínicos y la comunidad.
5. El D4 no cumple su función de educación preventiva y de tratamiento e incorpora pocos enfermos al club.
6. El D4 crea noción de enfermedad en los enfermos, los mantiene en abstinencia en el club y manda enfermos al policlínico.

c) *Funcionamiento de la pirámide de delegaciones.*

Se describen las relaciones entre:

- 1.— Los niveles D1, D2 y D3-auxiliar de enfermería, es decir, los niveles de delegación que se encuentran en los policlínicos.

- 2.— Los monitores de la comunidad (D3 y D1) y los policlínicos.

- 3.— Los D4 y los clubes.

Y se llega a la conclusión que:

- Existe poca comunicación entre los niveles de delegación.
- Hay poca supervisión y capacitación de parte del nivel superior.
- No hay selección progresiva de los enfermos hacia los niveles superiores.
- No hay aumento progresivo de los agentes de salud, desde D1 a D4.
- Hay buena relación entre los D4 y los clubes.

A partir de estas conclusiones se decide aceptar la hipótesis referente al primer objetivo del presente estudio: El Programa Integral de Salud Mental en Alcoholismo sigue funcionando solo parcialmente en el Área Experimental entre julio de 1977 y junio de 1978, en cuanto a cobertura de recursos, cumplimiento de funciones de los D1, D2, D3 y D4, y en cuanto al funcionamiento de la pirámide de delegaciones.

DISCUSION

Para interpretar bien la aceptación de la hipótesis hay que tomar nota de las siguientes aclaraciones:

- a) Comparando el funcionamiento real del Programa Integral de Salud Mental en Alcoholismo con el modelo de Unidad de Salud Mental y el Modelo Integral ideal, se puede decir que los dos modelos o programas funcionan a la vez, predominando el modelo de Unidad de Salud Mental.

Este modelo se caracteriza por la cadena de servicios periféricos que captan a los enfermos y por la prevención secundaria.

- b) No se debe pensar que la realidad actual del funcionamiento del Programa Integral en el Area Experimental sea sólo producto de lo que había antes de 1973. El Programa sigue funcionando en parte gracias a la labor realizada anterior a 1973 y en parte por las siguientes iniciativas posteriores:
- En 1974 se crea el policlínico de la V.S., especializado en alcoholismo. Su D2 y D3 forman 5 monitores.
 - En 1975 se forman 7 monitores D4 en un curso organizado por URACH (*).
 - Desde 1976 se forman asistentes sociales en el Programa Integral por medio de cursos de postgrado en el Hospital Barros Luco-Trudeau.
 - En 1976 y 1977 un médico del área colindante (Lo Sierra) y alumnos de medicina forman 3 D4 y revitalizan el trabajo de otros monitores.
- d) Reclutar los D3-auxiliares de enfermería entre los D4 activos.
- e) Capacitar al D4 en la educación preventiva de la comunidad, previa sectorización de la población.
- f) Reglamentar que los clubes tengan entre sus socios una mayoría de recuperados, al menos entre los miembros de la directiva, y que la asesoría de parte de un D3 o un D2 sea obligatoria. Además, que la directiva sea elegida por los socios y no nombrada por las autoridades.
- g) Aclarar que el uso de Antabús como tratamiento oculto va en contra del Programa.
- h) Investigar los motivos por los cuales los enfermos y la comunidad en general son resistentes a incorporarse al club.

SUGERENCIAS PARA MEJORAR EL PROGRAMA

Estas sugerencias nacen de las reflexiones de los monitores entrevistados, del equipo copatrocinante y de los autores de este estudio.

- a) Nombrar un D1 que planifique, supervise, coordine y evalúe el Programa en el área urbana.
- b) Coordinar e integrar las acciones de los policlínicos del SNS y de la Vicaría de la Solidaridad.
- c) Asignar al D2 (asistente social) parte de las funciones del D3 y adecuar su horario de trabajo al del club que tendría que atender. Por su formación, ellas estarían preparadas para vencer la barrera cultural.

V.— RESULTADOS Y ANALISIS DE LA SEGUNDA PARTE DEL ESTUDIO

La segunda parte del estudio se refiere a la exploración de las variables psicosociales que pueden tener relación significativa con la permanencia dentro del Programa.

