



UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y HUMANIDADES

DEPTO. DE CIENCIAS SOCIALES

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

**Evaluación de los efectos de la acción Preventiva del
Programa de Prevención de Drogas “A Tiempo” en
alumnos/as de 7º y 8º básico de la ciudad de Chillán.**

MEMORIA PARA OPTAR AL TÍTULO DE PSICÓLOGO.

AUTORES

Andrés Mora Jara

Carla Olate Moya

TUTOR

Ps. Carlos Ossa Cornejo

Chillán, 2014

DEDICATORIAS

Para mis amados padres, quienes cimentaron las bases de quien soy hoy en día, quienes son responsables de todos los logros que he alcanzado, y quienes constituyen la gran fortuna que Dios me ha regalado.

A mis otros padres, Don Ramón y Sra. Inés, por su apoyo afectuoso, íntegro e incondicional en este proceso, gracias infinitas.

Para ti David, sé que estás feliz de que estemos finalizando con esta etapa, con este sueño, que también era el tuyo...

Al otro autor de esta memoria, gracias por acompañarme en esta travesía, y sobre todo, gracias por ser un gran amigo.

Y para ti, mi amado esposo, gracias por elegirme, apoyarme en los momentos de angustia, y lidiar con todos mis malestares, eres la persona con quien disfruto cada día de mi existencia, gracias por amarme con tanta entrega, eres maravilloso...

Gracias Señor, nunca estuve segura de llegar a esta instancia, más tú fuiste conmigo...

-Carla-

Para mi familia, quienes siempre me han hecho sentir que confían en mí y me entregan su cariño incondicional, especialmente a mi madre quién me formó con amor y paciencia, gracias por todo lo que me has entregado.

A mi polola, gracias por estar conmigo cuando más te necesito, tu sin saberlo me animas a dar lo mejor de mí.

A mi amiga y compañera de tesis con quien hemos compartido momentos de felicidad y otros muy difíciles y a todas las amigas y amigos que he conocido en esta etapa universitaria, gracias por todo lo que hemos vivido juntos.

Y especialmente a ti Adrián, amigo mío me enseñaste muchas cosas sobre la vida en muy poco tiempo.

-Andrés-

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos en primera instancia a SENDA Previene Chillán, su representante comunal, Don Bernardo Pasten Torres y su equipo profesional, quienes no dudaron en facilitarnos todo lo necesario para llevar a cabo esta Investigación; y porque aquella disposición, es el reflejo fiel de una motivación genuina de querer contribuir en la solución y mejora de las problemáticas sociales, relacionadas con el abuso de sustancias.

A quienes motivaron y guiaron este Proyecto en sus comienzos, Profesora María Soledad Baños Pedrós y Profesor Rodolfo Mendoza Llanos, gracias por confiar en nosotros.

Por último, agradecemos a nuestro Profesor tutor, don Carlos Ossa Cornejo, por haber guiado nuestra Investigación durante todo el período de tiempo que implicó realizarla, gracias por haber accedido a colaborar en nuestra propuesta, y por instruirnos, su ayuda fue esencial para llevar a cabo esta tesis.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	6
CAPÍTULO I	8
PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA	8
1. Planteamiento del problema.	9
2. Justificación.	11
3. Pregunta de Investigación.	12
4. Objetivo general y específicos.	12
CAPÍTULO II	17
MARCO REFERENCIAL	17
1. Antecedentes teóricos.	18
Conceptos relevantes sobre el consumo de sustancias	18
Prevención en drogodependencias	23
Factores de Riesgo y de Protección	28
Consumo y Adolescencia.	30
Teorías sobre el consumo de drogas en la adolescencia	33
Programa “A Tiempo”	35
2. Antecedentes Empíricos	44
3. Marco Epistemológico	51
CAPÍTULO III	54
DISEÑO METODOLÓGICO	54
1. Metodología: Cuantitativa	55
3. Instrumento: Ficha de Tamizaje.	56
4. Población/ Muestra.	58
5. Análisis de los datos:	60
6. Criterios de calidad:	62
7. Aspectos éticos:	65
CAPÍTULO IV	67
PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS	67
1. Resultados Análisis Instrumento	68
2. Resultados análisis comparativo del Tamizaje (pre test) y Re-Tamizaje (post test).	77
3. Evaluación de metas planteadas por el programa “A Tiempo”	85
CAPÍTULO V	88
CONCLUSIONES	88

REFERENCIAS	101
ANEXOS	109
1. Instrumento de Tamizaje	109
2. Consentimiento Informado SENDA Previene	120
3. Preguntas orientadoras para la Profundización Diagnóstica	122

INTRODUCCIÓN

La siguiente investigación está realizada por dos Licenciados en Psicología bajo el contexto de Tesis de pregrado, para optar al título de psicólogo/a.

Este estudio ha de desarrollarse bajo una metodología cuantitativa, cuya temática tiene relación con el consumo de drogas y alcohol, en el ámbito preventivo, considerando que el consumo de sustancias se ha transformado en una realidad social de consecuencias negativas, transversal en el mundo, siendo la prevención el mejor método para evitar el crecimiento de esta realidad (Becoña, 2007).

La Psicología como disciplina trata de comprender la conducta del consumidor de sustancias desde los procesos que estudia, realizando estudios para explicar por qué las personas consumen. En este sentido la rama de la Psicología en conjunto con otras disciplinas busca formas de hacer prevención realizando y diseñando programas preventivos que tengan un alto nivel de eficacia, además de elaborar teorías y modelos para intervenir en los que ya consumen a nivel problemático (Becoña, 2007).

A continuación se desarrollará un estudio cuyo objetivo es evaluar qué tan influyente y efectivo es un Programa de Prevención de Drogas de tipo Selectivo, implementado en la ciudad de Chillán, Chile. Este Programa se denomina “A Tiempo”, impartido por el organismo gubernamental SENDA (Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol), y tiene como finalidad intervenir oportunamente a los/las usuarios/as que presenten factores de riesgo que faciliten un posible consumo. En primera instancia se

realizará el planteamiento del problema, para posteriormente dar paso a la exposición del marco referencial, que incluye los preceptos teóricos que se deben desarrollar para dar entendimiento a la investigación, así también los antecedentes empíricos que la justifican, y el Paradigma Empírico bajo el cual se desarrollará la investigación.

Luego se da paso al diseño metodológico con el que se abordará el análisis de los datos propuestos, apartado donde también se incluirán los principios éticos que marcarán el desarrollo de la investigación.

Por último se realizará la presentación de los resultados y las distintas conclusiones en relación a éstos.

CAPÍTULO I

PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA

1. Planteamiento del problema.

En América Latina cada vez aumenta más la población de jóvenes consumidores de drogas y a su vez se inician más temprano en el uso y abuso de estas sustancias, un problema constante y que ha ido aumentando con el paso de los años, es por esta razón que constituye una problemática social considerable (Rodríguez y Fernández, 2008).

En Chile el alcoholismo se está presentando cada vez más y con un inicio que se produce a más temprana edad, mientras el tabaco y la marihuana continúan en niveles altos de consumo (Rodríguez y Fernández, 2008).

González y González (1996) Señalan que el inicio del consumo de drogas se inicia generalmente durante la adolescencia y que todo análisis respecto al mundo de la droga indica que los problemas ocasionados por estas sustancias se agravan si el consumo se produce durante la niñez y la adolescencia, etapas donde el desarrollo de la persona en su integridad se ve alterada significativamente ante el abuso de las drogas.

Por otro lado el consumo de drogas denominadas "fuertes" (cocaína, heroína, etc.) normalmente se produce tras un ciclo de etapas de procesos adictivos que se inicia con consumo de licores de bajo contenido alcohólico, seguido por tabaco y licores fuertes, luego consumo de marihuana, para pasar al uso y abuso de otras drogas ilegales (Kandel, 1975 en González et. Al, 1996) por esto es importante prevenir el abuso de las llamadas "drogas de inicio".

Ante el problema del inicio del consumo de drogas es conveniente y fundamental la prevención, ya que existen muchos mitos sobre las consecuencias del consumo de estas sustancias creando confusión y dudas de la información verídica y a su vez la creencia presente marcadamente en la adolescencia de “ser inmortales” (Abreu y del Río, 2006). En este sentido la prevención debe ofrecer información de la sustancia y de las consecuencias de su consumo, que permita un conocimiento científico de las drogas, además de abarcarse desde una perspectiva integral, considerando el aspecto cognitivo, afectivo y conductual de los sujetos, y con un enfoque que reduzca en lo posible los riesgos (Abreu y del Río, 2006).

En este sentido, la prevención se torna fundamental para combatir el consumo problemático de las distintas sustancias, siendo la única manera de abordar anticipadamente esta problemática (National Institute on Drug Abuse, 2014). Es en esta línea donde los métodos preventivos son cruciales para abordar esta problemática, acciones que permiten difundir una cultura informada en relación a las distintas sustancias y sus efectos, además de abordar los distintos factores de riesgos que pudieran desencadenar el consumo problemático (National Institute on Drug Abuse, 2014).

Los Programas de Prevención del consumo de Drogas y Alcohol conforman una acción preventiva muy utilizada a nivel mundial (Becoña, 2007), y Chile no está excepto de la utilización de aquella herramienta. Cabe destacar que estos deben estar constituidos en función de la población a la que apunte, teniendo en cuenta la etapa del desarrollo de dicha población, con el fin de resguardar su efectividad (Sánchez, 2009).

La efectividad de los Programas de Prevención del consumo, es un concepto muy importante de analizar constantemente, las características de las generaciones van cambiando, y por ende las acciones preventivas tienen que ajustarse a dichos cambios, evaluando las intervenciones regularmente, para pulirlas en base al estudio empírico, teórico y metodológico; y así asegurar la influencia de los Programas en los/as usuarios/as en función de las disminución de los factores de riesgo y/o conductas de riesgo que presenten, y el aumento de los factores protectores en su desenvolvimiento vital (Becoña 1999).

2. Justificación.

A continuación se mencionarán algunos criterios que motivan el estudio, basados en los propuestos por Ackoff (1953) y Miller (1977), (En Hernández et al., 1997).

- Relevancia social: Responde a la pregunta ¿Cuál es su relevancia para la sociedad? La prevención en el abuso de drogas es de suma importancia en una sociedad en que los adolescentes presentan altos factores de riesgo y el consumo es habitual en muchos de ellos (France & Utting, 2005); los resultados de esta investigación darán indicios de qué tan efectivo es este Programa de prevención de drogas, que constituye parte importante de las políticas públicas en relación a la prevención de consumo en Chile (SENDA, 2014), y que por lo tanto la constante evaluación de estas acciones se tornan fundamentales para la mejora de las estrategias planteadas para abordar esta problemática social.
- Valor teórico: ¿La información que se obtenga puede servir para comentar, desarrollar o apoyar una teoría?; en respuesta a esta pregunta, se realizará una comparación entre las teorías de la prevención y de éstas con la forma de prevenir del Programa que se investiga, todo esto se comparará también con los resultados de la efectividad del programa

(a través del análisis del pre y post test). Por otro lado, ¿Puede sugerir ideas, recomendaciones o hipótesis?; en este sentido, los resultados permitirán realizar sugerencias sobre las fortalezas y debilidades del programa, y qué se podría mejorar; además se sustentarán hipótesis planteadas en base a la teoría revisada (Hernández et al., 1997).

- Valor metodológico: esta investigación tiene entre sus objetivos realizar un análisis del instrumento que utiliza el Programa que se estudia, que nos permitirá evaluar si dicha herramienta de selección es confiable, y en qué nivel lo es; además de utilizar un estadístico que permitirá visibilizar los efectos del Programa de Prevención que se investiga, de forma cuantitativa (Hernández et al., 1997).

3. Pregunta de Investigación.

¿Existen diferencias significativas entre los resultados (por escala) del pre-test y el post-test de estudiantes de 7º y 8º básico de la ciudad de Chillán, que han participado en el Programa de Prevención de Drogas “A Tiempo”?

4. Objetivo general y específicos.

Objetivo general: Evaluar la efectividad del Programa de Prevención de Drogas “A Tiempo” en estudiantes de 7º y 8º básico de la ciudad Chillán, que han participado de este.

Objetivos específicos:

- Analizar si existen diferencias significativas, por escala, entre los resultados del pre-test y el post-test de estudiantes de 7º y 8º básico de la

ciudad de Chillán, que han sido intervenidos por el Programa de Prevención de Drogas “A Tiempo”, entre cada evaluación aplicada.

- Realizar análisis estadístico, para evaluar la confiabilidad del instrumento de medición “ficha de tamizaje”, que va incluida en el mismo programa que se investiga.
- Analizar si los resultados finales ajustan a las metas porcentuales planteadas por el mismo Programa que se investiga, en función de los objetivos establecidos por este.

5. Hipótesis.

H_{i1} : Existe diferencia estadística significativa entre las medias de las puntuaciones de la escala “Bajo manejo/involucramiento familiar” antes de someterse a la intervención del Programa A Tiempo (pre test) y las medias después de someterse a la intervención del Programa (post test), en los estudiantes de 7º Y 8º básico de la ciudad de Chillán, que han participado de este.

H_{o1} : No existe diferencia diferencia estadística significativa entre las medias de las puntuaciones de la escala “Bajo manejo/involucramiento familiar” antes de someterse a la intervención del Programa A Tiempo (pre test) y las medias después de someterse a la intervención del Programa (post test), en los estudiantes de 7º Y 8º básico de la ciudad de Chillán, que han participado de este.

H_{i2} : Existe diferencia estadística significativa entre las medias de las puntuaciones de la escala “Actitudes favorables de los padres hacia el uso de drogas y alcohol” antes de someterse a la intervención del Programa A Tiempo (pre test) y las medias después de someterse a la intervención del Programa

(post test), en los estudiantes de 7º Y 8º básico de la ciudad de Chillán, que han participado de este.

*Ho*₂: No existe diferencia estadística significativa entre las medias de las puntuaciones de la escala “Actitudes favorables de los padres hacia el uso de drogas y alcohol” antes de someterse a la intervención del Programa A Tiempo (pre test) y las medias después de someterse a la intervención del Programa (post test), en los estudiantes de 7º Y 8º básico de la ciudad de Chillán, que han participado de este.

*Hi*₃: Existe diferencia estadística significativa entre las medias de las puntuaciones de la escala “Baja percepción de riesgo del consumo de alcohol y drogas” antes de someterse a la intervención del Programa A Tiempo (pre test) y las medias después de someterse a la intervención del Programa (post test), en los estudiantes de 7º Y 8º básico de la ciudad de Chillán, que han participado de este.

*Ho*₃: No existe diferencia estadística significativa entre las medias de las puntuaciones de la escala “Baja percepción de riesgo del consumo de alcohol y drogas” antes de someterse a la intervención del Programa A Tiempo (pre test) y las medias después de someterse a la intervención del Programa (post test), en los estudiantes de 7º Y 8º básico de la ciudad de Chillán, que han participado de este.

*Hi*₄: Existe diferencia estadística significativa entre las medias de las puntuaciones de la escala “Actitud favorable hacia el consumo de alcohol y drogas” antes de someterse a la intervención del Programa A Tiempo (pre test) y las medias después de someterse a la intervención del Programa (post test), en

los estudiantes de 7º y 8º básico de la ciudad de Chillán, que han participado de este.

*Ho*₄: No existe diferencia estadística significativa entre las medias de las puntuaciones de la escala “Actitud favorable hacia el consumo de alcohol y drogas” antes de someterse a la intervención del Programa A Tiempo (pre test) y las medias después de someterse a la intervención del Programa (post test), en los estudiantes de 7º y 8º básico de la ciudad de Chillán, que han participado de este.

*Hi*₅: Existe diferencia estadística significativa entre las medias de las puntuaciones de la escala “Recompensas o gratificaciones de los amigos por consumo de drogas” antes de someterse a la intervención del Programa A Tiempo (pre test) y las medias después de someterse a la intervención del Programa (post test), en los estudiantes de 7º y 8º básico de la ciudad de Chillán, que han participado de este.

*Ho*₅: No existe estadística significativa entre las medias de las puntuaciones de la escala “Recompensas o gratificaciones de los amigos por consumo de drogas” antes de someterse a la intervención del Programa A Tiempo (pre test) y las medias después de someterse a la intervención del Programa (post test), en los estudiantes de 7º y 8º básico de la ciudad de Chillán, que han participado de este.

*Hi*₆: Existe diferencia estadística significativa entre las medias de las puntuaciones de la escala “Consumo” antes de someterse a la intervención del Programa A Tiempo (pre test) y las medias después de someterse a la intervención del Programa (post test), en los estudiantes de 7º Y 8º básico de la ciudad de Chillán, que han participado de este.

H_0_6 : No existe diferencia estadística significativa entre las medias de las puntuaciones de la escala "Consumo" antes de someterse a la intervención del Programa A Tiempo (pre test) y las medias después de someterse a la intervención del Programa (post test), en los estudiantes de 7º Y 8º básico de la ciudad de Chillán, que han participado de este.

Hipótesis planteadas en base a la disminución de los factores y conducta de riesgo evaluados (equivalentes a las 6 escalas) una vez implementado el Programa.

CAPÍTULO II

MARCO REFERENCIAL

1. Antecedentes teóricos.

Conceptos relevantes sobre el consumo de sustancias

El consumo de drogas se ha transformado en una problemática social, de salud pública, transversal en el tiempo y a las distintas culturas existentes en el mundo. Esto se debe principalmente a las distintas consecuencias que trae consigo el consumo abusivo de estas sustancias en el bienestar de los individuos; desarrollándose una serie de enfermedades que pueden afectar órganos esenciales del cuerpo, tales como el corazón y los pulmones, en el caso del consumo de cigarrillos. Enfermedades crónicas, como la cirrosis hepática, son producidas por la ingesta de alcohol, y sus efectos se conocen como causales de accidentes automovilísticos y de homicidios. Por otro lado, el consumo de drogas se ha transformado en impulsor de diversas conductas delictivas, sobre todo relacionadas con el negocio de las drogas ilegales; además de generar dependencia por su naturaleza adictiva, alterando la salud mental de las personas (CONACE, 2008).

Para comenzar a hablar de Drogas, es necesario definir qué son. La Organización Mundial de la Salud (2001), define Droga, como toda sustancia que introducida en el organismo vivo por cualquier vía, es capaz de actuar sobre el Sistema Nervioso Central, provocando una alteración física y/o psicológica, la experimentación de nuevas sensaciones o la modificación de un estado psíquico, lo que finalmente lleva a un cambio de comportamiento de un sujeto, además de tener la capacidad de generar dependencia y tolerancia en quienes la consumen.

Cuando se habla de drogas se hace referencia a una diversidad de sustancias lícitas e ilícitas, el alcohol y el tabaco son las drogas lícitas más consumidas a nivel mundial y nacional (CONACE, 2008).

En el ámbito del consumo de sustancias, podemos distinguir el *Uso*, que refiere a esa modalidad de consumo no generadora de consecuencias negativas para el individuo, ya sea porque el consumo es controlado, la cantidad es mínima o la

frecuencia con la que se consume no es alta (Asociación Americana de Psiquiatría, 1994). Por otro lado, el *Abuso* es aquella modalidad de consumo que si altera el funcionamiento y bienestar del individuo, produciéndose una alteración del estado anímico de la persona, del nivel perceptual y del funcionamiento cerebral (Schuckit, 2000, p. 4. En Becoña, 2002). El abuso se puede explicar, ya sea porque la persona introduce altas cantidades de la sustancia en el organismo, la consume con alta frecuencia, no existe la facultad de tener un control por sobre el consumo, o bien por la propia naturaleza de la sustancia (Asociación Americana de Psiquiatría, 1994).

Por *drogodependencia* se entiende, tal como la definió la OMS (2001), como el «estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga natural o sintetizada y caracterizado por: 1) deseo dominante para continuar tomando la droga y obtenerla por cualquier medio, 2) tendencia a incrementar la dosis, 3) dependencia física y generalmente psíquica, con síndrome de abstinencia por retirada de la droga, y 4) efectos nocivos para el individuo y para la sociedad» (OMS, 2001, p. 67).

Hay distintas clasificaciones de las drogas, que por lo general están en la misma sintonía, una de las más recurrentes, es la que realizó Shuckit (2000), y que a continuación se plasman en la siguiente Tabla (ver tabla 1).

Becoña (2002) realiza la siguiente descripción de los conceptos más importantes, y de los cuales hay que tener un adecuado conocimiento, a la hora de hablar de drogas. *Droga*, es toda sustancia psicoactiva que, introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más funciones de éste; el *Abuso de sustancias psicoactivas*, se produce cuando hay un uso continuado a pesar de las consecuencias negativas que ello acarrea para el individuo.

El *Síndrome de abstinencia*; es el conjunto de síntomas y signos que aparecen en una persona dependiente de una sustancia psicoactiva cuando deja bruscamente de consumirla o la cantidad consumida es insuficiente.

Tabla Nº 1: Clasificación de las Drogas según Shuckit (2000).

CLASE	EJEMPLO SUSTANCIA
Depresores del Sistema Nervioso Central	Alcohol, hipnóticos, muchas drogas ansiolíticas (benzodiazepinas)
Estimulantes o simpatomiméticos del Sistema Nervioso Central	Anfetaminas, metilfenidato, todos los tipos de cocaína, pasta base, productos para perder peso
Opiáceos	Heroína, morfina, metadona y casi todas las prescripciones analgésicas
Cannabinoides	Marihuana, hachís
Inhalantes	Aerosoles, sprays, colas, tolueno, gasolina, disolventes
Drogas para contrarrestar otros efectos	Contienen: atropina, escopolamina, Estimulantes menores, antihistamínicos, analgésicos menores
Otros	Fenciclidina (PCP)

Fuente: Shuckit (2000).

Por otro lado, el *Síndrome de dependencia*, corresponde a una serie de manifestaciones físicas, comportamentales y cognoscitivas en el que la introducción de una droga al organismo, o de un tipo de ellas, adquiere la

máxima preocupación para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto. El deseo, a menudo fuerte y a veces insuperable, de ingerir sustancias psicoactivas ilegales o legales, aun cuando hayan sido prescritas por un médico. La *Tolerancia*, es el estado de adaptación caracterizado por la disminución de la respuesta a la misma cantidad de droga o por la necesidad de una dosis mayor para provocar el mismo grado de efecto farmacodinámico.