Se consiguió la información por medio de dos test y una entrevista. Se formularon 8 hipótesis acerca de las diferencias entre los D4 activos ($n_1=24$) y los ex-D4 ($n_2=22$), respecto a las variables psicosociales. Para contrastar las hipótesis se usa la prueba de significación "t" (Student) si la variable está medida en escala de intervalos y la prueba " χ^2 " (ji-cuadrado), si la variable está medida en escala nominal. Si χ^2 es significativo, se calcula el coeficiente de contingencia (Cc) para determinar la fuerza de significación (ver cuadro 4).

(*) Unión Rehabilitadora de Alcohólicos de Chile.

CUADRO 4

RESULTADOS DE LA EXPLORACION DE VARIABLES EN LOS MONITORES

	D4	Ex-D4	p < 0,05 (t = 1,68)		
	X1	X2	D	t°	
1.—Escala del CPI					
Dominancia (Do)	46,21	46,82	— 0,61	— 0,19	
Capacidad de Status (Cs)	36,51	33,09	3,45	0,95	
Sociabilidad (Sy)	40,88	38,60	2,22	0,85	
Presencia Social (Sp)	35,33	31,32	4,01	1,08	
Autoaceptación (Sa)	42,21	43,27	— 1,06	— 0,43	
2.—Motivación de logro	2,08	2,41	— 0,33	— 0,38	
3.—Edad de ingreso	44,54	42,77	1,77	0,68	
	Frecuencias		x ² _o	(x ² _t = 3,84)	Cc
4.—Sexo: Masculino	14	10	0,76		
Femenino	10	12			
5.—Escolaridad					
Educación Primaria	15	7	4,33	(Significativo)	0,29
Educación Secundaria	9	15			
6.—Experiencia de Alcoholismo					
Con experiencia	19	15	0,72		
Sin experiencia	5	7			
7.—Recuperación del alcoholismo					
Recuperados	15	6	5,74 (*)	(Significativo)	0,33
No recuperados	9	16			
8.—Liderazgo en la comunidad					
Líderes	14	12	0,07		
No líderes	10	10			

(*) Significativo con p < 0,02.

De las 8 hipótesis se aceptaron sólo 2; los Nº 5 y 7. Esto quiere decir que:

a) Las variables psicosociales que tienen una relación significativa con la permanencia actual dentro del Programa son: la escolaridad y la recuperación. En el grupo de los D4 activos hay más personas con sólo educación primaria (parcial o completa) que en el grupo de los ex-D4, donde hay más personas con educación secundaria (parcial o completa). Esta diferencia se refleja también entre las ocupaciones de ambos grupos.

En el grupo de los D4 activos hay más personas recuperadas o familiares de recuperados que en el grupo de ex-D4, donde hay más personas que recayeron.

b) Las otras variables (escala del CPI, motivación de logro, edad de ingreso, sexo, experiencia de alcoholismo y liderazgo en la comunidad) no tienen relación significativa con la permanencia dentro del Programa, ni tienen tendencia a serlo. Las diferencias entre los promedios o entre las frecuencias se deben al azar.

DISCUSION

Discusión acerca de las hipótesis aceptadas

La escolaridad:

Se comparó además la escolaridad de los monitores con la de los socios de los clubes (Morales, 1971). La diferencia entre la escolaridad de los D4 activos y los socios no es significativa, pero la diferencia entre los socios y los ex-D4 es muy significativa. Se puede hipotetizar que los monitores con mucho más educación que los enfermos no se ven como compañeros de trabajo o como iguales y van a ser considerados como de otro nivel sociocultural y por eso es probable que dejen de trabajar como D4.

La recuperación del alcoholismo:

La mayoría de los monitores había sido bebedor anormal o cónyuge de tal bebedor (34 de 46), pero en el momento de hacerse monitor todos estaban abstinentes (se habían hecho tratamiento).

La diferencia entre el grupo de los D4 y los ex-D4 no consiste en el número de personas con experiencia del problema, sino en el número de personas que recayeron. Un monitor que recae pierde la autoridad moral de seguir como monitor D4, los enfermos van a burlarse de él o no le hacen caso. La no-recuperación del alcoholismo causará probablemente la salida del monitor del Programa.