Otro elemento importante a considerar son las *Vías de administración de drogas*, de las cuales hay seis: la oral, en forma de ingestión, mascado o sublingual; la pulmonar, inhalada y/o fumada; nasal (esnifada); intravenosa; intramuscular o subcutánea; y, rectal. La vía pulmonar es la que permite que la sustancia llegue con mayor rapidez al cerebro, en menos de diez segundos en la mayoría de las sustancias psicoactivas. En todo caso la dosis y frecuencia de consumo es importante para pasar del uso al abuso y a la dependencia.

Y por último la *Tolerancia*, que se produce cuando el individuo tiene la necesidad de ir aumentando la dosis consumida para experimentar los mismos efectos, lo que corresponde a un indicio de alteración metabólica, consecuencia de un consumo crónico, del cual el organismo intenta defenderse.

CONACE (2008) realiza una descripción del alcohol, tabaco y la marihuana, que es la droga ilícita más consumida en Chile:

El *Tabaco* es una planta originaria de América, sin embargo su cultivo está extendido en gran parte del planeta. La forma más común de consumir el tabaco es el cigarrillo, en el humo de este se encuentran más de cuatro mil componentes tóxicos. Entre los que destacan la nicotina (produce efectos

psicoactivos y dependencia física), alquitrán (sustancia cancerígena), irritantes del sistema respiratorio y monóxido de carbono (dificulta la distribución de oxígeno en la sangre).

El cigarrillo a través de sus innumerables tóxicos produce alteraciones que afectan el bienestar físico y psicológico en quienes lo consumen. Entre las alteraciones físicas se encuentran daños en el sistema cardiovascular (contrae venas y arterias, exigiendo en mayor medida al corazón, por lo que aumenta el riesgo de sufrir arritmia), en el sistema nervioso central (disminución de la concentración) y en el sistema respiratorio (disminuye la oxigenación, por lo que puede llegar a producir bronquitis y cáncer al pulmón). Además daña las capacidades del olfato y gusto y puede llegar a provocar cáncer en la zona bucal.

Los daños psicológicos que pueden llegar a producir el consumo de esta sustancia dependencia psicológica, reacciones de ansiedad y depresión relacionadas con la dificultad de terminar con el consumo. Ante la dependencia del tabaco, el consumidor o consumidora se verá afectado con insomnio, dolor de cabeza, aumento del apetito, falta de concentración y fatiga producto del síndrome de abstinencia (CONACE, 2008).

El *Alcohol* es un depresor que disminuye la actividad del sistema nervioso central, es la droga de mayor prevalencia en el mundo y su abuso puede afectar el bienestar físico y psicológico.

Su consumo abusivo afecta el sistema cardiovascular (altera el ritmo cardíaco, hipertensión arterial, aumenta la presión sanguínea, facilita las insuficiencias cardíacas y cardiopatía alcohólica), el sistema nervioso central (pérdida de la coordinación motora, disminuye la concentración, pérdida de la coordinación motora y alucinaciones), el sistema respiratorio (aumenta el riesgo de infecciones respiratorias, neumonías y tuberculosis), el sistema digestivo (gastritis e inflamación de estómago y páncreas y en el hígado disfunción, hepatitis y

cirrosis) y el sistema reproductor (impotencia masculina). También, esta sustancia puede producir daño a nivel psicológico al presentarse el síndrome de abstinencia el cual se manifiesta a través de alteraciones como insomnio, angustia, amnesia, depresión, intentos de suicidio, disminución de autoestima (CONACE, 2008).

Por último, la *Marihuana*, corresponde a la droga ilícita más consumida en el mundo es la marihuana (Alonso, Guzmán, Llamas y Rodríguez, 2012) y también la más consumida en Chile (CONACE, 2008).

Su consumo tiene propiedades benéficas, entre las que destacan: aliviar las náuseas y vómitos asociados con las terapias del cáncer y del SIDA, aliviar el dolor muscular y espasmos, para disminuir la frecuencia de convulsiones en la epilepsia, reducir la presión intraocular en pacientes con glaucoma y para estimular el apetito en pacientes con cáncer y SIDA (Expósito, 2003).

En tanto, el abuso en la ingesta de marihuana puede afectar el bienestar físico de los consumidores y consumidoras crónicos asociándose a la aparición de bronquitis, tos crónica y cambios precancerosos en los pulmones y a nivel psicológico interfiere en la ejecución de funciones complejas, como la memoria, concentración y el aprendizaje, puede llegar a provocar un menor rendimiento escolar y exacerbar la psicosis (Alonso et al, 2012).

Prevención en drogodependencias

El término de “prevención” varía en sus significados, dependiendo del contexto en el que se entiende, y en esta sintonía las intervenciones preventivas se agrupan en dos bloques, el de la reducción del consumo o reducción de la demanda, y el de la reducción de la disponibilidad de la sustancia en el mercado al que accede el consumidor, o sea la reducción de la oferta (Becoña, 1999).

Se hace prevención de consumo de drogas con preadolescentes, ya que se reconoce entre las conductas de la población joven consideradas factor de riesgo para su integridad el consumo intensivo de alcohol y drogas, incluyendo el tabaco (Krauskopf, 1999); este autor señala que fumar y beber en la adolescencia son formas de ganar aceptación de sus pares, establecer autonomía y manejar ansiedad y frustración.

Por otro lado, los programas de prevención de consumo de drogas más eficaces coinciden en los siguientes principios: deben aumentar los factores de protección y disminuir los de riesgo, prevención debe dirigirse a todas las formas de abuso de drogas, tratar los riesgos específicos de la población, según las características de esa población; programas dirigidos a la escuela y la familia son más eficaces, deben ser implementados a largo plazo, deben incluir capacitación para los profesores y emplear técnicas interactivas (National Institute on Drug Abuse, 2004). Estos programas son diseñados considerando al público objetivo que puede ser la población en general, los que presentan algún mayor riesgo específico o los que ya consumen drogas (National Institute on Drug Abuse, 2004)

Un error habitual en la prevención de consumo de drogas es considerar a la población como homogénea, en el que domina la perspectiva masculina. Sin considerar que los problemas que se desencadenan por el consumo son distintos (Sánchez, 2009).

Los programas de prevención suelen trabajar con consejerías tanto individuales, grupales y familiares, ya que se reconoce la importancia de las diferencias individuales, de las personas significativas y del contexto social (Palacios y Careaga, 2009) Respecto a la prevención en el ámbito familiar, desarrollar un ambiente positivo protege a los jóvenes de caer en conductas insanas entre las

que se encuentra el consumo de sustancias (Kumpfer y Johnson, 2007).

En esta línea, Gázquez, García y Espada (2009), en su estudio de las “características de los programas eficaces para prevención escolar del consumo de drogas”, sintetizan cuatro estudios, que han intentado recopilar la información procedente de diversas revisiones y estudios de meta-análisis, relevantes en el campo de la prevención del consumo de drogas y a partir de ellos se extraen conclusiones sobre las características de los programas eficaces en el ámbito escolar basados en la prueba empírica, estas son:

Dominio de los contenidos: Tobler (1993), como resultado de la serie de estudios de meta-análisis, identificó 7 grandes dominios en el contenido importante de los programas de prevención de drogas en adolescentes:

- **Conocimiento:** el conocimiento de los efectos de las drogas, el conocimiento de los medios de comunicación y las influencias sociales y el conocimiento del uso real de drogas por los pares (educación normativa).
- **Habilidades Afectivas:** la autoestima y los sentimientos, una visión personal y la auto-conciencia, las actitudes, creencias y valores.
- **Habilidades de rechazo:** habilidades de rechazo relacionados con las drogas, actividades de compromiso público para no usar drogas, habilidades cognitivo-conductuales y actividades que promueven redes de apoyo con adolescentes que no consumen drogas.
- **Competencias genéricas:** las habilidades de comunicación, habilidades de asertividad, habilidades de solución de problemas (toma de decisiones), habilidades de afrontamiento, habilidades sociales, el establecimiento de objetivos e identificación de alternativas.
- **Destrezas de seguridad:** habilidades para proteger a sí mismo y a sus compañeros en una situación relacionada con las drogas (por ejemplo al beber y conducir).

- Actividades extraescolares: actividades de trabajo remunerado o formación, actividades deportivas, actividades culturales organizadas, actividades de tiempo libre sin drogas y trabajos voluntarios en la comunidad.
- Otros: facilitación de ayuda y asesoramiento, tareas o ejercicios, refuerzos, recompensas, economía de fichas, participación de los padres, participación y coordinación a nivel comunitario, etc.

Metodología de la aplicación: Respecto a la metodología existen dos tipos de programas (Tobler, 1986; Tobler y Straton, 1997; Tobler et al., 2000. En Gázquez et al., 2009):

- Programas no interactivos: metodologías que implican una estructura teórica con muy poca interacción, por ejemplo, pueden incluir interacción entre profesor y alumnos, pero no entre alumnos.
- Programas interactivos: Programas que instan una interacción máxima, cuya estructura se basa en estimular la interacción entre iguales, por ejemplo, grupos de discusión, role- playing, modelado activo, discusión, debate, etc. Los estudios sugieren que las aproximaciones didácticas más eficaces son las interactivas (Gázquez et al, 2009).

Mantenimiento de los efectos: Es necesario realizar un seguimiento a largo plazo posterior a la aplicación del programa para observar si mantienen sus efectos. Los efectos preventivos usualmente no se mantienen en el tiempo, son más relevantes a corto plazo y gradualmente van decayendo (Ellickson, Bell y McGuigan, 1993).

Intensidad de los programas: Las investigaciones no han llegado a un acuerdo respecto a cuál es el número de sesiones más óptimo para un programa de prevención de drogas. Hay estudios que demuestran que los programas efectivos son intensivos de más de diez sesiones en complemento con otros aspectos, pues la intensidad no asegura la efectividad por sí sola (White and Pitts, 1998). Otros autores como Gottfredson y Wilson (2003), manifiestan que tanto los programas cortos (menos de 4,5 meses) como los largos (más de 4,5 meses), arrojan resultados similares, por lo que extender la longitud de los programas no necesariamente produce beneficios y son eficientes.

Sesiones de recuerdo: Se ha demostrado que para lograr efectos en el comportamiento, que se mantengan después de 2 o 3 años posterior a la intervención, es necesario implementar sesiones de refuerzo o de recuerdo en una etapa posterior (White y Pitts, 1997). Las sesiones de recuerdo *brindan la oportunidad de reforzar y construir sobre los mensajes adquiridos previamente, con el objetivo de refrescarlos y adoptarlos en la conducta., todo ello acorde a la edad y la etapa del desarrollo actual de los individuos.*

Centrados en una sustancia o en múltiples: "La mayoría de los programas de prevención escolares se dirigen frecuentemente a reducir, retrasar o eliminar el consumo del tabaco, alcohol y cannabis, partiendo de la hipótesis que afirma que al reducir tempranamente el consumo de estas drogas de entrada, se reduce el uso de otras drogas en fases posteriores del desarrollo. En consecuencia, la efectividad de los programas se ha valorado principalmente en el uso de estas tres sustancias frente al resto de drogas ilegales. Por lo tanto, la eficacia de los programas para prevenir el consumo de otras drogas ilícitas no se ha podido revisar adecuadamente" (Black, 1998, En Gázquez et al. ,2009). Sin embargo se defienden los programas de prevención enfocados en una sola sustancia (White y Pitts, 1998), pues hay investigaciones que indican que los programas centrados

en el tabaco, por ejemplo, son tres veces más efectivos que los programas centrados en múltiples sustancias (Tobler y Straton, 1997).

Edad de los sujetos: Existe un fuerte consenso entre revisiones y estudios primarios recientes que manifiestan que los “programas de educación sobre drogas de la escuela para ser eficaces, deben estar basados en las necesidades y ser relevantes para los jóvenes que están dispuestos a participar en el programa” (White and Pitts, 1997, 1998); en este sentido los programas que están enfocados en el cambio comportamental de los individuos deben ser asertivos en la etapa del desarrollo en que este tipo de cambios son más viables.

Factores de Riesgo y de Protección

Como se ha transmitido, el trabajo de prevención en torno a las drogodependencias constituye una serie de acciones que permiten instar a la postergación o evitación del consumo, con el propósito de alejar de la población las malas consecuencias que trae consigo el abuso de drogas. La forma de realizar este trabajo preventivo es fortaleciendo los factores protectores y disminuyendo los factores de riesgo, tanto de los sujetos, su familia y su entorno más cercano (CONACE, 2009).

“Los factores de riesgo se define como variables que pueden afectar negativamente el desarrollo de las personas, se trata de variables contextuales o personales, que al estar presentes aumentan la probabilidad, de desarrollar problemas emocionales, conductuales o de salud” (Hein, Blanco y Mertz, 2004). O sea la presencia de estos factores en la vida de una persona joven o adolescente incrementa la posibilidad de sufrir alteraciones en su desarrollo.

Por otro lado, la conducta de riesgo refiere al resultado sobre el comportamiento que tienen dichos factores, y donde tal comportamiento constituye un peligro para la integridad del individuo.

Hein, Blanco y Mertz (2004) proponen una clasificación de los factores de riesgo en 6 ámbitos de procedencia:

- Factores individuales: Bajo Coeficiente Intelectual, pobres recursos para enfrentar y resolver conflictos, valores y actitudes valorables hacia conductas de riesgo, temperamento difícil en la infancia, etc.
- Factores familiares: Padres con alguna enfermedad mental o con actitud favorables hacia conductas de riesgo, estilos parentales coercitivos, ambivalentes o coercitivos, dinámica familiar disfuncional, etc.
- Factores ligados al grupo de pares: pertenencia a grupos de pares involucrados en actividades riesgosas, como lo son el comportamiento delictivo o consumo de drogas, por ejemplo.
- Factores escolares: Discriminación por parte de los profesores o pares, bajo apoyo de los docentes, alienación escolar, violencia escolar, etc.
- Factores sociales o comunitarios: Bajo apoyo comunitario, estigmatización y exclusión de actividades comunitarias, por ejemplo.

De esta manera, cabe por entender que cuando se habla de Factores de Protección, refiere a aquellas variables contextuales que son parte de la vida del individuo, que actúan de manera defensora de distintas situaciones riesgosas relacionadas con las drogas y el alcohol. La misma clasificación que se realizó para los Factores de Riesgo, pueden actuar como factores protectores en la vida de las personas (Hein et al, 2004).

Consumo y Adolescencia.

En el ciclo vital, la adolescencia es la etapa en la que se producen los procesos de maduración biológica, psíquica y social de un sujeto, en la que se pueden distinguir las siguientes etapas: adolescencia temprana (10-13 años), adolescencia media (14-16 años) y adolescencia tardía (17-19 años); como se observa esta fase incluye a la pubertad y abarca en total las edades comprendidas entre los 10 y los 19 años, alcanzando así la edad adulta y culminando con su incorporación en forma plena a la sociedad (Organización Mundial de la Salud, 2001).

La adolescencia es una etapa de grandes crisis y de resoluciones. Cómo se desarrolla y experiencia ésta etapa es muy importante para el sujeto y lo que será de él a posteriori (Hidalgo y Carrasco, 2001).

Las crisis y problemas que encuentre el adolescente no sólo lo afectan a él sino que a todos sus cercanos, amigos y por sobre todo a sus familiares, por lo que es muy importante lo que pueda hacer la familia en su conjunto en la resolución de las crisis, este ser un periodo complicado. Sin un buen manejo puede ocasionar problemas en el adolescente y en la familia (Hidalgo y Carrasco, 2001).

Como se dijo anteriormente, la primera etapa de la adolescencia es la adolescencia temprana (10 a 14 años) Se reduce la importancia de los padres en las consideraciones que realicen, comienza a aumentar los lazos interpersonales con adolescentes de la misma edad y del mismo sexo, comienzan a necesitar privacidad y están probando el poder de la autoridad. Se fortalece de gran manera lo cognitivo y las fantasías (Guerra, 1999).

Por otro lado tenemos que en esta etapa se configuran los distintos valores, actitudes vitales, intereses, comportamientos y la propia identidad de los sujetos, quedando ya fijados en la etapa adulta; es por ello que el sujeto está experimentando una serie de cambios decisivos para su futuro (Arbex, 2002).

Estos tres aspectos son importantes en esta etapa del ciclo vital: además de ser transitoria, se trata de una etapa especialmente dinámica y cambiante, es un proceso en el cual hay una dinámica evolutiva, que se da en un marco social e histórico concreto. Como señala Funes (1998) “en este proceso se suceden etapas, acontecimientos y circunstancias, algunas de los cuales serán enriquecedoras y estabilizadoras y otras problemáticas”. El otro aspecto es que Cada adolescente vive esta etapa de una manera particular y subjetiva. En este sentido, podemos afirmar que cada uno de ellos es resultado directo del medio social en que se desenvuelve, es decir, espacios y comunidades humanas que producen diferentes maneras de ser adolescente; como expresa Zazzo (1972) “la adolescencia verdadera no existe y no se puede observar más que en su medio”, y en este sentido en la problemática de los menores consumidores de drogas hay que tener en cuenta el medio en el que se desenvuelven. Y por último, los adolescentes expresan sus conflictos y problemas normalmente en términos sociales, es decir, se traducen en conductas y comportamientos problemáticos en el área social.

Los y las adolescentes presentan características inmaduras del pensamiento que pueden llegar a relacionarse con la realización de conductas peligrosas, una de estas características es la *audiencia imaginaria*, en la que la persona conceptualiza un observador(a) que se encuentra sólo en su mente y que está tan preocupado(a) de los pensamientos y acciones como él mismo o ella misma,

cómo un observador (a) que incita con su presencia a realizar acciones peligrosas. Otra característica inmadura del pensamiento de los y las adolescentes es la *posición de invulnerabilidad* que se caracteriza porque creen que son únicos, que sus vivencias son especiales y que las reglas son para las demás personas, como por ejemplo: “creer que las demás personas pueden caer en la adicción en las drogas menos yo”. Ambas características se encuentran presentes también en la adultez pero en la adolescencia cuando las operaciones formales recién se encuentran estableciéndose es cuando más se hacen presente (Papalia, Wendkos y Duskin, 2009).

Según Erikson (1968) la tarea que enfrentan las personas en la adolescencia es enfrentarse a la crisis que él denomina *Identidad versus confusión de roles* en la que el/la adolescente busca desarrollarse como adulto(a) único(a) y con un rol en la sociedad. Para construir la identidad, los jóvenes deben resolver tres áreas: La elección de una ocupación, la adopción de valores y el desarrollo de la identidad sexual satisfactoria. Cuando se dificultan estas elecciones crece el riesgo de que incurran en conductas negativas importantes (Papalia et al, 2009).

Erikson (1968) además describe la moratoria psicosocial: período de libertad que proporciona la adolescencia, que les permite a los(as) jóvenes buscar compromisos a los que pueden ser fieles y que les permite desarrollar un yo estable y dirigido hacia el interior. Respecto a esto Elkind (1998) señala que muchos(as) adolescentes encuentran que se les impone una adultez prematura por lo que carecen de oportunidades para desarrollar una moratoria psicosocial (Papalia et al, 2009).

Teorías sobre el consumo de drogas en la adolescencia

Para definir el contenido que sustentará un programa de prevención de drogas focalizado en adolescentes, es necesario tener en conocimiento las distintas teorías que explican el consumo de drogas en estos. En esta sintonía a continuación se presentarán las teorías más relevantes, según lo propuesto por Hansen y O'Malley (1996):

Teoría de la Inoculación de Mc Guire (1968).

Plantea que los adolescentes bajo algún tipo de presión social, como padres adictos y mensajes relacionados con el consumo de drogas en los medios de comunicación, tienen serio riesgo de consumir drogas (Mc Guire, 1968).

Teoría de la Acción Razonada de Fishbein y Azjen (1975).

Explica que las influencias que actúan sobre el consumo en los adolescentes y personas en general son cognitivas, la causa más inmediata del uso de drogas son las intenciones para consumir o no, las que están mediadas por dos componentes: las actitudes hacia el consumo (determinadas por las consecuencias que espera del consumo y el valor afectivo de esas consecuencias) y las creencias normativas sobre el consumo las que están determinadas por la percepción de que personas significativas aprueban y desean su consumo y por la motivación del sujeto de acomodarse a esas expectativas (Fishbein y Azjen, 1975).

Teoría de la Conducta Problema: Jessor y Jessor (1977).

En esta teoría, más actualmente red denominada como la teoría para la conducta de riesgo de los adolescentes, se considera unos factores de riesgo y protección, unas conductas de riesgo y unos resultados del riesgo (Becoña, 2007).

Jessor y Jessor (1977) denomina las conductas problema a aquellas actividades que son socialmente definidas como problemáticas, preocupantes o indeseables por las normas convencionales. En este sentido la conducta problema vendría siendo propositiva, instrumental y funcional, ya que el adolescente se implica en estos comportamientos con el fin de alcanzar ciertas metas importantes en su etapa evolutiva, por ejemplo, el respeto y aceptación en su grupo de amigos, la autonomía respecto a sus padres, para enfrentarse a la frustración o a la ansiedad, etc. (Jessor y Jessor, 1977).

Teoría del Aprendizaje Social de Bandura (1977).

Se basa en los principios del aprendizaje y cognición, además de los aspectos del ambiente. Plantea que en la regulación de la conducta participan procesos de aprendizaje (condicionamiento clásico, operante y aprendizaje vicario), procesos cognitivos y el contexto de la persona donde vive y se desenvuelve (Bandura, 1977).

Programa “A Tiempo”

Una vez ya revisados los elementos principales que constituyen un Programa de Prevención de Drogas destinado a adolescentes, es necesario realizar una descripción general del Programa que se investiga.

Para ello en primer lugar cabe mencionar que este Programa constituye una de las acciones preventivas destinada a poner en práctica las políticas públicas nacionales, creadas por SENDA (Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol), en el ámbito de la prevención del consumo de sustancias.