Discusión acerca de las hipótesis rechazadas

Liderazgo:

En ambos grupos más de la mitad de los sujetos son líderes en su comunidad, pero no hay diferencias entre ellos. Este dato explica que los puntajes obtenidos en ambos en las 5 escalas del CPI son muy similares. Pero si se agrupan los líderes y los no-líderes de ambos grupos y se los compara, se llega a una diferencia muy significativa ($p < 0,01$). Quiere decir que el test discrimina entre líderes y no-líderes y por lo tanto se puede considerar el presente estudio como una validación del test en Chile.

Motivación de logro:

Los puntajes de los ex-D4 son ligeramente superiores al de los D4 (2,41 y 2,08) y tienen una desviación standard mayor (3,27 y 2,55). En el grupo de los ex-D4 hay más sujetos con un puntaje alto y bajo y menos con un puntaje moderado. Puede haber monitores que dejaron de trabajar por falta de motivación de logro y otros que abandonaron el Programa en busca de metas de logro más altas.

Buscando variables relacionadas con logro se encontró una relación significativa entre las 3 categorías de puntaje del test y el sexo ($\chi^2 = 7,95$, significativo con $p < 0,025$). Hay

más mujeres con puntaje bajo y más hombres con puntaje moderado y alto.

La edad de ingreso:

La edad de ingreso de los D4 es casi dos años mayor que la de los ex-D4 y no es significativa. Sí existe una diferencia significativa entre el promedio de edad actual de los monitores (D4 y ex-D4) y los socios de los clubes: los socios tienen 8,6 años menos que los D4 activos en el momento actual.

Otras variables psicosociales:

Se exploraron algunas otras variables psicosociales en los D4 que tienen relación con este estudio, aunque sea fuera de lo teórico, pero sin encontrar una relación significativa. Se trata de las 11 escalas restantes del CPI, del estado civil, religión, trabajo, estabilidad ocupacional y migratoria, lugar de nacimiento, permanencia en la población y apoyo familiar.

En cuanto a variables alternativas se descartó la influencia de la migración, del número de años que un monitor está en el Programa, del número de cursos asistidos y de la persona (D1, D2 o D3) que dictó el primer curso. En esta última variable sí se encontró significación a favor del D3, en relación con los 28 monitores formados en el primer quinquenio (1968-1973).

Es un factor significativo el año de ingreso: en el grupo de los D4 activos hay más monitores formados después de 1973.

Variables psicosociales relacionadas con el ingreso al Programa

Se encontró que los monitores en conjunto ($n=46$) difieren de la población general. Por lo tanto hubo una selección o autoselección según cierto criterio. Los monitores, al ingresar al Programa eran socios del club, lo que estaba relacionado con cuatro variables; una de éstas, la edad de ingreso, tenía relación con 3 factores. En resumen: son socios del club, y como la mayoría de ellos, tienen:

- 1) Edad: 35 - 50 años (76%)
 - 2) Experiencia de alcoholismo (76%)
 - 3) Apoyo familiar (82%)
 - 4) Religión católica (100%).
- a) Casado (90%)
 - b) Años en la población ($\bar{x} = 16$ años).
 - c) Lugar de nacimiento (50% en provincia)

SUGERENCIAS PARA LA SELECCION DE LOS FUTUROS D4

Combinando la información acerca de las variables psicosociales relacionadas con el ingreso al Programa y con la permanencia en él, se pueden formular los siguientes criterios de selección:

- a) Ser socio de un Club de Recuperados y tener al menos 2 años de recuperación (o que el cónyuge tenga 2 años de recuperación). Secundario a este requisito los candidatos tendrían que reunir otras características:
 - Experiencia del problema de Alcoholismo.
 - Motivación para trabajar como monitor.
 - Apoyo familiar.
 - Unos años más de edad que el promedio de los socios.
- b) Tener un nivel educacional igual o ligeramente superior al del promedio de los enfermos.

Además se sugiere que para la selección no se tome en cuenta el sexo, el estado civil y el factor trabajo. Pueden hacerse monitores: solteros, casados, separados o viudos; trabajadores, cesantes o jubilados.