“A Tiempo” es una herramienta de prevención selectiva, que constituye una estrategia de prevención precoz y trabajo preventivo ante el consumo de drogas y alcohol en adolescentes escolarizados de 7° a 2° medio (SENDA, 2012).

El desarrollo de este Programa se realiza al interior de establecimientos educacionales con diagnóstico de Chile Previene en la Escuela (área de SENDA), y focalizados por SENDA Previene comunal por criterios de vulnerabilidad tales como un porcentaje IVE SINAIE (indicador otorgado por el Sistema Nacional de Asignación con Equidad y que refleja la condición de riesgo asociada a los estudiantes de cada establecimiento; IVE: Índice de Vulneración Escolar) superior al 70%, Ley SEP, entre otros. De los establecimientos seleccionados en Chillán ninguno tiene enseñanza media, por lo tanto la población que se abarcará es de 7° y 8° básico, donde se pesquisarán (luego se profundizará en esta pesquisa) aquellos casos de adolescentes que, por presencia y/o acumulación de factores de riesgo de consumo de drogas y otras conductas de riesgo, requieran de acciones de mayor duración y profundidad, a fin de prevenirlas o reducir los daños que estas puedan causar (SENDA, 2012).

Este Programa se sustenta en el modelo basado por competencias. Tal como se mencionó anteriormente, este enfoque requiere de una intervención de carácter formativa, que genere estrategias eficaces para el fortalecimiento de factores protectores en los usuarios por medio del desarrollo de capacidades cognitivas, sociales y emocionales. El éxito de la intervención preventiva de este sub-componente radica en la aprehensión de competencias por parte de los usuarios, de manera tal de habilitarlos de forma sostenida para una toma de decisiones responsable (SENDA, 2012).

A partir de la identificación de los usuarios seleccionados se pretende hacer un trabajo de carácter individual, grupal, familiar y de conformación de redes; con un enfoque basado en competencias, el cual requiere de una intervención de carácter formativa, que genere estrategias eficaces para fortalecer factores protectores, en defensa de los factores de riesgo, por medio del desarrollo de capacidades tanto cognitivas, como sociales y emocionales (SENDA, 2012).

Objetivos del Programa.

En las orientaciones para el año 2014, SENDA realiza algunas modificaciones a los objetivos iniciales, los que a continuación se presentarán.

Objetivo General: Desarrollar habilidades y competencias enfocadas a evitar y/o disminuir el consumo de drogas y alcohol, a través de la construcción y utilización de estrategias preventivas en estudiantes de 7° básico a 2° medio.

Objetivos Específicos:

- Fortalecer el conocimiento y la utilización de recursos personales (cognitivos, emocionales y relacionales) en los usuarios para actuar de forma saludable en su entorno cotidiano.
- Favorecer en el estudiante una postura personal con respecto a su grupo de pares en relación a su autocuidado, tomando decisiones por sí mismo.
- Desarrollar en el usuario la capacidad para reconocer los factores protectores presentes en su entorno familiar, proponiendo alternativas de solución (acordes a su edad) a los conflictos que se susciten en él.
- Aumentar las habilidades parentales de los padres, apoderados o adultos significativos de los estudiantes participantes del programa.
- Incentivar la adquisición de conocimientos en los estudiantes acerca de los servicios que ofrecen las redes sociales de apoyo disponibles en función del reconocimiento de sus propios requerimientos y/o los de su entorno cercano, y que pueden aportar a mejorar su bienestar personal.

La selección de los usuarios se realiza por pesquisa del Instrumento de Tamizaje, el que detecta la presencia de diferentes factores de riesgo y una conducta de riesgo evaluando cuatro dimensiones a través de seis escalas. En este instrumento se ahondará más profundamente en el capítulo de diseño metodológico (Ver en anexos el Instrumento de Tamizaje).

Para que el estudiante responda el cuestionario se debe contar con el previo consentimiento de los padres, madres y/o adultos significativos y el asentimiento individual del estudiante, el que normalmente se realiza minutos antes de que respondan la encuesta. El consentimiento de los apoderados tiene un carácter pasivo, por lo que deberá ser entregado con una semana de antelación a la aplicación del instrumento y, en caso de no recibir respuesta, se da por

entendido que el apoderado consiente la participación de su pupilo/a en el proceso de tamizaje (SENDA, 2012).

El Programa A Tiempo, por otro lado, está diseñado para implementarlo en “Dupla Psicosocial”, es decir se estima conveniente que la intervención sea efectuada por un profesional de Trabajo Social y otro profesional de Psicología.

En Chillán, desde el año 2013 que se está implementando el Programa oficialmente en las escuelas, y desde ese instante ha sido la Psicóloga de SENDA Previene Chillán, principalmente, del proceso de intervención con los usuarios.

Luego del proceso de tamizaje, el equipo profesional comenzará a trabajar con el Diagnóstico en profundidad, el que idealmente se realiza en dos partes, una a nivel individual y otra a nivel familiar. Con el propósito de guiar el diagnóstico, se recomienda profundizar en aquellos factores de riesgo que aparecen como presentes en los resultados del tamizaje. Para ello, existe una entrevista semiestructurada que se aplicará con cada seleccionado, que además de indagar en los factores de riesgo que aparecieron en el tamizaje, permiten pesquisar en los factores protectores presentes en el usuario, evaluando así cuáles son posibles de trabajar y potenciar en futuras intervenciones (Ver en Anexos preguntas orientadoras para la profundización diagnóstica). Es importante destacar que de este proceso también participan alumnos/as que no son seleccionados solamente por el instrumento, sino que son seleccionados por un proceso denominado “pesquisa institucional” en el que se le pide a la escuela, que en una reunión con actores importantes del establecimiento (orientador, director, inspectores, profesores, etc.) se evalúe la selección de otros/as alumnos/as (de 7º y 8º básico igualmente, que no fueron seleccionados por el instrumento) de los/as cuales se sospeche presenten factores de riesgo considerables en relación al consumo; y que en dicha entrevista de

“profundización diagnóstica” se aclarará si esta sospecha es adherida a la realidad del sujeto, y que por lo tanto cumple con los criterios o no para participar del programa.

En relación al grupo familiar, también sería adecuado realizar una entrevista semiestructurada para la profundización en los factores ya mencionados, sin embargo es posible que la familia no participe de forma activa en la vida escolar de los/las usuarios/as, igualmente se intenta citándolos a una reunión o coordinando una visita domiciliaria (SENDA, 2012).

Toda la información recabada deberá organizarse en torno a los resultados obtenidos en el proceso de tamizaje y en el diagnóstico en profundidad, pudiendo así comparar y contrastar las dimensiones de cada usuario; esto permitirá estructurar el Plan de Intervención Individual. Para ordenar esta información existe una tabla resumen Diagnóstico en Profundidad, que contrasta los resultados del tamizaje, con los de la profundización diagnóstica.

Es necesario recordar que el Programa A Tiempo trabaja con población adolescente escolarizada que requiere de intervenciones enmarcadas en el contexto de selección preventiva, y solo excepcionalmente, de usuarios que posean un perfil de prevención indicada, por lo que se recomienda que en estos casos se realice una *referencia asistida* de los usuarios a la red de apoyo comunal pertinente (SENDA, 2012).

Plan de Intervención Individual.

La elaboración del Plan de Intervención Individual constituye el diseño de objetivos, indicadores, productos y actividades para cada uno de los ámbitos pesquisados a través del tamizaje y del Diagnóstico en Profundidad, por lo que deberá buscar el fortalecimiento de los factores protectores y la disminución de los factores y conductas de riesgo de los usuarios (SENDA, 2012).

Es importante resaltar que el objetivo del Plan de Intervención Individual es aumentar la motivación al logro de los propios objetivos del usuario o el cambio de conducta deseada. Es por esto que esta estrategia debe ser Pertinente, Posible, Participativo y Flexible (SENDA, 2012).

Idealmente la intervención se realizará en horario de clase, ya sea en horario de consejo de curso o en los horarios que el establecimiento estime conveniente para estas actividades. La estrategia tendrá un componente grupal, individual y familiar, como se mencionó anteriormente, lo que dependerá de factores intrínsecos al usuario: necesidades y motivaciones; como también de factores extrínsecos: disponibilidad de espacio físico y tiempo otorgado por el establecimiento educacional para realizar las intervenciones entre otros. A su vez el orden de las sesiones no es estricto, estas se pueden modificar según el contexto (SENDA 2014).

El número de intervenciones mínima que se recomienda por usuarios seleccionados es de once, que se desarrollarían a lo largo del año escolar, sin embargo este número puede variar, según las necesidades del individuo. Tales sesiones se distribuyen entre consejerías individuales, talleres grupales y/o

orientaciones familiares, según lo que se considere más pertinente (SENDA, 2014).

La siguiente tabla permite ver de forma resumida cada una de las fases de la implementación del Programa (SENDA, 2012):

Tabla Nº 2: Actividades críticas Programa A Tiempo.

Instalación en establecimiento educacionales y comuna
Aplicación tamizaje
Desarrollo diagnóstico biopsicosocial en usuarios seleccionados
Desarrollo de un plan de intervención
Implementación de acciones preventivas
Seguimiento y monitoreo

Fuente: Programa A Tiempo, SENDA (2012)

A continuación se presentan definiciones de las escalas que integran el instrumento de tamizaje:

Bajo manejo e involucramiento familiar: Refiere al alcance de la vinculación familiar respecto a su nivel de manejo lo que involucra aspectos como el nivel conocimiento y atención de lo que hace su hijo o hija durante el día, comunicación presente en la familia sobre todo respecto de los peligros potenciales del consumo de drogas y alcohol, establecimiento de reglas claras y conocimiento de las amistades que elabora el/la menor (SENDA, 2012).

Actitudes favorables de los padres hacia el uso de drogas y alcohol: Indica la actitud que tienen los apoderados y/o padres hacia el consumo de drogas reflejados en la reacción ante situaciones de conocer un posible consumo de estas por parte de sus hijos/as (SENDA, 2012).

Baja percepción de riesgo del consumo de alcohol y drogas: Esta dimensión es a nivel individual y refiere a la percepción del nivel riesgo que conlleva el consumo de alcohol, tabaco y marihuana desde la visión de el/la adolescente (SENDA, 2012).

Actitud favorable hacia el consumo de drogas y alcohol: Manifiesta la concepción a nivel actitudinal de el/la adolescente encuestado/a ante el consumo repetido de alcohol, tabaco y marihuana (SENDA, 2012).

Recompensas y/o gratificaciones de amigos por consumo: Refleja la percepción que tiene la persona encuestada sobre la reacción que cree que tendría su círculo de pares si consumiera drogas (SENDA, 2012).

Consumo: Es la única escala que no es constituía por un factor de riesgo si no que por conductas de riesgo, específicamente el consumo. Refleja posible consumo de tabaco y alcohol durante los últimos 30 días y de drogas ilícitas los últimos 12 meses (SENDA, 2012).

López y Rodríguez-Arias (2012) en un estudio realizado en Costa da Morte, España con una muestra de 2440 estudiantes de 12 a 18 años, se observan una

gama de factores de riesgo y protectores y analizan su relación con el consumo de drogas lícitas e ilícitas.

En la tabla 2 se muestra los factores de riesgo medidos en el estudio López y Rodríguez-Arias (2012) y que están presentes en las escalas de la ficha de Tamizaje del programa “A Tiempo” (SENDA, 2012) y cuáles de estos se relacionan con el consumo de tabaco y alcohol y con drogas ilícitas.

Tabla Nº 3: Factores de riesgo y consumo de drogas lícitas e ilícitas.

Factores de riesgo	Tabaco/ Alcohol	Drogas ilícitas
Bajo manejo e involucramiento familiar	X	X
Actitudes favorables de los padres hacia el uso de drogas y alcohol		X
Baja percepción de riesgo del consumo de alcohol y drogas	X	
Actitud favorable hacia el consumo de drogas y alcohol		X
Recompensas y/o gratificaciones de amigos por consumo	X	X

Fuente: López y Rodríguez-Arias (2012)

2. Antecedentes Empíricos

La ley N° 20.000 es la encargada de sancionar los aspectos ilegales del consumo de drogas y estupefacientes en Chile.

SENDA (Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol) es la entidad de Gobierno de Chile responsable de elaborar las políticas de prevención de consumo de drogas y alcohol, así como de tratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas afectadas por estas sustancias.

SENDA, radicado en el Ministerio del Interior y Seguridad Pública, fue creado por la Ley N° 20.502, la que fue promulgada por el Presidente Sebastián Piñera el 21 de febrero de 2011.

A continuación se presentan datos estadísticos e interpretaciones de resultados de investigaciones sobre consumo de drogas en adolescentes:

En un estudio realizado el 2006 en Argentina, Bolivia, Chile, Ecuador, Perú y Uruguay drogas en población escolar secundaria llamado “Jóvenes y Drogas en países Sudamericanos: Un desafío para las Políticas Públicas” se observa que el consumo de marihuana es siempre más alto entre los estudiantes hombres en todos los países en los que se realizó el estudio (Bravo, Candia, Contreras y Foncea, 2009).

.

Un estudio realizado por CONACE (2008) llamado “Contextualización de la Situación de Drogas en Chile”, que pretendía conocer la existencia de

drogodependencia en el país. Destaca en sus resultados que la droga ilícita más consumida entre los estudiantes, se encuentra la *marihuana*, donde un 15% afirma haber fumado marihuana al menos una vez en los últimos 12 meses (Bravo et al, 2009).

El 2009 se realiza un estudio en dos comunas de Chile, Recoleta y Huechuraba con una muestra de 234 estudiantes de 9 a 14 años matriculados en dos establecimientos educacionales (uno municipal y uno subvencionado), el cual arrojó como resultado que el consumo reciente de tabaco fue 19,5%, de alcohol 17,7%, y drogas ilícitas 3,5% (Rodríguez et al, 2009).

Este estudio además detectó una asociación entre el consumo de tabaco y alcohol con el consumo de drogas ilícitas, señalando que la totalidad de los consumidores de drogas ilícitas también consume tabaco o alcohol, mientras que solo el 25,7% los escolares que no consumen drogas ilícitas consume tabaco o alcohol (Rodríguez et al, 2009).

Un estudio realizado en México con una población de estudio de 4625 estudiantes y un promedio de edad de 13.8 señala que el 11.9% consume tabaco, mientras que un 3.3% drogas ilícitas. Además indica que el 11.6% de quienes consumen tabaco usan drogas ilegales y sólo el 1.8% de los no consumidores de tabaco usan drogas ilícitas (Sánchez-Zamorano et al, 2007).

A continuación se presentan los principales resultados del Noveno Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar en cursos de 8° básico a 4° medio, estudio realizado por el Observatorio Chileno de Drogas (2011), instancia

dependiente de SENDA, servicio ubicado en el Ministerio del Interior y Seguridad pública.

Se considera relevante esta información estadística, pues son los antecedentes más relevantes respecto a prevalencias de consumo en población escolar, que contempla los niveles de curso en que se implementa el programa que se investiga, y que permiten constituir una idea general de la evolución del consumo en esta población.

Principales resultados:

Tabla N° 4: Evolución de la prevalencia diaria de consumo de tabaco, según sexo, curso y dependencia administrativa. Chile, 2003- 2011.

Serie	Total	Hombre	Mujer	Octavo	Primero	Segundo	Tercero	Cuarto	Municipal	Subvencionado	Pagado
2003	15,8	14,8	16,7	5,3	11,3	18,4	23,0	26,6	15,2	15,5	18,3
2005	15,3	14,2	16,5	4,7	11,4	17,8	21,6	24,8	14,7	15,3	17,1
2007	13,6	12,5	14,7	3,8	10,2	15,0	19,7	21,3	13,4	13,6	14,3
2009	12,7	11,6	13,9	4,3	9,8	14,1	17,9	19,4	13,2	12,2	13,1
2011	8,1	7,5	8,7	2,7	7,0	9,3	11,2	13,8	8,6	7,8	9,2

Fuente: Observatorio chileno de Drogas (2011).

Se observa una nueva disminución del uso diario de tabaco entre escolares, confirmando la tendencia a la baja observada en los últimos estudios publicados. Tomando como referencia la prevalencia de consumo en el último mes, el uso de cigarrillos desciende de 42% a 25,9% a lo largo de toda la serie, obteniendo en el estudio actual su registro más bajo. La prevalencia diaria de cigarrillos (20 o más días de consumo en el último mes) desciende desde 15,8% (inicio de la serie) a 8,1% en 2011. En los hombres la prevalencia diaria bajó de 11,6% a 7,5% y en mujeres de 13,9% a 8,7%, ambos descensos son estadísticamente significativos (Observatorio Chileno de Drogas, SENDA, 2012).

La disminución en el uso diario de tabaco también se observa en todos los niveles. En octavo básico el descenso fue de 2,6 puntos porcentuales (5,3% a 2,7%) con respecto al inicio de la serie, mientras que en cuarto medio cae prácticamente a la mitad (de 26,6% a 13,8%). Por dependencia administrativa, se registran significativos descensos en colegios municipales, subvencionados y particulares pagados (Observatorio Chileno de Drogas, SENDA, 2012).

Tabla Nº 5: Evolución de la prevalencia mes de consumo de alcohol, según sexo, curso y dependencia administrativa. Chile, 2001-2011.

Serie	Total	Hombre	Mujer	Octavo	Primero	Segundo	Tercero	Cuarto	Municipal	Subvencionado	Pagado
2001	38,9	40,3	37,5	20,9	32,8	41,2	49,9	55,4	33,7	40,4	49,4
2003	38,7	39,1	38,4	21,2	31,5	42,5	50,8	57,0	34,1	39,8	48,8
2005	43,3	43,2	43,5	21,4	36,8	47,8	55,6	62,3	38,2	44,7	54,2
2007	38,2	37,9	38,4	18,7	30,1	41,1	50,3	55,0	33,7	39,2	47,7
2009	35,5	35,6	35,5	17,6	28,1	37,7	45,7	52,8	32,9	35,5	42,7
2011	34,7	34,6	34,9	18,7	29,4	38,6	44,7	52,5	31,6	35,1	44,1

Fuente: Observatorio chileno de Drogas (2011).

Al ver la prevalencia de mes por sexo se observa que el consumo de los hombres bajó ligeramente de 35,6% a 34,6% entre 2009 y 2011, mientras que en las mujeres pasó de 35,5% en 2009 a 34,9% en 2011. Como se apreció en los estudios pasados, las prevalencias de consumo en hombres y mujeres son prácticamente iguales. Cuando se analizan estos resultados por curso, se advierte que los cuartos medios tienen una prevalencia (52,5% en 2011) casi tres veces mayor a la observada en octavos básicos (18,7%), y que la prevalencia de consumo crece (significativamente) a medida que el nivel aumenta. Respecto a dependencia administrativa del establecimiento, es posible notar que se mantuvieron las brechas entre los tres tipos de establecimientos. La diferencia de 12,5 puntos porcentuales (a favor de los colegios particulares) observada entre establecimientos particulares pagados y municipales es estadísticamente significativa, siendo levemente superior a la apreciada en el estudio anterior (9,8 puntos porcentuales). Finalmente, en términos generales, tanto por cursos y tipos de establecimientos no se advierten variaciones respecto al estudio anterior (Observatorio Chileno de Drogas, SENDA, 2012).

Tabla Nº 6: Evolución de la prevalencia año de consumo de marihuana, según sexo, curso y dependencia administrativa. Chile, 2001-2011.

Serie	Total	Hombre	Mujer	Octavo	Primero	Segundo	Tercero	Cuarto	Municipal	Subvencionado	Pagado
2001	14,8	16,2	13,5	5,5	11,1	17,0	20,9	22,5	14,4	15,0	15,4
2003	13,0	14,3	11,7	4,9	9,1	15,2	18,7	21,6	13,0	12,5	14,3
2005	14,7	16,1	13,4	4,8	9,9	16,2	21,2	25,8	15,0	14,3	15,3
2007	15,6	16,7	14,5	5,3	12,1	17,2	21,7	23,6	15,3	15,6	16,2
2009	15,1	15,7	14,5	6,5	11,6	16,7	20,4	22,1	15,9	14,5	14,8
2011	19,5	20,2	18,9	10,5	16,8	23,4	26,2	24,3	20,7	19,6	14,6

Fuente: Observatorio chileno de Drogas (2011).

Para este estudio se ha registrado un aumento en el consumo de marihuana de último año significativamente mayores que en los estudios previos, llegando a un 19,5%, lo que equivale a 4,7 puntos porcentuales más que los registrados al inicio de la serie (14,8%) y 4,4 respecto del estudio anterior. No existen diferencias entre hombres y mujeres. La variación observada en la prevalencia año se explica principalmente por un incremento de la tasa de incidencia (medida anual) de 7,5% a 10,5% en el último periodo, lo que se traduce en que para este año alrededor de 83.772 estudiantes consumieron por primera vez marihuana en el último año (Observatorio Chileno de Drogas, SENDA, 2012).

Por otro lado, en el estudio "El consumo de Drogas en la Población Escolar de la comuna de San Carlos" realizado el año 2006 para indagar el consumo de drogas ilegales en escolares de octavo básico y segundo medio de dicha comuna. Los resultados indicaron que la población escolar de la comuna de San Carlos presenta un 7,7% de estudiantes que indican haber consumido drogas ilícitas alguna vez en su vida, porcentaje que ha disminuido con respecto a años anteriores, existiendo un mayor consumo en alumnos de segundo medio con una porcentaje del 12,9% respecto al 2,8% en los alumnos de octavo básico. Caracterizándose el consumo por ser en los hombres, respecto a la edad de inicio se presenta en promedio a los 15 años de edad, la droga más consumida fue la marihuana consumida por un 6.5% de los adolescentes, seguida de la cocaína con un 0,4% (Manríquez, 2006).

A continuación se presenta una tabla que muestra la relación entre el consumo de marihuana frente a la participación en programas de prevención realizado en adolescentes de octavo año básico de cuatro escuelas municipalizadas vulnerables de la ciudad de Chillán (Bravo et al, 2009).