Respecto a su formación, se prefiere que la persona que dicta el curso sea un D3 que sigue trabajando en la población con los D4 por él formados.

VI.— CONCLUSIONES FINALES Y SUGERENCIAS

Respecto a la primera parte del estudio, se desarrolló una pauta de evaluación de la eficiencia del Programa. Los resultados servirán de línea base para las evaluaciones periódicas en los próximos años.

Respecto a la segunda parte del estudio, se estableció un criterio de selección para los futuros D4.

Se sugiere para otras investigaciones, hacer un estudio paralelo acerca de la eficacia del Programa, porque el presente estudio no tomó en cuenta ese factor tan importante que es la mejoría de los enfermos y la disminución del alcoholismo como consecuencia de la labor preventiva.

Se sugiere explorar las variables psicosociales que están relacionadas con la eficacia o éxito de los monitores.

En cuanto al CPI, se propone hacer más estudios de validación y hacer la standarización del test en Chile.

En cuanto a la motivación de los monitores, se sugiere estudiar otras motivaciones, como la Motivación de Afiliación y de Poder Social, que podrían ser más importantes que la Motivación de Logro (2).

RESUMEN

Se evaluó el funcionamiento del Programa Integral de Salud Mental en Alcoholismo en un Area Experimental dentro del sector Sur de Santiago, diez años después de su implantación, llegando a la conclusión que el Programa se aplica sólo en parte.

Se exploraron las variables psicosociales en monitores D4 en relación con la permanencia dentro del Programa (D4 se refiere a los monitores de la comunidad al 4º nivel de delegación de funciones). Comparando los ex-monitores con los monitores actuales se encontró que en el último grupo hay significativamente más personas con sólo educación básica parcial o completa y más personas recuperadas, en el grupo de ex-monitores hay más personas con educación secundaria parcial o completa y más personas que recayeron.

BIBLIOGRAFIA

- 1.— **LAWSON, G. W.**— "Selected Counsellor Variables and their Relationship to Counseling Process in Alcohol Treatment". Southern Illinois University, 1975. Abstract: **Journal of Studies on Alcohol**. Oct. 1977, 38, N° 1.126.
- 2.— **McCLELLAND, D. C.**— "The Achievement Motive". With a new foreword by John W. Akinson. New York, Irvington Publishers, 1976.
- 3.— **MARCONI, J.**— "Asistencia Psiquiátrica Intra-comunitaria en el Area Sur de Santiago, bases teóricas y operativas para su implementación". (1968-1970). **Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina**. 1971, 17, 255-264.
- 4.— **MARCONI, J.**— "La Revolución Cultural Chilena en Programas de Salud Mental". **Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina**. 1973, 19, 17.
- 5.— **MARCONI, J.**— "Política de Salud Mental en América Latina". **Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina**. 1976, 22, 112-120.
- 6.— **MARCONI, J.**— "Enseñanza de la Salud Mental en América Latina". **Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina**. 1976, 22, 277-281.
- 7.— **MARCONI, J.**— "Formación de Personal para equipos de Salud Mental, Pirámide de Delegación de Funciones en el Programa Integral". Trabajo mimeografiado. Santiago, Univ. de Chile, 1978.
- 8.— **MEGARGEE, I. E.**— "The California Psychological Inventory Handbook". San Francisco, Jossey-Bass Inc. 1972.
- 9.— **MONTENEGRO, H. et al.**— "Programa Integral de Salud Mental, proyecto de desarrollo en un área experimental urbano-rural". Trabajo mimeografiado. Santiago, 1977.
- 10.— **MORALES, O. et al.**— "Estudio descriptivo de los Clubes de Alcohólicos Recuperados del Area Sur de Santiago". Memoria Servicio Social, U. Ch. Santiago, 1971.
- 11.— **ROSENBERG, C. M. et al.**— "Evaluation of training of alcoholism Counsellors". **Journal of Studies on Alcohol**. 1976, 37, 1236-1246.
- 12.— **SPENCE, W. A.**— "Identifying and counseling the Alcoholic Employee. **Aust. J. Alcm. Drug Depend.** Abstract: **Journal of Studies on Alcohol**. 1975, 36, N° 12.