Tabla N° 7: Relación entre el consumo de marihuana frente a la participación en programas de prevención implementado en adolescentes.

Consumo de marihuana	Programas de prevención				Total	
	Si		No			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si	7	4	15	9	22	13
No	44	27	101	60	145	87
Total	51	31	116	69	167	100

Fuente: Bravo (2009).

. En la tabla se puede apreciar que de los adolescentes que consumieron marihuana un 4% participó en programas de prevención y el 9% no ha participado, sin embargo no representa una diferencia significativa (Bravo et al, 2009).

En Chile aumenta constantemente la cantidad de jóvenes que consumen drogas, este consumo se inicia cada vez a más temprana edad, consumiendo en mayor cantidad y afectando su desarrollo biopsicosocial (Becerra et al, 2003)

3. Marco Epistemológico

Una forma de dividir las ciencias es en formales y fácticas, las primeras nacen de la racionalización y no procuran tratar hechos sino entes ideales. Mientras que las ciencias fácticas, a la cual adscribe esta investigación, además de la lógica formal necesitan de la observación y/o experimento (Bunge, 1979).

El Neopositivismo.

El posicionamiento filosófico en el que se basa esta investigación es el neopositivismo o positivismo lógico, este planteamiento epistemológico es de gran importancia a la historia científica ya que a pesar que desde el s. IV a.C. distintos autores e investigadores han reflexionado sobre distintos ámbitos que involucran a la ciencia y la forma de producir conocimientos recién a comienzos del s. XX la discusión toma real fuerza y le da identidad al conocimiento científico (Adúriz-Bravo et al, 2006).

El positivismo lógico aparece como una acumulación de intentos y propuestas por rediseñar y criticar al positivismo lógico, su alto nivel de rigor, estructuración y complejidad que mal entiende los límites de los alcances de la objetividad (Adúriz-Bravo et al, 2006).

El positivismo lógico tiene las siguientes características según Bunge (2000): existe una realidad externa al sujeto, sin embargo tal realidad no puede ser totalmente aprehendida por el sujeto, pues el acto perceptivo humano no es del todo objetivo principalmente por dos razones. La primera es que la experiencia sesga el significado de la percepción, y la segunda es que no existe la manera

de aseverar que nuestros sentidos rescatan el cien por ciento de la realidad externa, o sea puede haber limitaciones sensoriales.

El neopositivismo persigue como objetivo la predicción y el control desde una perspectiva realista crítica. Por lo que es imposible acceder al mundo en su totalidad debido a las limitaciones propios del ser humano. Desde el neopositivismo la ciencia no prueba la existencia de la realidad sino que la da por supuesta (Bunge, 2005).

Por lo tanto la objetividad vendría siendo un ideal en esta investigación, un ideal a alcanzar en la medida de lo posible, pues al medir con un instrumento la “percepción” de una persona, aquella percepción ya está contaminada por la experiencia de esta (Álvarez, 1996).

Por lo tanto la objetividad vendría siendo un ideal en esta investigación, un ideal a alcanzar en la medida de lo posible, pues al medir con un instrumento la “percepción” de una persona, aquella percepción ya está contaminada por la experiencia de esta.

Según Bunge (2004), la doctrina neopositivista es la de la significación como la verificabilidad, según la cual una sentencia es significativa si y sólo si es verificable empíricamente.

Esto Indica que el racionalismo puro del positivismo al ser tan rígido nos lleva a una realidad virtual fruto de una manía de buscar este racionalismo, esto nos quita y desvalida como científicos, pensadores y lo que es peor como seres humanos (Rodríguez, 2010).

Entonces esta investigación usa la racionalidad, sin embargo por sí sola no constituye una garantía para obtener la verdad, además de la racionalidad los enunciados deben ser verificables a través de la experiencia y sólo después de que éstos sean comprobados a través de verificación empírica, podrán ser considerados como enunciados verdaderos, lo que además no garantizará que estas hipótesis sean las únicas verdaderas (Bunge, 2005).

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

1. Metodología: Cuantitativa

Esta investigación se basa en la metodología cuantitativa, pues primero que todo se desea un acercamiento a una realidad objetiva, medible. Se espera un resultado cercano a lo objetivo, usando la recolección de datos para probar hipótesis, a través de la medición numérica y el análisis estadístico (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

Esta investigación sigue los pasos enmarcados en este tipo de metodología, comenzando con una idea que se transforma en objetivos y pregunta de investigación, se revisa la literatura y se forma una perspectiva teórica, se establecen hipótesis, variables y un plan para probarlas, se desarrolla este plan, se obtienen los resultados y se realizan conclusiones sobre las hipótesis (Hernández et al., 2010).

Tipo de Investigación

El presente estudio es de tipo explicativo, en el cual se busca conocer si el programa de prevención de drogas “A Tiempo” causa un cambio en factores de riesgo de consumo de drogas, los estudios explicativos van más allá que la descripción de conceptos o fenómenos, buscan responder causas de fenómenos físicos o sociales (Hernández et al., 2010).

Diseño

Diseño Preexperimental, en el que el grado de control es mínimo, de tipo preprueba- posprueba con un solo grupo: a un grupo se le aplica una prueba

para medir las variables después se le administra el tratamiento experimental y por último se vuelve a medir las variables una vez finalizado el tratamiento (Hernández et al., 2010). Se aplica la ficha de tamizaje para medir las escalas objetivo del presente estudio, luego se aplica el programa de prevención de drogas "A Tiempo" y una vez que este haya sido aplicado se vuelven a medir las escalas.

3. Instrumento: Ficha de Tamizaje.

Objetivo: Arrojar información cuantitativa acerca de la presencia de factores y conductas de riesgo en los escolares de 7º básico a 2º medio (SENDA, 2012). Contiene veintitrés preguntas que saturan cinco factores de riesgo y una conducta de riesgo.

La primera etapa del proceso de elaboración de las escalas y puntajes de corte del Instrumento de Tamizaje, fue la conformación de una Mesa Técnica de trabajo, la que convocó la participación de profesionales de distintas áreas de SENDA: Prevención, Integración Social y Estudios. El trabajo reflexivo, en conjunto con las revisiones hechas por la Mesa Técnica, determinó que a partir del Instrumento de Tamizaje aplicado durante el año 2011, se seleccionarían los factores de riesgo que constituirían la base para el nuevo instrumento. Para esto se revisaron las 24 escalas aplicadas en este proceso, lo cual se realizó en base a una meta-análisis de las experiencias empíricas implementadas en diversos programas de SENDA, en conjunto con la revisión de material bibliográfico basado en evidencia, y un análisis factorial y de confiabilidad de cada escala. Todo este proceso culminó en la elección de seis escalas, a saber: cinco factores de riesgo y una conducta de riesgo. Posteriormente, y utilizando criterios basados en la revisión de evidencias y en la edad promedio de los individuos a los cuales se les aplica el instrumento, se establecieron los puntajes de corte

para cada una de las escalas, lo que a su vez determina la presencia o ausencia del factor de riesgo en el usuario. Estos factores fueron agrupados en cuatro dimensiones (SENDA 2012).

Tabla 1: Puntajes de corte, por dimensión y escala, del Instrumento de Tamizaje.

DIMENSIÓN	FACTOR DE RIESGO	PUNTAJE CORTE	PUNTAJE MÁXIMO
FAMILIAR	Bajo manejo / Involucramiento familiar.	9	20
	Actitudes favorables de los padres hacia el uso de drogas y alcohol.	5	14
INDIVIDUAL	Baja percepción de riesgo del consumo de alcohol y drogas.	8	11
	Actitud favorable hacia el consumo de alcohol y drogas.	5	11
PARES	Recompensas o gratificaciones de los amigos por consumo de drogas.	6	9
CONDUCTA	Consumo.	9	13

Fuente: Programa A Tiempo (SENDA, 2012).

El instrumento Ficha de Tamizaje usa un escalamiento tipo Likert; o sea se presentan un conjunto de ítems en forma de afirmaciones o juicios ante los cuales se pide la reacción de los sujetos a los que se administra. Se presenta cada afirmación y se pide al sujeto que externalice su reacción eligiendo uno de los puntos de la escala. A cada punto se le asigna un valor numérico. Así el sujeto obtiene una puntuación ante la afirmación y otra final (Hernández et al., 1997).

Este escalamiento tipo Likert es de cuatro puntas en que cada respuesta tiene entre cero y tres puntos. Cada factor y conducta de riesgo tiene un puntaje de corte en el que si el sujeto obtiene este o mayor puntaje se considera que tiene alto este factor (SENDA, 2012).

Una vez obtenidos los puntajes por cada escala, se deben revisar los siguientes criterios de selección para participar del programa A Tiempo:

- Presencia del factor de riesgo en tres escalas.
- Presencia del factor de riesgo en la dimensión de pares y en cualquier escala de la dimensión familiar.
- Presencia del factor de riesgo en dimensión de pares y en la dimensión de conducta.

Tal selección se realiza de forma muy rápida al digitalizar los datos y respuestas de todos los estudiantes que respondieron el cuestionario a la plataforma virtual de SENDA, SISPREV, este arroja a los seleccionados. Todos estos datos fueron facilitados por la institución SENDA Previene Chillán para los propósitos de la investigación (revisar consentimiento en Anexos).

4. Población/ Muestra.

Población

La población de esta investigación corresponde a alumnos y alumnas en etapa de adolescencia temprana (7º y 8º básico), que presenten un estado de vulnerabilidad o riesgo ante el consumo de drogas y alcohol. Para ello, en primera instancia, uno de los sub-componentes que forma parte de la acción preventiva de SENDA, denominado Chile Previene en la escuela (CHPE), se encarga de seleccionar a las Escuelas que conformarán la población, de la cual se extraerán los/as participantes del Programa (quienes conformarán la muestra

en esta investigación), por evaluación de los índice de vulnerabilidad de los establecimientos.

De esta manera, en Chillán fueron seleccionadas cuatro escuelas, ubicadas en distintos sectores de la ciudad, que puntúan con altos índices de vulnerabilidad.

Muestra

Por lo tanto la muestra que se utilizará corresponde a los/as alumnos/as de 7° y 8° básico, de los establecimientos educacionales escogidos por índice de vulnerabilidad para la aplicación del programa “A Tiempo”, seleccionados/as para su participación como usuarios/as por el instrumento de tamizaje, en la ciudad de Chillán, durante el año 2014. Cabe destacar que dicho instrumento se aplicó este año solamente para 7° básico, pues el año pasado ya fue aplicado a quienes este año nivelan en 8° básico, por lo tanto los/as alumnos/as seleccionados/as de este nivel, son usuarios/as de continuidad, es decir, que participaron del Programa el año pasado (estando en 7° básico), pero que no superaron las metas en el post tamizaje (establecidas por el propio Programa), y que por lo tanto en este post test tuvieron puntuaciones iguales o más altas, que indican deben continuar en el Programa (estando en 8° básico), según los criterios de éste, y que por ende dicho “post test” conformaría su “pre test” para este año; además de los/las usuarios/as de 8° básico escogidos/as por “pesquisa institucional” y que cuyos factores de riesgo de sospecha fueron ratificados en el proceso de profundización diagnóstica.

En la ciudad de Chillán, el total de personas seleccionadas, con las características mencionadas anteriormente, para su participación en el Programa “A Tiempo” fue de 23 sujetos, quienes conforman la muestra de esta investigación.

Por lo tanto, esta muestra tiene las siguientes características:

- Tipo no probabilística

La elección de los elementos depende de las características que busca el investigador, o sea, la muestra tiene que ser seleccionada según las características de los sujetos a los que apunta el Programa a investigar (Hernández et al., 1997).

- Muestreo intencionado

La muestra es deliberada por el investigador para que sea representativa de lo que investiga (Kerlinger y Lee, 2002).

5. Análisis de los datos:

Para evaluar la influencia del Programa de prevención de drogas “A Tiempo” se considera pertinente realizar un análisis de los resultados del Tamizaje (Instrumento aplicado, previo a la implementación del Programa, para la selección de los/las alumnos/as que participarán de él) y del Post Tamizaje (el mismo instrumento aplicado, posterior a la implementación del Programa a los/as alumnos/as que participaron de él). Para hacer un análisis más específico y desglosado, se evaluarán las diferencias entre el pre test y el post test, por cada una de las seis escalas que evalúa el instrumento, y que por lo tanto el Programa de intervención aborda. Así distinguiremos, para las posteriores conclusiones, qué escalas se abordan de manera exitosa, y cuáles son las que se abordan débilmente, y que por lo tanto no influyen tanto como se espera. Cabe recordar, que cinco escalas constituyen factores de riesgo en relación al uso de sustancias, y una escala constituye una conducta de riesgo en relación a lo mismo. Para realizar mencionados análisis, se utilizará la prueba estadística T Student, la que ajusta prudentemente a los propósitos de la investigación.

- Prueba T de Student de muestras relacionadas.

Esta prueba sirve para evaluar si un grupo en dos momentos distintos difieren entre sí de manera significativa respecto a sus medias y se basa en una distribución muestral de diferencias de media conocida como T Student (Hernández et al., 1997). En esta investigación utilizaremos T Student de dos muestras relacionadas, la cual se usa cuando se quiere comparar una característica en una población usando una sola muestra, pero en dos circunstancias distintas, es decir, el interés es comparar las diferencias entre dos variables numéricas (Antes-Después) a un mismo grupo (Hernández et al., 1997). En este caso se evaluarán comparativamente las medias, por cada escala (seis escalas que evalúa el instrumento), en dos momentos distintos; para dilucidar si hay diferencias significativas entre los dos momentos en que se aplica el instrumento, teniendo como elemento causal de las diferencias, la implementación del Programa “A Tiempo” en el grupo muestral.

Por otro lado, si bien esta investigación pretende extraer conclusiones a partir de parámetros estadísticos establecidos, cabe destacar que el Programa “A Tiempo” también tiene establecidas metas propias en torno a los resultados esperados de la aplicación del Programa, y al análisis comparativo del tamizaje (o pre test) y el Re-tamizaje (o post test); estas son las siguientes (SENDA, 2014):

- 75% de los estudiantes seleccionados por el instrumento de Tamizaje implementa su Plan de Intervención Individual.
- 25% de los estudiantes participantes del Programa evitan o, en los casos pertinentes, disminuyen su consumo de drogas y/o alcohol (según criterios del Instrumento de Tamizaje).

- 20% de los estudiantes que participan del programa presentan una disminución suficiente de sus factores de riesgo para quedar por debajo del puntaje de corte.
- La totalidad de los estudiantes tamizados que presentan sospecha de consumo problemático cuentan con la gestión correspondiente para ser referidos a la red de salud pertinente.

Como parte de los objetivos específicos de esta investigación, también está analizar si el Programa que se evalúa es efectivo bajo sus propios parámetros y metas establecidas, para dicha medición se utilizará:

- Distribución de frecuencias

Conjunto de puntuaciones ordenadas en sus respectivas categorías, se usará para ordenar los resultados de todos los sujetos de la muestra y de cada factor y conducta de riesgo, con el fin de extraer resultados porcentuales en relación a las metas del programa (Hernández et al., 1997).

6. Criterios de calidad:

Criterios de calidad de la investigación:

- Validez Interna

En la validez interna se plantea la pregunta si la manipulación experimental causó o no alguna diferencia significativa (Kerlinger y Lee, 2002). Se logra a través del control en un experimento y el control se alcanza mediante al menos

dos grupos de comparación y la equivalencia de los grupos (Hernández et al., 1997).

En esta investigación hay validez interna de un único grupo, pues se compara en dos momentos distintos donde se ha manipulado la variable numérica, es decir, se comparará el grupo en instancias de pre test y con el mismo en instancia de post test, luego de haberse ejecutado el programa que se investiga (Hernández et al., 1997).

Criterios de calidad del Instrumento:

- Confiabilidad

La confiabilidad es definida como la “precisión” dada por el grado en que la aplicación repetida al mismo sujeto u objeto produce iguales resultados (Hernández et al., 1997). Por lo tanto es el grado en que un instrumento produce resultados consistentes y coherentes. En este sentido, se compararán los resultados de la aplicación del instrumento en dos momentos distintos.

Alfa de Cronbach (α): la confiabilidad del instrumento se medirá a través del coeficiente Alfa de Cronbach a la aplicación del instrumento a una muestra piloto que reúna las mismas características que la muestra objetivo de la investigación. Este coeficiente permite medir la consistencia interna de una escala y se presenta con valores entre 0 a 1, entendiendo “0” como ausencia de correlación y “1” como correlación perfecta entre los ítem. (Hernández et al, 2010). Esta consistencia consiste en el grado en que los ítems que conforman una escala se correlacionan entre sí, por lo que se emplea con el objeto de determinar la magnitud con la que éstos miden el mismo constructo (Campos y Oviedo, 2008).

- Validez

Grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir y no otro (Hernández et al., 1997).

Validez de constructo: Se refiere al grado en que una medición se relaciona consistentemente con otras mediciones de acuerdo con hipótesis derivadas teóricamente y que conciernen a los conceptos (o constructos) que están siendo medidos. Un constructo es una variable medida y que tiene lugar dentro de una teoría esquema teórico (Hernández et al., 1997).

Cabe destacar que el instrumento de Tamizaje fue sometido a validez de constructo antes de la realización de la presente investigación mediante un análisis factorial por parte de un panel de expertos (SENDA, 2012).

Además se llevará a cabo un análisis de dispersión de los datos para observar el comportamiento en cada escala a través del análisis de curtosis y asimetría en la aplicación a una muestra piloto que reúna las mismas características que la muestra objetivo de la investigación. A través de la curtosis se observará que tan plana o picuda es la curva y con la asimetría se conocerá hacia qué lado de la curva se agrupan las frecuencias en cada escala de la aplicación piloto del instrumento (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

Finalmente, cabe señalar que para llevar a cabo los análisis mencionados, se utilizará el Statistical Package for the Social Sciences o Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS®) (Hernández, Fernández y Baptista, 2008).

7. Aspectos éticos:

La American Psychological Association (APA) (1992), definió las normas éticas a seguir para el desarrollo y publicación de una investigación científica; algunos aspectos estarán presentes en el desarrollo de esta investigación, tales como:

Preservación de la confidencialidad: Respeto y resguardo de los datos personales de quienes participan en la investigación como producto de lo establecido legalmente y de una relación profesional. Por otro lado se discutirán los límites de confidencialidad y el uso de la información obtenida con las personas o representantes legales de organizaciones o menores de edad, estableciéndolo desde un principio y teniendo el permiso de los participantes, sobre todo en el aspecto de la publicación de los registros.

Revelación de la información: La información confidencial se revelará solo con el consentimiento de los participantes de la investigación, por mandato legal o con fines válidos legales.

Información confidencial en bases de datos: Las bases de datos contarán con códigos que eviten la inclusión de identificadores personales.

Planeación de la investigación: La investigación poseerá un diseño, dirección y reporte, en base a estándares reconocidos de competencia científica e investigación ética, reduciendo al máximo el error en los resultados.

Responsabilidad social: Se procurará mantener la dignidad y el bienestar de los participantes, resguardando de que estos realicen actividades para las cuales estén preparados, consultando si es necesario en su caso, a expertos en poblaciones específicas que puedan verse afectadas. Toda investigación que contemple el trabajo con personas, debe poseer como principio ético el trato humano a éstas, y uno de los elementos que contempla tal consideración es entregar la información óptima y transparente del motivo por el que se requiere su participación. En esta investigación, que involucra menores de edad, se hace más relevante este apartado, y es en donde el “encuadre” se torna fundamental. Cabe destacar que, en este caso, SENDA fue el encargado del resguardo ético en el trabajo con las personas, confeccionando los documentos tales como consentimientos y asentimientos informados (para apoderados/as y pupilos/as respectivamente), tanto para la aplicación del instrumento, así como para la participación de los/as pupilos/as en el Programa.

Aprobación institucional: En instituciones u organizaciones que pudieran estar involucradas se deberá obtener la aprobación correspondiente para realizar la investigación, proporcionando información precisa de los propósitos y llevando a cabo la investigación de acuerdo al protocolo que está aprobado (Ver en anexos Consentimiento Informado SENDA).

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

1. Resultados Análisis Instrumento

En primera instancia se realizará un breve análisis del instrumento, que nos permitirá aclarar si algún elemento constitutivo de éste, pudiera influir de alguna manera en los resultados finales. Se realizó con la aplicación del instrumento de Tamizaje a un grupo que reúne las mismas características que la muestra de investigación a la cual se le aplicó el Programa. La muestra de análisis se llevó a cabo con 109 casos válidos, esta corresponde a una muestra distinta a la que se le realizó el pre y post tamizaje, sin embargo ambas se caracterizan de corresponder a estudiantes que cursan séptimo y octavo básico de cuatro escuelas municipales de la zona urbana de la comuna de Chillán. Para ello se realizó un análisis de la dispersión de los datos para observar tal comportamiento, en cada escala, a través de la medición de la curtosis y asimetría (ver tabla 1 y gráficos 1, 2, 3, 4, 5 y 6) y análisis de confiabilidad a través del Alfa de Cronbach (ver tabla 2).

Curtosis y asimetría

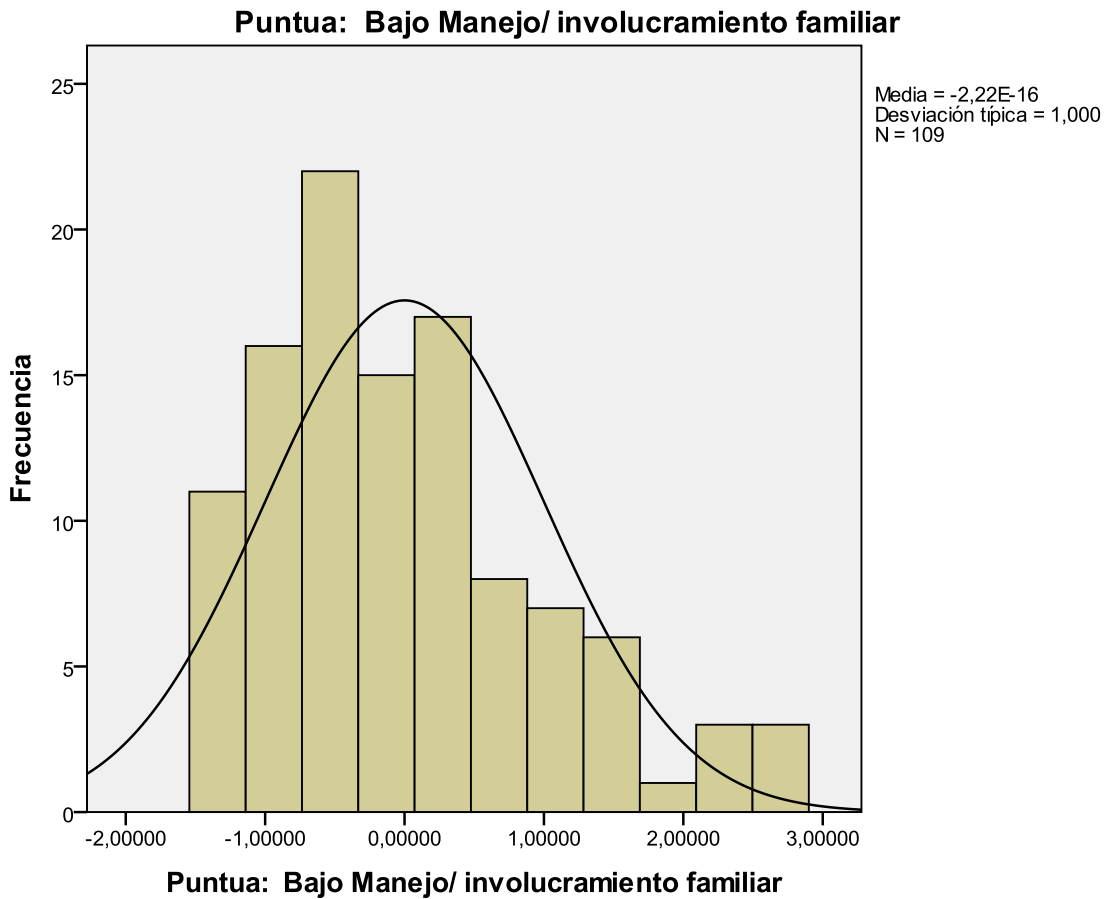
Tabla Nº 1: Asimetría y Curtosis del instrumento de tamizaje

Estadísticos

		Bajo Manejo/ involucra miento familiar	Actitudes favorables de los padres hacia el uso de drogas y alcohol	Baja percepción de riesgo del consumo de alcohol y drogas.	Actitud favorable hacia el consumo de drogas y alcohol.	Recompens as y/o gratificacion es de amigos por consumo.	Consumo .
N	Válidos	109	109	109	109	109	109
	Perdidos	0	0	0	0	0	0
	Asimetría	,851	1,869	1,271	1,131	1,559	3,644
	Error típ. de asimetría	,231	,231	,231	,231	,231	,231
	Curtosis	,295	2,865	1,449	,969	1,664	13,723
	Error típ. de curtosis	,459	,459	,459	,459	,459	,459

Fuente: Elaboración propia.

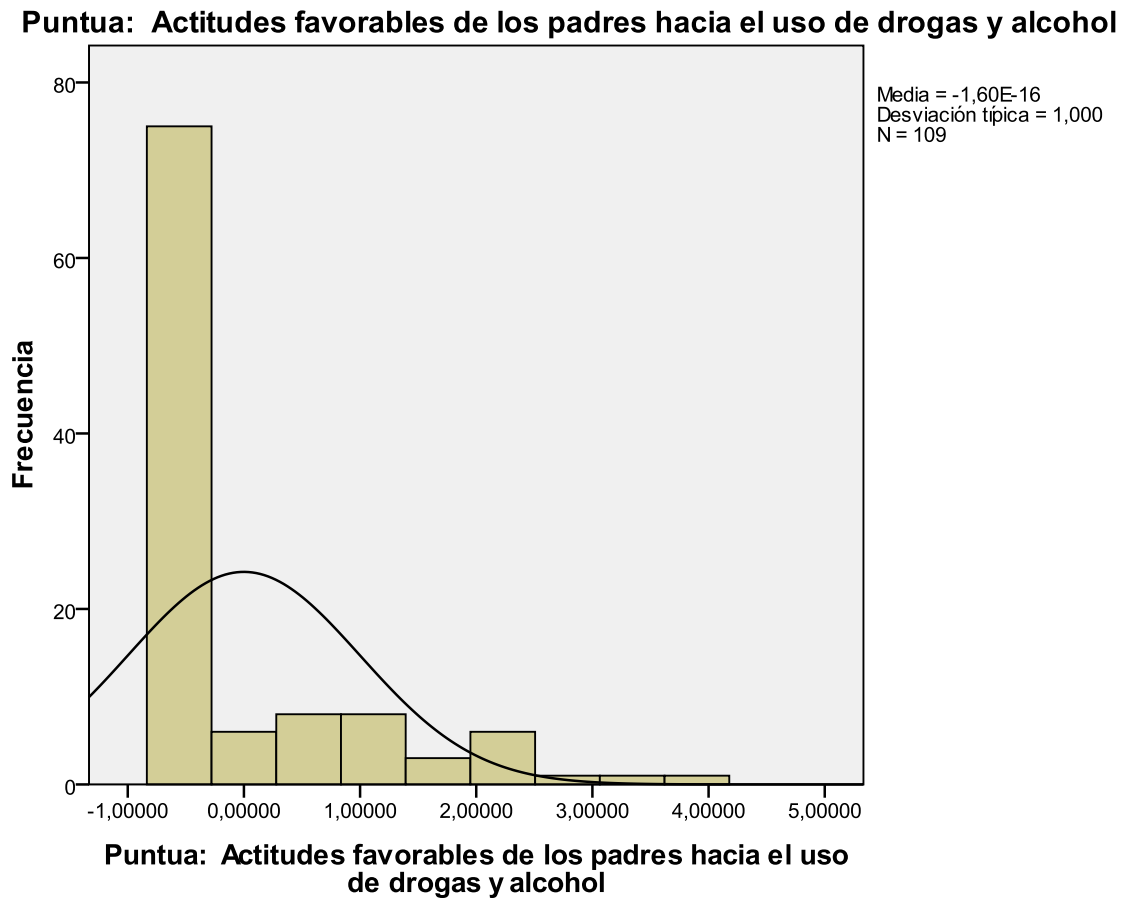
Gráfico N° 1: Distribución de frecuencias de Escala Bajo manejo/involucramiento familiar.



Fuente: elaboración propia.

En la escala Bajo manejo e involucramiento familiar la dispersión de los datos se asemeja a la distribución normal, puesto que contiene una asimetría de 0,851 y una curtosis de 0,295 (ver tabla N° 1) siendo ambas las más cercanas a cero de todas las escalas. El que ninguno de los dos puntajes supere el 0,1 significa que la distribución se asemeja a la distribución normal (ver gráfico N° 1).

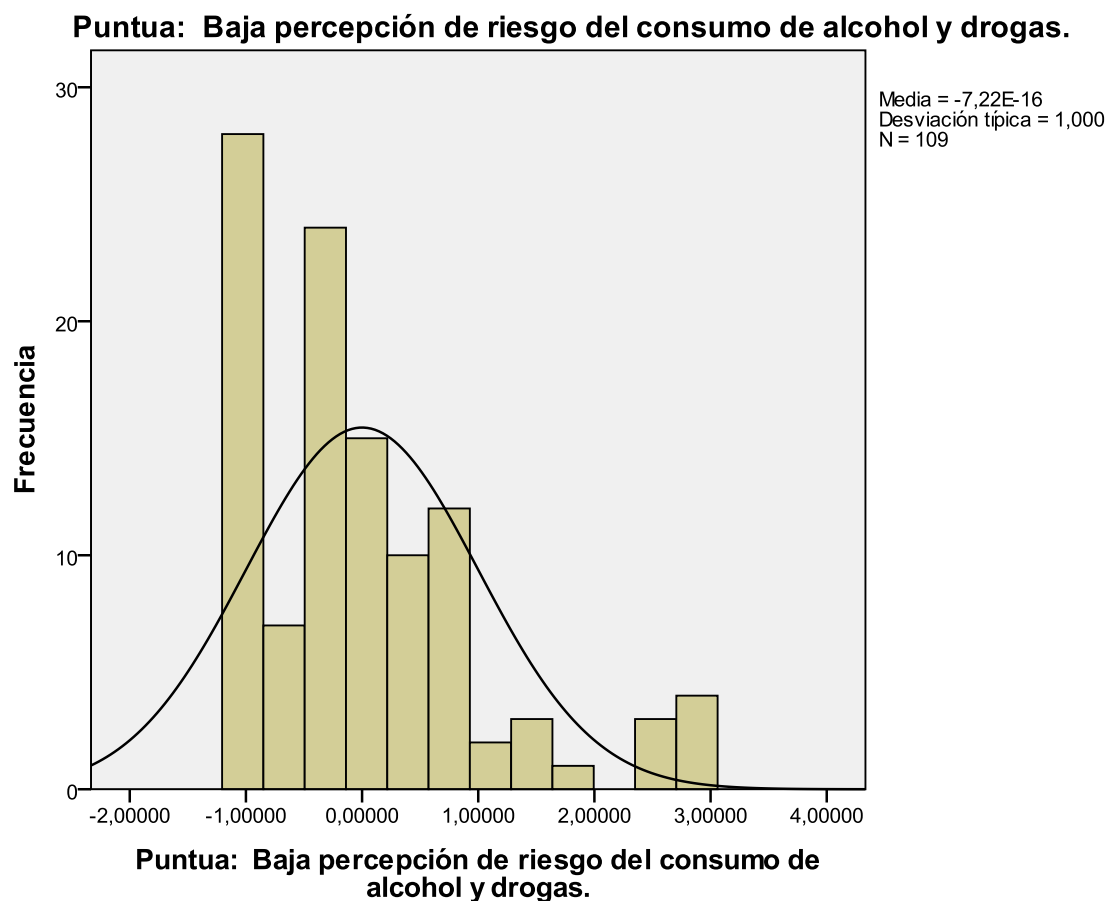
Gráfico N° 2: Actitudes favorables de los padres hacia el uso de drogas y alcohol.



Fuente: elaboración propia.

La escala Actitudes favorables de los padres hacia el consumo de drogas y alcohol tiene una curtosis leptocúrtica de 2,865 y una asimetría de 1,869 (ver tabla N° 1), por lo que la distribución de los datos en esta escala no se asemeja a la distribución normal de frecuencias ya que la curva es más puntiaguda y los datos se agrupan a la derecha (ver gráfico N° 2).

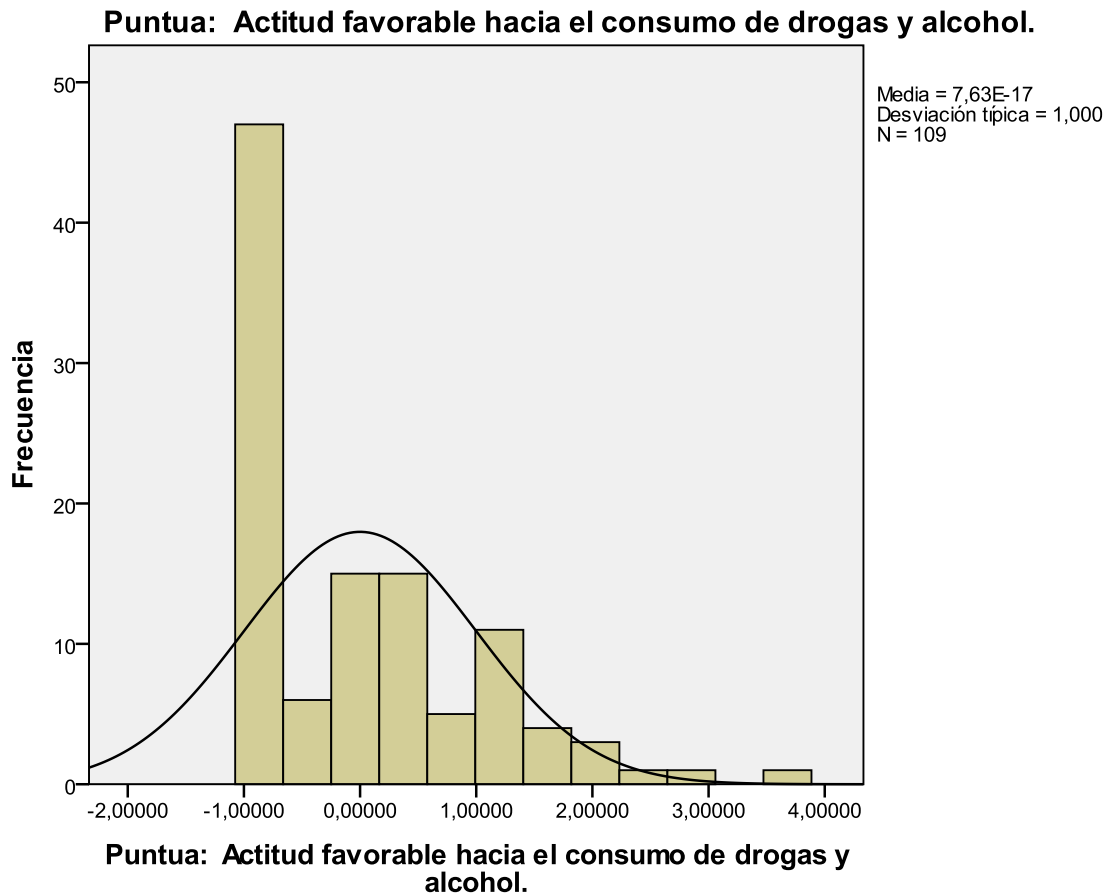
Gráfico N° 3: Baja percepción de riesgo del consumo de alcohol y drogas.



Fuente: elaboración propia.

La escala Baja percepción de riesgo del consumo de drogas y alcohol tiene una curtosis leptocúrtica de 1,449 y una asimetría de 1,271 (ver tabla N° 1) lo que indica que las frecuencias se ubican a la derecha y concentradas muy lejanas de la media, la distribución de esta escala es mucho más alargada que la distribución normal de frecuencias (ver gráfico N° 3)

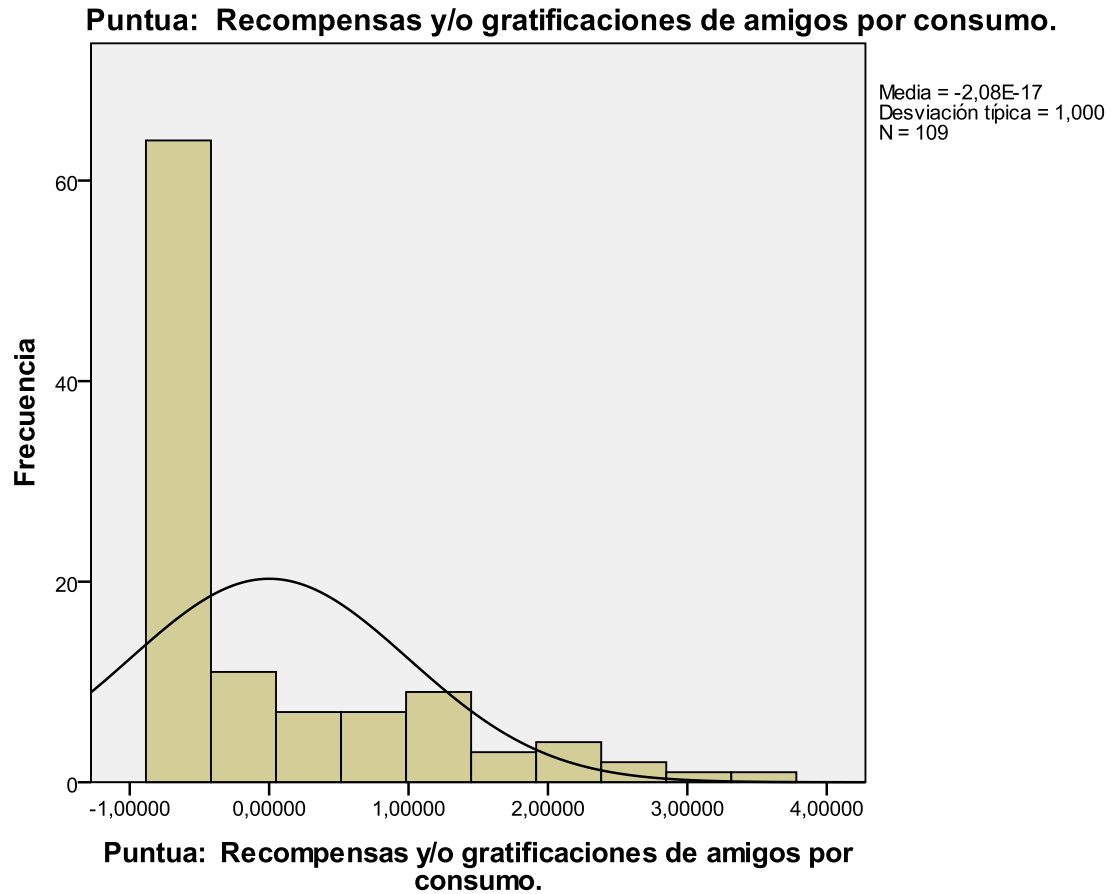
Gráfico N° 4: Actitud favorable hacia el consumo de drogas y alcohol.



Fuente: elaboración propia.

La escala Actitud favorable hacia el consumo de drogas y alcohol tiene una curtosis de 0,969 y una asimetría de 1,131 (ver tabla N° 1) por lo que la distribución de los datos en esta escala en cuanto a que tan puntiaguda es, se asemeja la distribución normal de frecuencias, sin embargo la mayoría de los datos se agrupan a la derecha diferenciándose significativamente de ésta (ver gráfico N° 4).

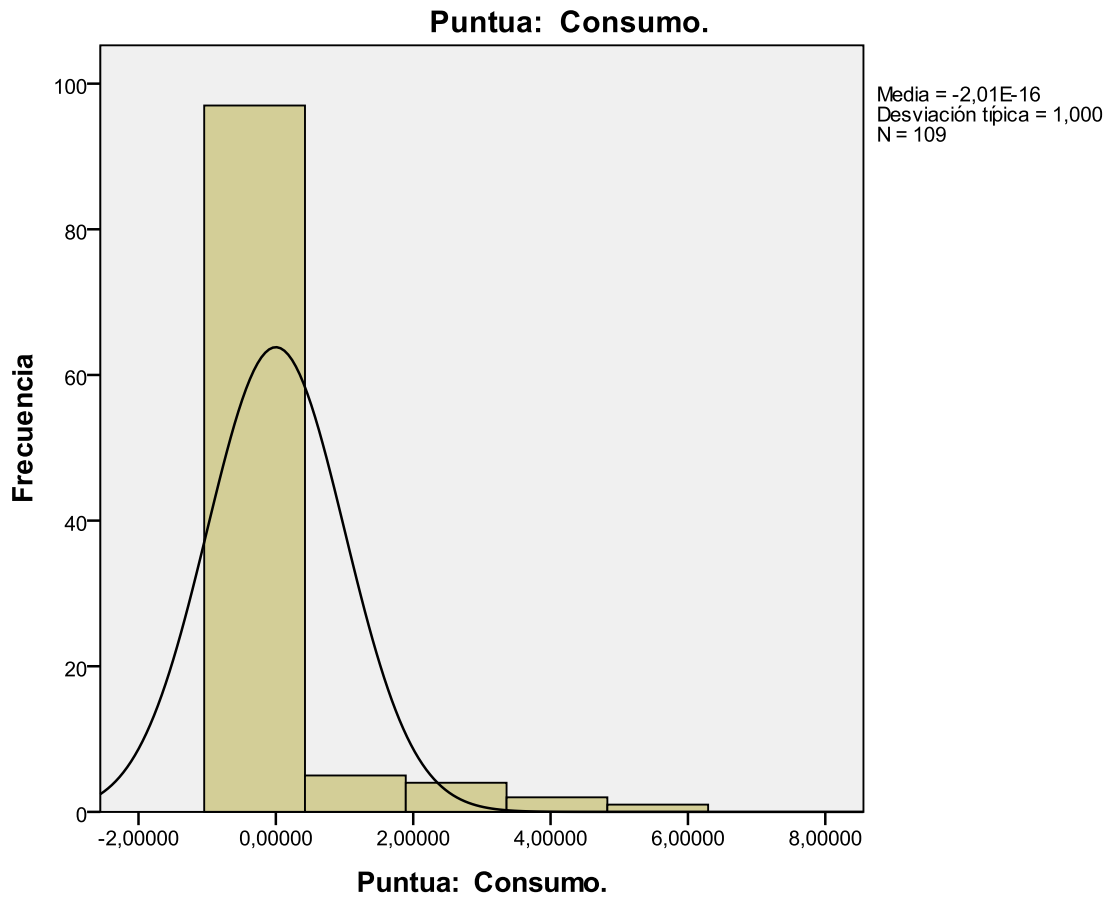
Gráfico N° 5: Recompensas y/o gratificaciones de amigos por consumo.



Fuente: Elaboración propia.

La escala Recompensas y/o gratificaciones de amigos por consumo tiene una curtosis leptocúrtica de 1,664 y una asimetría de 1,559 (ver tabla N° 1) lo que indica que los datos se agrupan a la derecha y que la distribución es puntiaguda, por lo que la distribución no se asemeja a la distribución normal de frecuencias (ver tabla N° 5).

Gráfico N° 6: Consumo.



Fuente: Elaboración propia.

La escala Consumo tiene una asimetría de 3,664 y una curtosis leptocúrtica de 13,723 (ver tabla N° 1), por lo que las frecuencias se ubican a la derecha y concentradas muy lejanas de la media, la distribución de Consumo es mucho más alargada de lo normal (ver gráfico N° 6).

Análisis de Confiabilidad

Se ha desarrollado un análisis de confiabilidad del instrumento de tamizaje a una muestra piloto de 109 casos (misma muestra que se utilizó para analizar simetría y curtosis), el cual arroja un coeficiente de Alfa de Cronbach de 0,653 (Ver tabla 2) por lo tanto el instrumento arroja un nivel de confiabilidad aceptable (Hernández et al, 2010).

Tabla Nº 2: Coeficiente de Alfa de Cronbach del instrumento.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,653	,653	6

Fuente: Elaboración propia

2. Resultados análisis comparativo del Tamizaje (pre test) y Re-Tamizaje (post test).

Prueba T Student

Se ha utilizado el estadístico t, dirigido a analizar los resultados del pre test y post test, por escala, de un grupo de estudiantes de 7º y 8º básico que han sido intervenidos, entre la aplicación de cada test, por el Programa de prevención del consumo de drogas y alcohol “A Tiempo”. Las evaluaciones de las muestras duplicadas de la prueba T se dirigieron para determinar la influencia de dicho Programa en los usuarios/as, por cada escala que este abarca (y evalúa el instrumento de pre y post test), y así distinguir si existen diferencias significativas.

A considerar para el entendimiento de las siguientes tablas y gráficos:

Escala 1: Bajo Involucramiento/manejo Familiar.

Escala 2: Actitudes favorables de los padres hacia el uso de drogas y alcohol.

Escala 3: Baja Percepción de riesgo del consumo de alcohol y drogas.

Escala 4: Actitud favorable hacia el consumo de alcohol y drogas.

Escala 5: Recompensas o gratificaciones de los amigos por consumo de drogas

Escala 6: Consumo.

Pre: Pre test

Post: Post test

Tabla N° 3: Estadísticos de Pruebas Relacionadas.

		Media	N	Desviación típ.	Error típ. de la media
Par 1	esc1_pre	8,52	23	2,874	,599
	esc1_post	6,00	23	3,398	,709
Par 2	esc2_pre	4,48	23	3,883	,810
	esc2_post	3,78	23	3,330	,694
Par 3	esc3_pre	4,48	23	4,032	,841
	esc3_post	4,43	23	3,087	,644
Par 4	esc4_pre	4,22	23	2,999	,625
	esc4_post	4,35	23	2,740	,571
Par 5	esc5_pre	4,09	23	2,937	,612
	esc5_post	3,17	23	2,406	,502
Par 6	esc6_pre	1,22	23	1,999	,417
	esc6_post	1,22	23	1,622	,338

Fuente: Elaboración propia.

Tabla N° 4 : Prueba de muestras relacionadas

		Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
		Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
					Inferior	Superior			
Par 1	esc1_pre - esc1_post	2,522	3,489	,727	1,013	4,030	3,467	22	,002
Par 2	esc2_pre - esc2_post	,696	4,161	,868	-1,104	2,495	,802	22	,431
Par 3	esc3_pre - esc3_post	,043	3,914	,816	-1,649	1,736	,053	22	,958
Par 4	esc4_pre - esc4_post	-,130	2,833	,591	-1,356	1,095	-,221	22	,827
Par 5	esc5_pre - esc5_post	,913	3,302	,688	-,515	2,341	1,326	22	,198
Par 6	esc6_pre - esc6_post	,000	2,468	,515	-1,067	1,067	,000	22	1,000

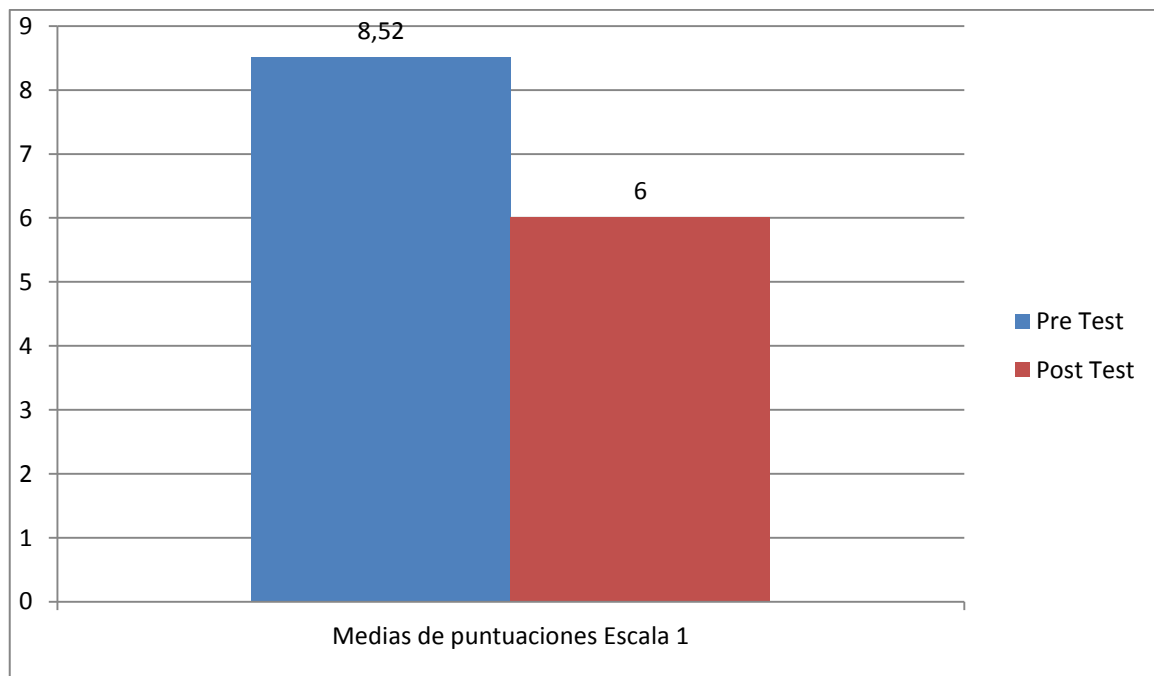
Fuente: Elaboración propia

Las tablas N° 3 y N°4 permiten observar que:

Escala 1: Bajo Manejo/Involucramiento familiar.

Existen diferencias significativas entre el pre test (M= 8,52; SD= 2,874) y post test (M=6,00; SD= 3,398) en la escala 1; T (22)= 3,467, p= 0,02. Esto refleja que la intervención del Programa A Tiempo mejoró el factor de riesgo presente en los usuarios “Bajo manejo/involucramiento familiar” de manera considerable.

Gráfico N° 7: Medias de puntuaciones de la escala de “Bajo manejo/involucramiento familiar”, antes y después de la implementación del Programa de Prevención del consumo de Drogas y alcohol “A Tiempo”.



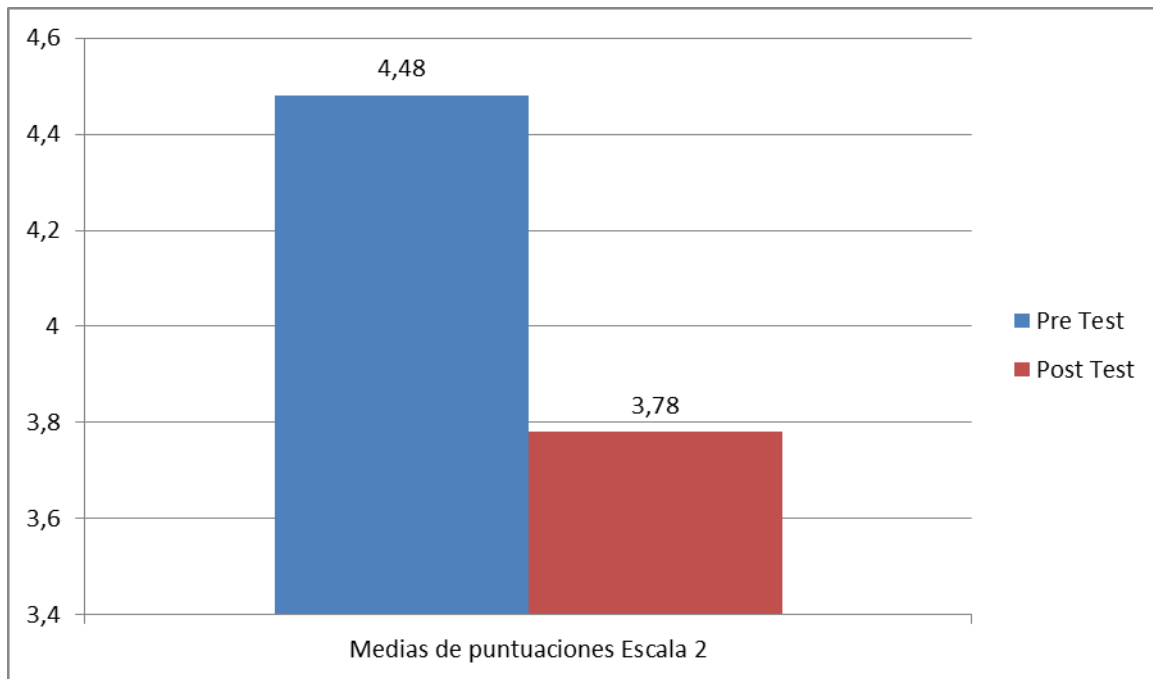
Fuente: Elaboración propia.

En el gráfico N° 7 se puede observar que los/as usuarios/as del Programa en promedio bajaron sus puntuaciones en esta escala de 8,52 a 6 puntos, de un total máximo a puntuar de 20.

Escala 2: Actitudes favorables de los padres hacia el uso de drogas y alcohol.

No hubo una diferencia importante entre el pre test (M=4,48; SD= 3,883) y el post test (M= 3,78; SD=3,330) en la escala 2; T (22)= 0,802, p= 0,431. Por lo tanto, no hubo mayor mejoramiento del factor de riesgo presente “Actitudes favorables de los padres hacia el uso de drogas y alcohol” en los casos intervenidos por el Programa A Tiempo.

Gráfico N° 8: Medias de puntuaciones dela escala “Actitudes favorables de los padres hacia el uso de drogas y alcohol”, antes y después de la implementación del Programa de Prevención del consumo de Drogas y alcohol “A Tiempo”.



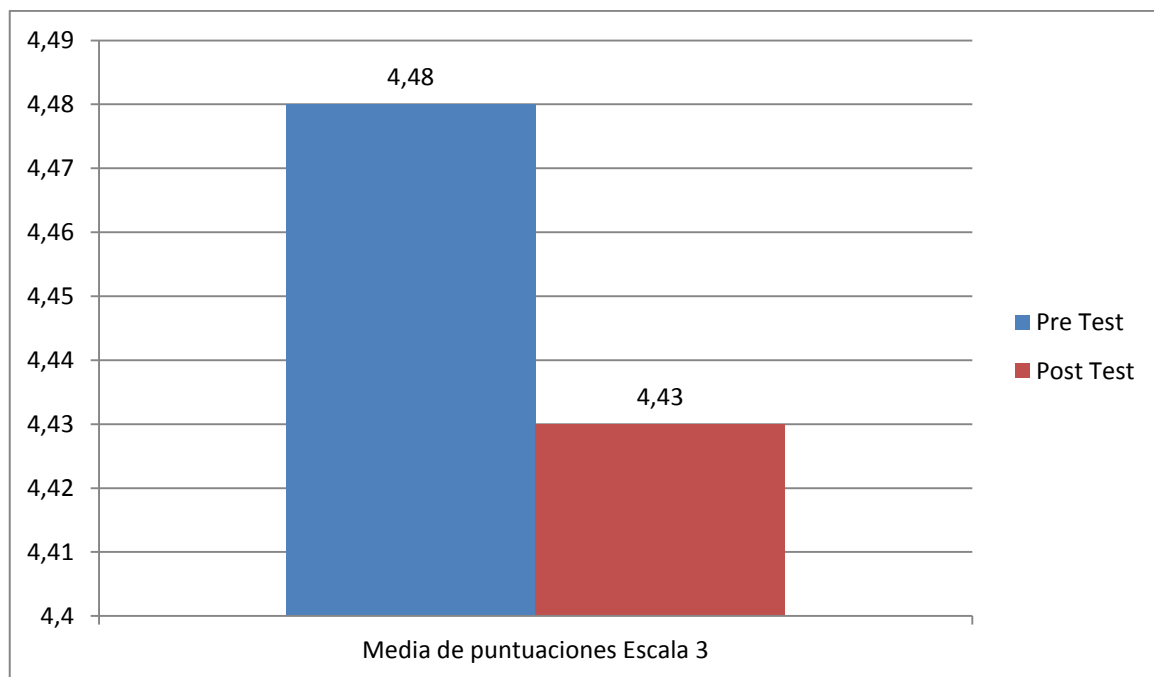
Fuente: Elaboración Propia.

En el gráfico N° 8 se puede observar que los/as usuarios/as del Programa en promedio bajaron sus puntuaciones en esta escala de 4,48 a 3,78 de un total máximo a puntuar de 14.

Escala 3: Baja percepción de riesgo del consumo de alcohol y drogas.

No hubo una diferencia importante entre el pre test (M= 4,48; SD=4,032) y el post test (M=4,43; SD=3,087) en la escala 3; T (22)=0,053, P=0,958. Por lo tanto no hubo un mejoramiento considerable del factor de riesgo presente “Baja percepción de riesgo del consumo de alcohol y drogas” en los casos intervenidos por el Programa A Tiempo.

Gráfico N° 9: Medias de puntuaciones de las escala “Baja percepción de riesgo del consumo de alcohol y drogas”, antes y después de la implementación del Programa de Prevención del consumo de Drogas y Alcohol.



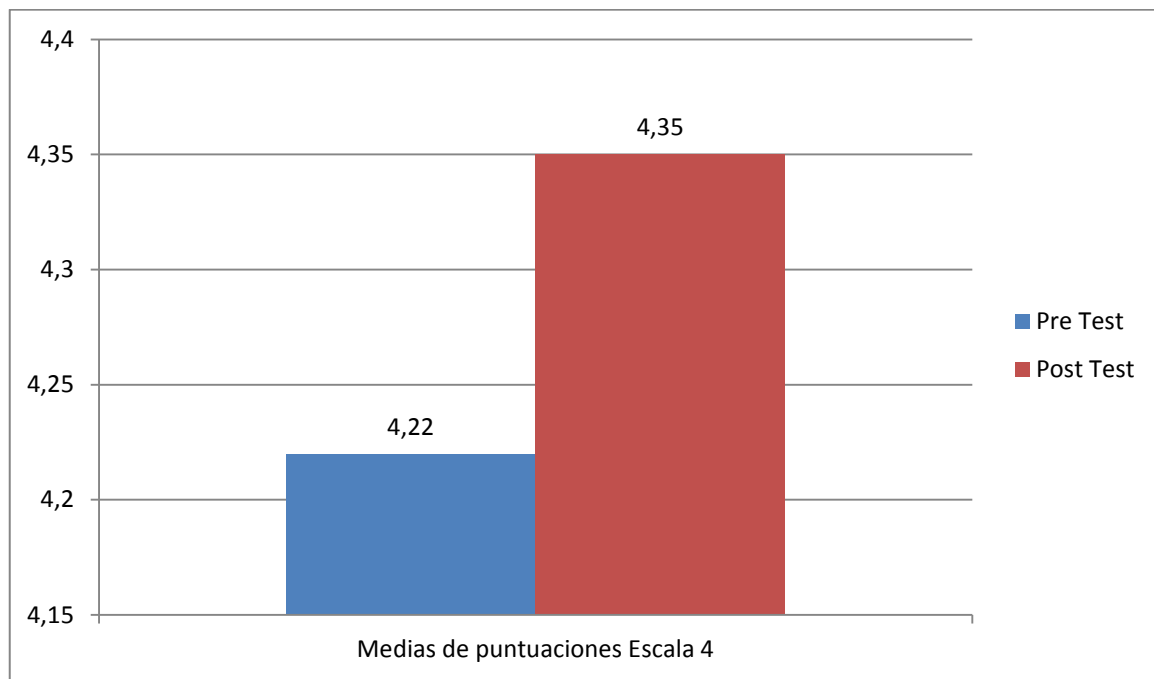
Fuente: Elaboración propia.

En el gráfico N° 9 se puede observar que los/as usuarios/as del Programa en promedio bajaron sus puntuaciones en esta escala de 4,48 a 4,43 puntos, de un total máximo a puntuar de 11.

Escala 4: Actitud favorable hacia el consumo de alcohol y drogas.

No hubo una diferencia importante entre pre test (M=4,22; SD=2,999) y el post test (M=4,35; SD=2,740) en la escala; T (22)= -0,221, p=0,827. Es decir, no hubo un mejoramiento del factor de riesgo presente “Actitud favorable hacia el consumo de alcohol y drogas” en los casos intervenidos por el Programa A Tiempo.

Gráfico N° 10: Medias de puntuaciones de la escala “Actitud favorable hacia el consumo de alcohol y drogas”, antes y después de la implementación del Programa de Prevención del consumo de Drogas y Alcohol “A Tiempo”.



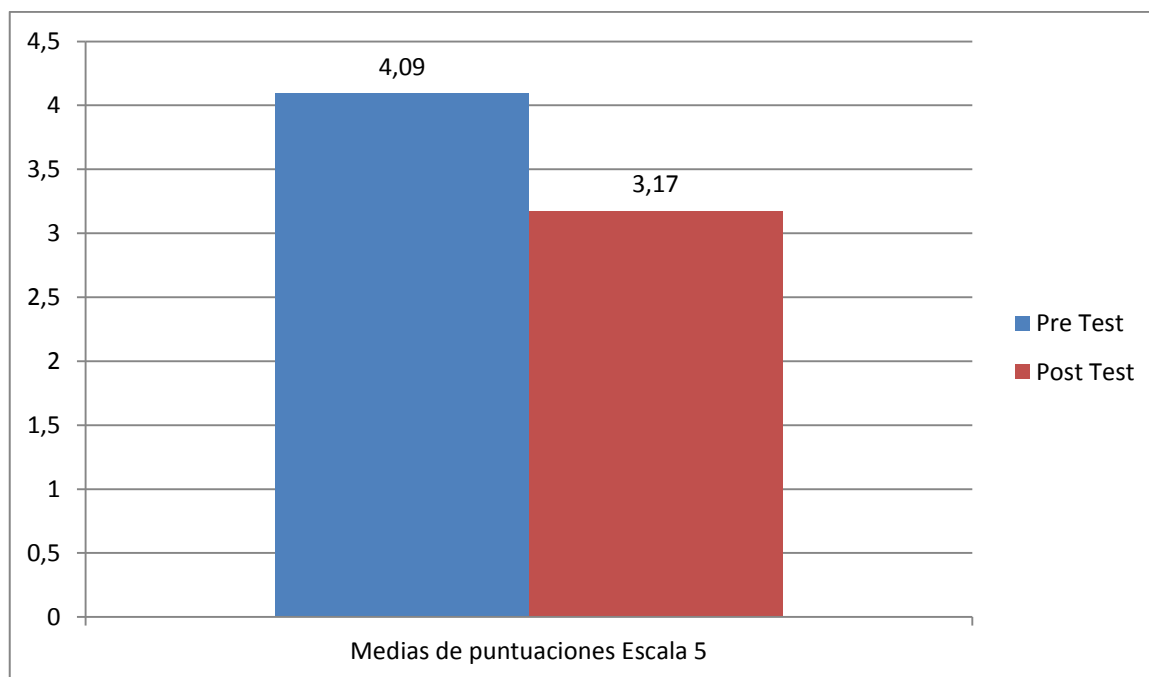
Fuente: Elaboración propia.

En el gráfico N° 10 se puede observar que los/as usuarios/as del Programa presentan un leve aumento del promedio de puntuaciones en esta escala, de 4,22 a 4,35 puntos, de un total máximo a puntuar de 11.

Escala 5: Recompensas o gratificaciones de los amigos por consumo de drogas.

No hubo una diferencia significativa entre el pre test (M=4,09; SD=0,612) y el post test (M=3,17; SD=2,937) en la escala 5; $T(22) = 1,326$, $p=0,198$. Por lo tanto no hubo un mejoramiento considerable del factor de riesgo presente “Recompensas o gratificaciones de los amigos por consumo de drogas” en los casos intervenidos por el Programa A Tiempo.

Gráfico N° 11: Medias de puntuaciones de la escala “ Recompensas o gratificaciones de los amigos por consumo de drogas”, antes y después de la implementación del Programa de Prevención del consumo de Drogas y Alcohol “A Tiempo”.



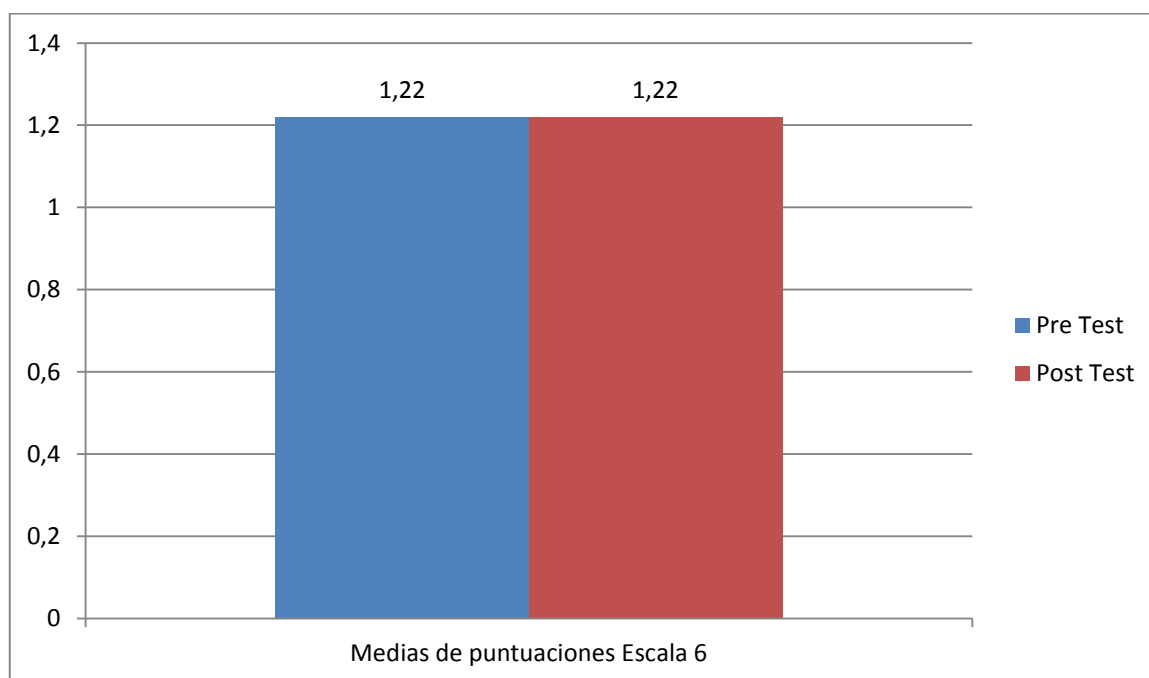
Fuente: Elaboración propia.

En el gráfico N° 11 se puede observar que los/as usuarios del Programa en promedio bajaron sus puntuaciones en esta escala de 4,09 a 3,17 puntos, de un total máximo a puntuar de 9.

Escala 6: Consumo.

No hubo diferencias importantes entre el pre test (M=1,22; SD=1,999) y el post test (M=1,22; SD=1,622) en la escuela 6; T (22)=0,000, p= 1. Por lo tanto no hubo un mejoramiento considerable de la conducta de riesgo presente “Consumo” tras participar de la acción preventiva del Programa A Tiempo.

Gráfico N° 11: Medias de puntuaciones de la escala “Consumo”, antes y después de la implementación del Programa de Prevención del consumo de Drogas y Alcohol.



Fuente: Elaboración Propia.

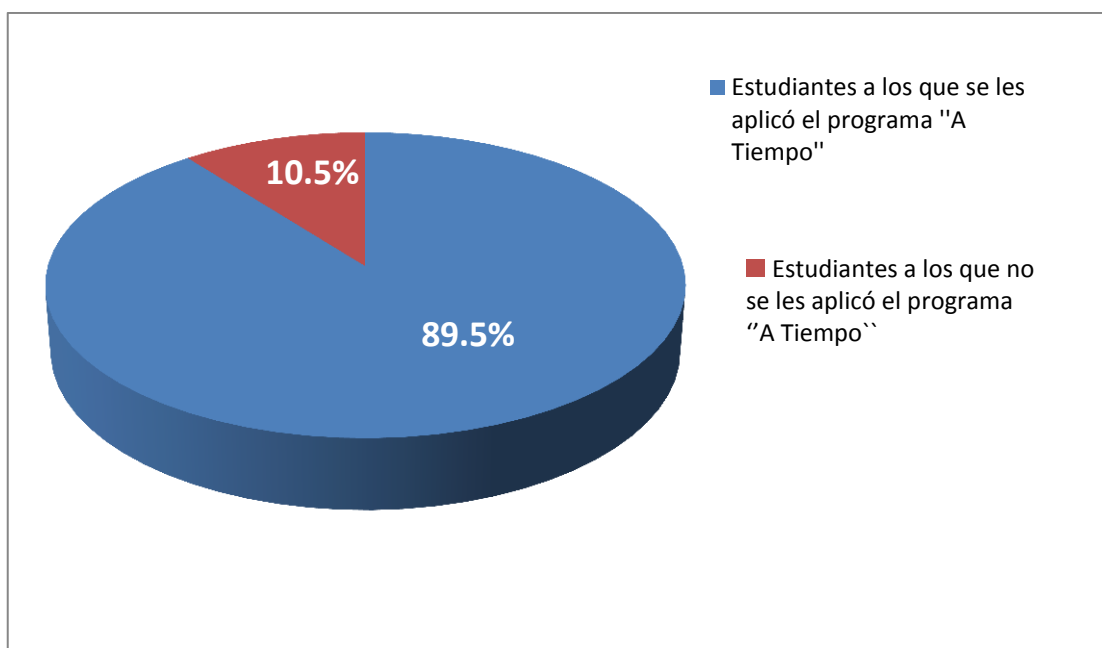
En el gráfico N° 12 se puede observar que los/as usuarios/as del Programa en promedio mantuvieron sus puntuaciones en esta escala, puntuando 1,22 en ambos momentos de la medición, de un total máximo a puntuar de 13.

3. Evaluación de metas planteadas por el programa "A Tiempo"

El programa de prevención "A Tiempo" plantea sus propias metas, a continuación se presentan los resultados de cada una de estas:

Meta 1: El programa plantea que al menos el 75% de los estudiantes seleccionados por el instrumento de Tamizaje se le implemente el programa "A Tiempo", 19 estudiantes fueron seleccionados por el instrumento de los cuáles a 17 se les implementó el programa lo que representa el 89.5% (ver gráfico N° 12).

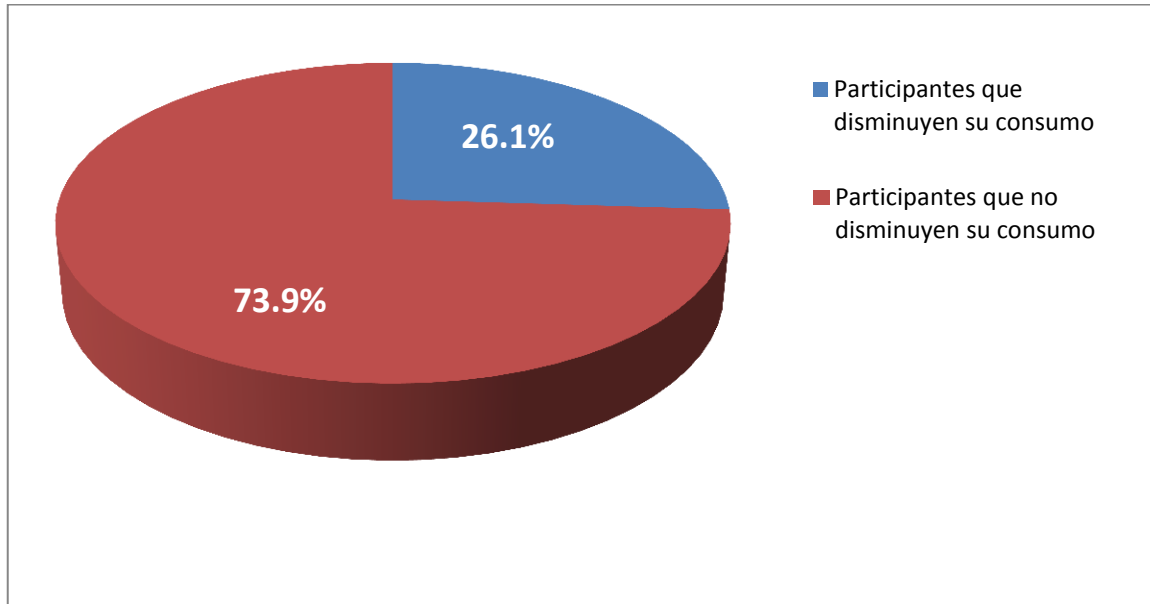
Gráfico N° 12: Cumplimiento de meta de 75% de los estudiantes seleccionados por el instrumento de Tamizaje se le implementa el programa "A Tiempo".



Fuente: elaboración propia

Meta 2: Se espera que al menos el 25% de los estudiantes participantes del programa "A Tiempo" disminuyan su consumo de drogas y/o alcohol. De los 23 participantes del programa 6 disminuyeron su consumo de acuerdo a los resultados del instrumento de Tamizaje lo que representa un 26.1% (ver gráfico 13).

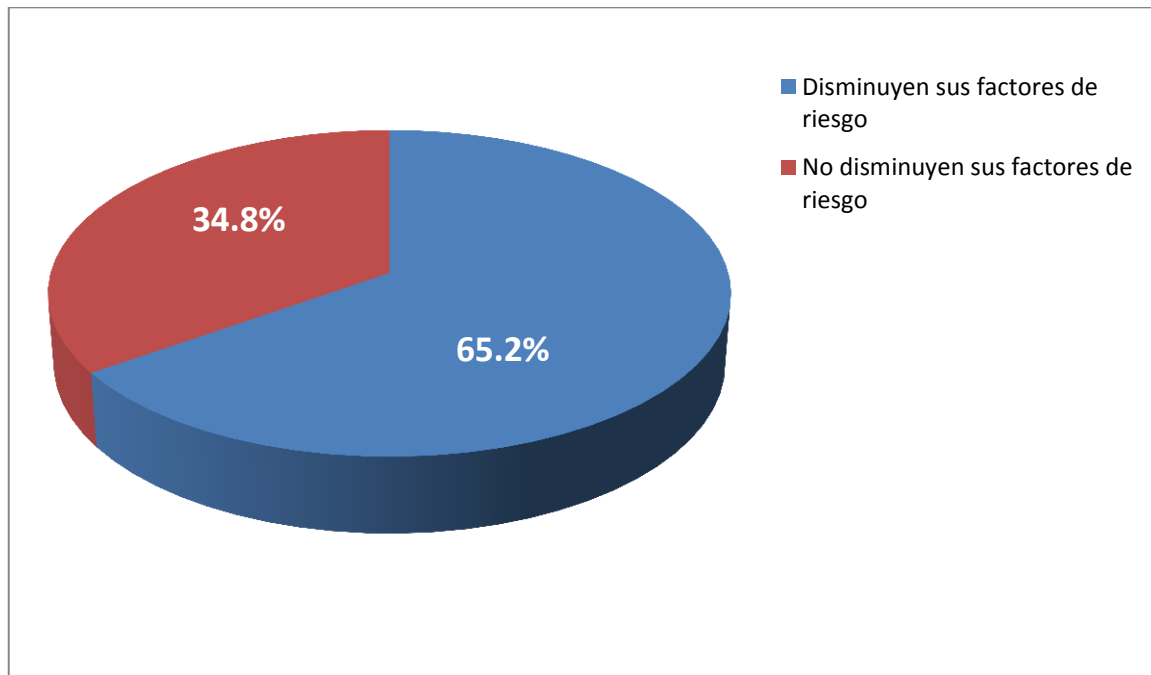
Gráfico N° 13: Cumplimiento de meta de que al menos un 25% de los estudiantes participantes del programa “A Tiempo” disminuyan su consumo de drogas y/o alcohol.



Fuente: elaboración propia

Meta 3: El programa de prevención “A Tiempo” plantea que su aplicación debe lograr que al menos el 20% de los estudiantes que participan del programa presenten una disminución suficiente de sus factores de riesgo para quedar por debajo del puntaje de corte de ingreso al programa. De los 23 participantes, 15 disminuyeron sus factores de riesgo por debajo del puntaje de corte lo que representa un 65.2%.

Gráfico N° 14: Cumplimiento de meta de que al menos un 20% de los estudiantes disminuyan sus factores de riesgo.



Fuente: Elaboración propia

Meta 4: La totalidad de los estudiantes tamizados que presentan sospecha de consumo problemático cuentan con la gestión correspondiente para ser referidos a la red de salud pertinente.

Ningún estudiante presenta consumo problemático por lo que no fue necesario gestionar atención en alguna red de salud.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

A partir de los resultados de esta investigación, es posible obtener algunas conclusiones generales:

En relación al objetivo general y al primer objetivo específico (que contempla los pasos para dar respuesta al general), como se presentó en los resultados, el estadístico T de dos muestras relacionadas, nos permitió evaluar si existen diferencias significativas entre el pre test, aplicado antes de la implementación del Programa de Prevención de drogas A Tiempo, y el post test, aplicado después de la implementación del Programa, en un grupo de 23 sujetos, que constituían la muestra. Tal evaluación se realizó por cada una de las seis escalas constituyentes del instrumento, lo que nos permite concluir lo siguiente:

La única escala en el que se observó diferencia estadística significativa entre el pre test y el post test fue la escala 1: “Bajo involucramiento/manejo familiar”, lo que permite percibir que el Programa aborda de manera efectiva el trabajo en el ámbito familiar de los/as usuarios/as intervenidos/as.

O sea, hay una diferencia relevante en las medias de las puntuaciones de los/as usuarios/as antes y después de la acción preventiva (P-Valor: $0,002 \leq \alpha = 0,05$). Por esta razón se concluye que la intervención del Programa “A Tiempo” SI tiene efectos significativos sobre las puntuaciones de los/as usuarios/as en esta escala, disminuyendo tales puntuaciones considerablemente en el post test; y por lo tanto, produciéndose una disminución considerable de este factor de riesgo.

A partir de esto se rechaza la H_0 y se acepta la H_1 de trabajo.

En síntesis, el Programa influye positivamente en la escala de “Bajo manejo/involucramiento familiar”, logrando abordar de forma eficiente los objetivos planteados a nivel familiar, los cuales son: (SENDA, 2012):

- Desarrollar en el usuario la capacidad para reconocer los factores protectores presentes en su entorno familiar, proponiendo alternativas de solución (acordes a su edad) a los conflictos que se susciten en él.

- Aumentar las habilidades parentales de los padres, apoderados o adultos significativos de los estudiantes participantes del programa.

En esta sintonía, el Programa es capaz de promover el desarrollo del dominio e involucramiento de las familias y/o cuidadores en los procesos de sus pupilos/as, y así también despertar en los/as pupilos/as el interés de participar en actividades familiares que fomenten un mayor vínculo y sentimiento de comodidad en relación al hogar. También desarrolla en los/as usuarios/as de forma efectiva factores protectores al interior del hogar, disminuyendo los factores de riesgo en relación a este.

Dentro de los temas que el Programa desarrolla en relación a la familia, en esta escala, son (SENDA, 2012):

- Vínculos en la familia debilitados: relaciones distantes, escaso apoyo emocional y trato poco empático con los hijos/as. Escaso interés por parte de los padres y/o cuidadores en las actividades y amigos de los pupilos/as, bajo conocimiento de los problemas, intereses y necesidades de los hijos/as.
- Disciplina familiar inadecuada: ausencia de normas y límites claros de conducta al interior del hogar.
- Debilitamiento y falta de desarrollo de las habilidades personales y sociales de cada hijo y/o hija: poca autonomía, bajo autocontrol, baja autoestima, escasa resistencia a la presión del grupo y dificultad para resolver conflictos personales.
- Inadecuados estilos de comunicación (comunicación poco asertiva, comprensiva y efectiva).
- Inadecuado estilo de resolución de conflicto entre los miembros de la familia.
- Falta de capacidad para identificar factores de riesgo para el consumo de drogas: conocimiento de oportunidades de acceso, presión social al

consumo, creencias y mitos relacionados con el consumo de sustancias, entre otros.

Cabe destacar que se pueden abordar temas distintos y específicos, u otorgarle foco a unos más que a otros en relación a las necesidades de cada usuarios/a (SENDA, 2012). También el Programa resume algunos de los factores de riesgo y protectores más relevantes en el ámbito de las relaciones en la familia, para ser observados en relación a la futura construcción del Plan Individual de Intervención, los que se exponen en la tabla N° 2 (SENDA, 2012).

El Programa “A Tiempo”, para llevar acabo el abordaje (intervención) de los temas a desarrollar en función de los objetivos en el ámbito familiar, mencionados anteriormente, en la ciudad de Chillán se llevó a cabo distintas intervenciones por usuarios/as (de 11 a 15) repartidas entre talleres grupales, consejerías individuales y orientaciones familiares, según se considere más pertinente. Esto nos permite concluir que el factor de riesgo “Bajo manejo/involucramiento familiar” fue abordado efectivamente bajo este método. Tal situación actúa de forma causal en relación a la prevención del consumo, pues como bien se expresa en el marco teórico que expusimos, la dinámica y funcionamiento familiar constituyen un área fundamental en los sujetos, y cualquier disfunción, conflicto suscito, o conductas desadaptativas al interior del hogar puede constituir un motivador causal del consumo de sustancias.

Tabla N° 1: Factores de riesgo y de protección en relación al consumo, en el ámbito de las relaciones con la familia.

	FACTORES DE RIESGO	FACTORES DE PROTECCIÓN
RELACIONES CON LA FAMILIA	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de afectividad y comunicación. • Actitudes y comportamientos permisivos y/o positivos ante la droga. • Falta de cohesión del grupo familiar y aislamiento emocional de sus miembros. • Pérdida de roles de las figuras de autoridad: ausencia de límites y normas claras. • Incoherencia en la supervisión: excesiva exigencia en determinados aspectos y excesiva tolerancia en otros. • Exceso de protección; disciplina severa. • Falta de reconocimiento y aceptación del/la hijo/a. • Ausencia de participación y disfrute en el tiempo libre. • Alcoholismo y/o drogadicción de algunos de los miembros de la familia. • Situación de estrés de la familia por problemas económicos, de pareja, etc. • Antecedentes de adicción al alcohol y otras drogas de padres y/o adultos significativos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Límites y normas claras. • Reconocimiento y aceptación del hijo/a. • Experiencia de refuerzos positivos ante el esfuerzo y valoración del rendimiento y motivación de la eficacia; apoyo para superar los fracasos. • Ambiente familiar afectivo y comunicación positiva. • Cohesión del grupo familiar. • Actitudes y comportamientos contrarios al consumo de drogas; rechazo de las conductas de riesgo. • Modelos de conductas positivas en los padres. • Roles claros y presencia de figuras de autoridad. • Supervisión y procedimientos de control adecuados sobre sus conductas. • Seguimiento y apoyo en el rendimiento y asistencia escolar. • Participación y disfrute en el tiempo libre familiar. • Adecuado estilo de resolución de conflictos (no violento), ambiente de humor y calidez.

Fuente: Programa A Tiempo (SENDA, 2012).

Por último, se destaca el énfasis que se le otorgó al abordaje de este factor de riesgo que representa la escala 1, en consideración de que es la escala que presentó mayor puntuación a nivel global, y que por lo tanto constituía una necesidad considerable en los/as usuarios/as.

Por otro lado, en relación a las otras escalas, se pueden realizar las siguientes conclusiones:

En la escala 2 (actitudes positivas de los padres hacia el uso de drogas y alcohol), no hay una diferencia significativa en las medias de las puntuaciones de los/as usuarios/as antes y después de la acción preventiva (P-Valor: $0,431 \leq \alpha = 0,05$). Por lo cual se concluye que la intervención del Programa “A Tiempo” NO tiene efectos significativos sobre las puntuaciones de los/as usuarios/as en esta escala, y por lo tanto no hay una disminución considerable de este factor de riesgo.

A partir de esto se rechaza la Hi2 y se acepta la Ho1.

En la escala 3 (baja percepción de riesgo del consumo de alcohol y drogas), no hay una diferencia significativa en las medias de las puntuaciones de los/as usuarios/as antes y después de la acción preventiva (P-Valor: $0,958 \leq \alpha = 0,05$). Por lo que se concluye que la intervención del Programa “A Tiempo” NO tiene efectos significativos sobre las puntuaciones de los/as usuarios/as en esta escala, y por lo tanto no hay una disminución considerable de este factor de riesgo.

A partir de esto se rechaza la Hi3 y se acepta la Ho3.

En la escala 4 (actitudes positivas hacia el consumo de drogas y alcohol), no hay una diferencia significativa en las medias de las puntuaciones de los/as usuarios/as antes y después de la acción preventiva (P-Valor: $0,827 \leq \alpha = 0,05$). Por esta razón se concluye que la intervención del Programa “A Tiempo” NO tiene efectos significativos sobre las puntuaciones de los/as usuarios/as en esta escala, y por lo tanto no hay una disminución de este factor de riesgo.

A partir de esto se rechaza la Hi4 y se acepta la Ho4.

En la escala 5 (recompensas y/o gratificaciones de los amigos por consumo), no hay una diferencia significativa en las medias de las puntuaciones de los/as usuarios/as antes y después de la acción preventiva (P-Valor: $0,198 \leq \alpha = 0,05$). Por lo cual se concluye que la intervención del Programa “A Tiempo” NO tiene efectos significativos sobre las puntuaciones de los/as usuarios/as en esta escala, y por lo tanto no hay una disminución de este factor de riesgo.

A partir de esto se rechaza la Hi5 y se acepta la Ho5.

En la escala 6 (consumo), no hay una diferencia significativa en las medias de las puntuaciones de los/as usuarios/as antes y después de la acción preventiva. Por lo que se concluye que la intervención del Programa “A Tiempo” NO tiene efectos significativos sobre las puntuaciones de los/as usuarios/as en esta escala, y por lo tanto no hay una disminución de este factor de riesgo.

A partir de esto se rechaza la Hi6 y se acepta la Ho6.

Los resultados nos permiten apreciar que en estas cinco restantes escalas no hubo diferencias importantes entre el pre test y el post test, por lo que se presume que el programa si bien logra cambios en los/as usuarios/as, estos no son significativos. Es por esta razón que se aceptan las hipótesis nulas (Ho) de cada escala (5 escalas).

En función de esto, expresamos a modo de recomendación re-evaluar la forma en que se abarcaron estos factores y conducta de riesgo, en los/as estudiantes que participaron, ya que si bien influye en algún grado la intervención del Programa, no alcanza para afirmar una efectividad evidente.

En síntesis, podemos decir que si bien el Programa es efectivo en relación a las propias metas que se plantea, lo que se comentará con profundidad más adelante, en relación a los parámetros estadísticos que evaluamos no constituye

un efecto significativo en su totalidad en las personas que participaron en él. Pero por otro lado existen efectos importantes en el área familiar, área en la que el Programa se focalizó en la ciudad de Chillán, porque constituye el factor de riesgo más predominante en la muestra.

En respuesta al segundo objetivo específico, en relación al análisis del instrumento, podemos decir:

A través de la aplicación del instrumento de Tamizaje a la muestra piloto, se realizó un análisis de la dispersión de los datos en sus seis escalas a través de un análisis de confiabilidad calculando el coeficiente de Alfa de Cronbach, asimetría y curtosis.

Respecto a los criterios de confiabilidad, se observa con la asimetría y curtosis en la escala “Bajo manejo/ involucramiento familiar” que es la única que presenta una dispersión de los datos que se asemeja a la distribución normal de frecuencias, puesto que presenta en ambas puntajes inferiores a 1.0 por lo que esta escala del instrumento presenta una dispersión normal de los datos.

Mientras que las escalas “Actitudes favorables de los padres hacia el uso de drogas y alcohol”, “Baja percepción de riesgo del consumo de alcohol y drogas”, “Actitud favorable hacia el consumo de alcohol y drogas”, “Recompensas o gratificaciones de los amigos por consumo de drogas” y “Consumo” presentan una asimetría y curtosis cuyos puntajes reflejan que sus datos se dispersan de forma distinta a la distribución normal de frecuencias ya que sus puntajes superan 1.0.

Es por eso que a modo de recomendación, se sugiere reevaluar la confección de preguntas destinadas a pesquisar antecedentes de estas cinco escalas, con el propósito de que la dispersión de los datos esté dentro de los parámetros

normales, y que por lo tanto tal medición de factores de riesgo sea más ajustada a la realidad.

El cálculo de Alfa de Cronbach para analizar la confiabilidad del instrumento de Tamizaje, arrojó como resultado un coeficiente de 0,653.

Este resultado indica que el instrumento posee una consistencia interna aceptable, por lo tanto los ítems que componen las escalas del instrumento se correlacionan entre sí y miden el mismo constructo en un nivel que no es óptimo pero si aceptable.

En relación al último objetivo específico, respecto al cumplimiento de metas propuestas por el programa "A Tiempo", podemos concluir:

El programa evaluado en este estudio plantea metas propias que esperan cumplir tras su aplicación, a través de una distribución de frecuencias sobre la participación de los seleccionados y sus puntajes en las escalas del instrumento de tamizaje se obtuvieron porcentajes en los ítems evaluados en las metas que se contrastan con el porcentaje de meta propuesto por el programa, a continuación se obtienen conclusiones de los resultados:

Meta 1: Al menos el 75% de los estudiantes seleccionados por el instrumento de Tamizaje se le implemente el programa. Esta meta es superada en un 14.5% por sobre lo planteado, ya que el 89.5% de los seleccionados por el instrumento ha sido usuario del Programa de prevención de drogas "A Tiempo", por lo que se concluye que el programa tiene un buen nivel de cobertura, dando atención a la gran mayoría de los estudiantes que puntuaron lo suficiente en el instrumento de tamizaje como para ser considerados según los criterios del programa como persona vulnerable al consumo de drogas.

Meta 2: Como mínimo un 25% de los estudiantes que reciben la implementación del programa de prevención “A Tiempo” disminuyan el puntaje de consumo de drogas y/o alcohol. El 26.1% de los usuarios descendieron sus puntajes en consumo, por lo que la meta es superada en un 1.1% respecto a la meta auto propuesta, lo que implica que bajo sus propios criterios el programa es de utilidad para combatir el consumo.

Meta 3: Un 20% de los estudiantes participantes obtengan una disminución de los factores de riesgo bajo el puntaje de corte que determina el egreso o la continuidad en el programa en el siguiente año según supere o no este puntaje de corte respectivamente. El 65.2% de los participantes disminuyeron los factores de riesgo por debajo del puntaje de corte, por lo que la meta es superada por un amplio margen de 45.2%, se concluye que ante los criterios propios del programa, este ha sido de gran utilidad para disminuir los factores de riesgo, esta meta además coincide con los criterios de continuidad en el programa por lo que este 65.2% que puntúa bajo el puntaje de corte han sido egresados de esta intervención, esto significa que dejan de ser considerados como sujetos vulnerables ante las drogas y alcohol y que ya no necesitan la atención profesional que ofrece la implementación del programa.

Meta 4: Todos los estudiantes que realizaron la aplicación de instrumento de Tamizaje y que presentan sospecha de consumo problemático sean referidos a la red de salud correspondiente. Ningún estudiante que realizó la aplicación del instrumento de Tamizaje presenta sospecha de consumo problemático por lo que no fue necesario gestionar atención en alguna red de salud. Por lo anterior el cumplimiento de esta meta no fue evaluada y no se obtienen conclusiones de ella.

La presente investigación no estuvo exenta de limitaciones y dificultades, pues consideramos relevante visibilizarlas para una mejor comprensión de los resultados del presente estudio y para futuras investigaciones que abarquen esta

línea investigativa. Algunas limitaciones que se presentaron son el mínimo control por sobre la implementación de las diversas acciones que constituyeron la aplicación del Programa “A Tiempo” considerando de que se evalúa un proyecto gubernamental tal cual se desarrolló en la comuna de Chillán, no teniendo control sobre la muestra seleccionada (ni los criterios de selección), tampoco de la forma en que se implementó el Programa en cada escuela, quedando todo a criterio de las políticas establecidas por SENDA, y de los distintos profesionales encargados de implementarlo en cada escuela, en donde pudieron desarrollarse una serie de variables de tipo cualitativas que no se pueden controlar.

Otra limitación presente, tiene que ver con la construcción del instrumento de Tamizaje por parte de SENDA, en virtud de los resultados del análisis de éste en el que se observa que cinco de las seis escalas que lo componen presentan una distribución de los datos distinta a la distribución de frecuencias. En este sentido cabe destacar que el análisis de normalidad (curtosis y asimetría) fue necesario realizarlo por escala, porque la constitución del instrumento era dispareja por dimensión, es decir, cada escala tenía distinta cantidad de ítems, y por lo mismo, cada escala tenía un puntaje de corte distinto; esto entorpeció el hecho de querer extraer un análisis del funcionamiento global de dicho instrumento (análisis del comportamiento normal de los datos). A esto se le suma que justamente estas cinco escalas no presentan cambios significativos entre las aplicaciones de pre y post test a los y las participantes del Programa de prevención del consumo de drogas “A Tiempo”. A partir de esto se sugiere fortalecer estas escalas realizando una revisión de las preguntas que las componen en el instrumento de Tamizaje y la forma de trabajarlas en la aplicación del Programa.

Por otro lado, a modo de proyección, la validación del mencionado instrumento, fue realizada en la comuna de Santiago, a lo que se puede deber las diferencias en la normalidad (por escala) en el análisis de confiabilidad que realizamos en la

comuna de Chillán, por lo que también sería apropiado implementar dicho análisis por comunas, para asegurarnos de que el instrumento sea más confiable en pertinencia con la población a la que se le aplica, y mida lo que se pretende medir.

Siguiendo con las limitaciones en relación al instrumento, dentro de las variables cualitativas de las que no tuvimos control, es que se aplicó a cursos completos, en donde el manejo de grupo por parte del administrador/a es fundamental, tomando los resguardos en relación a que las respuestas no sean observadas por compañeros y compañeras, ya que, esto puede dar como resultado respuestas por deseabilidad social, lo que significaría una distorsión en las respuestas reales. Es necesario aclarar que la aplicación del instrumento se encarga de que el/la estudiante encuestado(a) esté al tanto que la encuesta sólo es revisada por SENDA y no por el establecimiento educacional donde estudia, de modo que en este aspecto si se encarga de disminuir la deseabilidad social. Se sugiere tomar medidas que faciliten que el encuestado(a) pueda responder con seguridad de que ningún compañero o compañera pueda observar sus respuestas, disminuyendo la posibilidad de que responda por deseabilidad social. En este sentido se destaca positivamente a instancia de *Profundización diagnóstica y Pesquisa institucional* que incluye el Programa, la primera destinada a ratificar los antecedentes pesquisados por el instrumento, evaluando cualitativamente cada escala que indaga; y la segunda que permite la sugerencia por parte del establecimiento de alumnos/as para la participación en el Programa, por la sospecha de que presentan factores y/o conducta de riesgo que no fueron detectadas por el instrumento, quienes también participan de la mencionada Profundización diagnóstica, a través de la cual se definen los participantes definitivos.

En relación a otro aspecto, el programa "A Tiempo" distingue entre uso y abuso en el consumo de drogas, sin embargo, no hace esta distinción en los factores de

riesgo que miden las escalas de la ficha de Tamizaje y que luego son trabajadas en el programa; utilizando el concepto de “consumo” sin hacer explícito que constituye una conducta de riesgo que puede llevar a una conducta dañina, por lo que se sugiere hacer esta distinción en los factores de riesgo a utilizar de manera que sea clara la diferencia cuando el consumo es realmente abusivo y por lo tanto puede o no afectar el bienestar de la persona.

Por otro lado es importante destacar, que en consideración de que este Programa es nuevo, recién implementado el año 2012, constituye un gran potencial para el futuro abordaje preventivo, esta relevancia social incita a revisar constantemente si cumple o no con las metas establecidas para el Programa y si estas son lo suficientemente exigentes de acuerdo a si representan un real beneficio para la sociedad, y de tal modo desarrollar los puntos fuertes y mejorar las debilidades que aparezcan.

REFERENCIAS

Abreu, M. y Del Río, S. (2006) Adolescentes por la vida: en la prevención del consumo de drogas. *Ciencias Holguín*, 12 (2), 1-17.

Adúriz-Bravo, A., Salazar, I., Mena, N.y Badillo, E. (2006). La Epistemología en la Formación del Profesorado de Ciencias Naturales: Aportaciones del Positivismo Lógico. *Revista Electrónica de Investigación en Educación en Ciencias*, 6 (1), 6-23.

American Psychological Association- APA (1992). *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct*. Extraído el 7 de Noviembre de 2013 De <http://www.apa.org/ethics/code/code-1992.aspx>.

Alonso, M., Guzmán, F., Llamas, M. y Rodríguez, L. (2012). Norma subjetiva, intención y consumo de marihuana en jóvenes estudiantes de México. *Ciencia y Enfermería*, 18 (1), 57-66.

Álvarez, R. (1996). *El método científico en las ciencias de la salud*. España: Díaz de Santos.

Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Becerra, C., Muñoz, A., Vásquez, N. (2003). *Estudio descriptivo de la prevalencia del consumo de alcohol y drogas ilícitas de los estudiantes de la Universidad del Bío-Bío, campus Chillán*. Chile: Universidad del Bío-Bío.

Becoña, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas. Plan nacional sobre drogas*, Madrid, España.

Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas*. Ministerio del Interior, España.

Becoña, E. (2007). Bases psicológicas de la prevención del consumo de drogas. *Papeles del psicólogo*, 28 (1), 11-20.

Becker, M. (1974). The health belief model and illness behavior. *Health Education Monographs*, 2, 409-419.

Bravo, F., Candia E., Contreras, V. y Foncea, L. (2009). *Factores que se pueden asociar al consumo y no consumo de Marihuana en Adolescentes de octavo año básico de cuatro Escuelas Municipalizadas Vulnerables de la ciudad de Chillán*. Chile: Universidad del Bío-Bío.

Bunge, M. (1979). *La ciencia: su método y su filosofía*. Buenos Aires: Ediciones Siglo Veinte.

Bunge, M. (2004). *La investigación científica*. México: Siglo XXI editores.

- Bunge, M. (2005). *La ciencia: su método y su filosofía*. Buenos Aires: Debolsillo.
- CONACE (2008). *Construyendo contextos preventivos en educación superior: Gobierno de Chile*.
- Ellickson, P., Bell, R. y McGuigan, K. (1993). Preventing adolescent drug Use: long term results of a junior high program. *American Journal of Public Health*, 83, 856-861.
- FLACT-CICAD OEA (2009). *Proyecto de certificación "Consejero terapéutico en adicciones"* En Palacios, J. y Careaga, S. (Eds.), Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas - CICAD -OEA. Santiago, Chile.
- Fishbein, M. y Azjen, I. (1975) *Belief, attitude and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- France, A. & Utting, D. (2005). The paradigm of 'Risk and protections focused prevention' and its impact on Services for Children and Families. *Children & Society*, 19, 77-90.
- Gázquez, M., García, J., Espada, J. (2009). Características de los programas eficaces para la prevención escolar del consumo de drogas. *Health and addictions*, 9 (2), 185-208.

González, F. Mar, M. y González, S. (1996) Consumo de drogas en la adolescencia. *Psicothema*, 8 (2), 257-267.

Gottfredson, D. C. y Wilson, D. B. (2003). Characteristics of effective school-based substance abuse prevention. *Preventive Science*, 4 (1), 27–38.

Guerra, D. (1999). *Psicología de la adolescencia. Mujer, Cultura y Salud: Adolescencia*. España. Generalitat Valenciana.

Hansen, W. y O'Malley, P. (1996). Drug use. En Di Clemente, R., Hansen, W. y Ponton, L. (Eds.), *Handbook of adolescent health risk behavior*. New York: Plenum Press.

Hernández, R; Fernández, C. Baptista, P. (1997) *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill.

Hernández, R; Fernández, C. Baptista, P. (2010) *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill.

Hidalgo, C. y Carrasco, E. 2002. *Salud familiar: un modelo de atención integral en la atención primaria*. Santiago: Salesianos.

Jessor, R. y Jessor, S. (1977). *Problem behavior and psychosocial development. A longitudinal study of youth*. London: Academic Press.

Krauskopf, D. (1999). *Las conductas de riesgo en la fase juvenil. Presentado en encuentro internacional sobre salud adolescente*, Cartagena de Indias, Colombia.

Extraído el 14 de enero, 2005 de

http://www.cinterfor.org.oy/public/spanish/region/ampro/cinterfor/temas/youth/doc/_not/libro37/index.htm.

Kumpfer, K. y Johnson, L.(2007). Intervenciones de fortalecimiento familiar para la prevención de consumo de sustancias en hijos de padres adictos. *Adicciones*, 19 (1), 13-25.

López, S. y Rodríguez-Arias, J. (2012). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas y la conducta antisocial en adolescentes y jóvenes españoles. *International Journal of Psychological Research*, 5 (1), 25-33.

Manríquez, C. (2006). *Consumo de drogas en la población escolar de la comuna de San Carlos: una mirada a los programas de prevención de drogas del ámbito escolar. Memoria de Trabajadora Social*. Chile: Universidad del Bio Bio.

McGuire, W. (1968). The nature of attitudes and attitude change. En Lindzey, G. y Aronson, E. (Eds.) *Handbook of Social Psychology*. Reading, MA: Addison-Wealey.

Musito, G., Jiménez, T. y Murgui, S. (2006). *Funcionamiento familiar, autoestima y consumo de sustancias en adolescentes: un modelo de mediación*. España, Universidad de Valencia.

National Institute on Drug Abuse - NIDA (2004). *Lessons from prevention research*. EE.UU.

Organización Mundial de la Salud- OMS (2001). *Informe sobre la salud en el mundo. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Organización Mundial de la Salud, oficina de publicaciones.

Observatorio Chileno de Drogas, SENDA, Ministerio del interior y seguridad pública (2012). *Noveno estudio nacional de drogas en población escolar de Chile, 2011*. Santiago: Andros Impresores.

Papalia, D., Wendkos, S. y Duskin, R. (2009). *Psicología del desarrollo: De la infancia a la adolescencia*. México: Mc Graw Hill.

Rodríguez, J., Fernández, A., Hernández, E., Valdés, M., Villalón, M., Ramírez, S... y Cardemil, S. (2009). Estudio de prevalencia del consumo de drogas en escolares de Enseñanza Básica, a través de la metodología de pares. *Rev Med Chile*, 137, 774-784.

Rodríguez, P. (2010). El positivismo y el racionalismo no han muerto. *Educere*, 63-71.

Rodríguez, J. y Fernández, A. (2008) Factores predictores del riesgo de consumo de drogas lícitas en escolares de cuarto a séptimo básico. *Terapia psicológica*, 26 (2), 181-188.

Sánchez, L. (2009). *Guía informativa: Drogas y género*. Plan de atención integral a la salud de la mujer de Galicia, España.

Sánchez-Zamorano, L., Ángeles, A., Anaya-Ocampo, R. y Lazcano-Ponce, E. (2007) Prevalencia del uso de drogas ilegales en función del consumo de tabaco en una muestra de estudiantes en México. *Salud pública de México*, 49 (2), 182-193.

SENDA (2012). *A Tiempo, una estrategia de detección precoz y trabajo preventivo del consumo de drogas y alcohol en adolescentes*. Gobierno de Chile.

SENDA (2014). *Orientaciones técnicas*. Área Técnica en Prevención- División Programática. Gobierno de Chile.

Schuckit, M. (2000). *Drug and alcohol abuse. A clinical guide to diagnosis and treatment*. Nueva York: Plenum Medical Book Company.

Tobler, N. (1986). Meta-analysis of 143 adolescent drug prevention programs: quantitative outcome results of program participants compared to a control or comparison group. *Journal of Drug Issues*, 16(4), 537-567.

Tobler, N. (1993). *Meta-Analysis of Adolescent Drug Prevention Programs*. Results of the 1993 Meta-Analysis.

Tobler, N. y Stratton, H. (1997). Effectiveness of school-based drug prevention programs: a meta-analysis of the research. *The Journal of Primary Prevention*, 18 (1), 71-128.

White, D. y Pitts, P. (1997) *Health promotion with young people for the prevention of substance misuse*. NHS Centre for Reviews and Dissemination, University of York.

White, D y Pitts, M (1998) Educating young people about drugs: a systematic review. *Addiction*, 93, 1475–1487.

ANEXOS

1. Instrumento de Tamizaje

Lee atentamente y sin apresurarte las preguntas y alternativas de respuesta de este cuestionario.

Marca con una cruz la alternativa que elijas o escribe el número, según corresponda a la pregunta.

Si no entiendes una pregunta, acércate al encargado para aclararla.

Cuando la pregunta haga mención a “Padres o Apoderados” se referirá a cualquier persona mayor de edad que viva contigo y que esté al cuidado de tu bienestar físico y psicológico.

Esta es una encuesta confidencial, esto quiere decir que las respuestas no serán públicas por lo que puedes responder con toda tranquilidad.

Estas preguntas son de información general sobre ti. Marca con una “X” la respuesta que mejor te describe

A. ¿Cuántos años tienes? *(Contesta el número de años debajo de la pregunta, por ejemplo 12)*

--

B. ¿En qué curso estás?

Séptimo Básico	Octavo Básico	Primero Medio	Segundo Medio

C. ¿Eres hombre o mujer?

Hombre	Mujer

Esta sección de preguntas es acerca de tu familia

1) ¿En tu casa, las reglas son claras?

Siempre	Muchas veces	Pocas veces	Nunca

2) ¿Te han conversado seriamente tus padres y/o apoderados sobre los peligros del consumo de drogas y alcohol?

Mucho	Bastante	Poco	Nada

3) ¿Cuánto conocen tus padres y/o apoderados a tus amigos más cercanos?

Mucho	Bastante	Poco	Nada

4) ¿Tus padres y/o apoderados están atentos a lo que haces en el colegio?

Siempre	Muchas veces	Pocas Veces	Nunca

5) ¿Tus padres y/o apoderados, se darían cuenta si bebieras alcohol o usaras drogas sin su permiso?

Si	No	No sé

6) ¿Tus padres y/o apoderados controlan a que hora llegas a tu casa?

Siempre	Muchas veces	Pocas Veces	Nunca

7) Durante una semana cualquiera, ¿tus padres y/o apoderados saben donde estás?

Siempre	Muchas veces	Pocas Veces	Nunca

¿Cómo crees tú que estarían tus padres y/o apoderados en estas situaciones?

8) Si se enteran que te sorprendieron fumando en el colegio

Extremadamente molestos	Bastante molestos	Algo molestos	No se molestarían	No sabes cómo reaccionarían

9) Si se enteran que has tomado alcohol con tus amigos

Extremadamente molestos	Bastante molestos	Algo molestos	No se molestarían	No sabes cómo reaccionarían

10) Si se enteran que has probado la marihuana

Extremadamente molestos	2. Bastante molestos	3. Algo molestos	4. No se molestarían	5. No sabes cómo reaccionarían

Las preguntas que siguen son acerca de aspectos personales

¿Cuál crees tú que es el riesgo que corre una persona que hace alguna de estas cosas?

11) Fuma uno o más cigarrillos todos los días

Ningún riesgo	Poco riesgo	Bastante riesgo	Mucho riesgo

12) Toma uno o dos tragos todos o casi todos los días

Ningún riesgo	Poco riesgo	Bastante riesgo	Mucho riesgo

13) Prueba marihuana una o dos veces

Ningún riesgo	Poco riesgo	Bastante riesgo	Mucho riesgo

¿Qué te parece a ti que una persona haga las siguientes cosas?

14) Fume uno o más cigarrillos todos los días

Me parece bien	Ni bien ni mal	Me parece mal	Me parece muy mal

15) Tome uno o dos vasos de alcohol todos los días

Me parece bien	Ni bien ni mal	Me parece mal	Me parece muy mal

16) Pruebe marihuana una o dos veces

Me parece bien	Ni bien ni mal	Me parece mal	Me parece muy mal

La siguiente sección es acerca de tus sentimientos y experiencias en otros aspectos de tu vida

Si en tu grupo de amigos cercanos se enteraran que...

17) Has probado la marihuana, ¿Qué harían tus amigos?

Me dirían algo para que no lo hiciera	Algunos me dirían algo y otros no me dirían nada	No me dirían nada	No se bien lo que harían

18) Has probado una droga distinta de la marihuana como cocaína, pasta base, éxtasis, ácidos o cosas parecidas, ¿Qué harían tus amigos?

Me dirían algo para que no lo hiciera	Algunos me dirían algo y otros no me dirían nada	No me dirían nada	No se bien lo que harían

19) Te emborrachaste en un fin de semana, ¿Qué harían tus amigos?

Me dirían algo para que no lo hiciera	Algunos me dirían algo y otros no me dirían nada	No me dirían nada	No sé bien lo que harían

20) ¿Cuántos días has fumado cigarrillos durante los últimos 30 días?

Nunca	1 o 2 veces	Semanalmente	Diariamente o casi todos los días

21) ¿Cuántos días has tomado algún tipo de alcohol durante los últimos 30 días?

Nunca	1 o 2 veces	Semanalmente	Diariamente o casi todos los días

22) ¿Cuántas veces has consumido marihuana en los últimos 12 meses?

Nunca	1 o 2 veces	Semanalmente	Diariamente o casi todos los días

23) ¿Cuántas veces has consumido cocaína o pasta base en los últimos 12 meses?

Nunca	1 o 2 veces	Mensualmente	Diariamente o casi todos los días

A continuación te pediremos algunos datos, recuerda que todo lo que contestaste es confidencial.

Indica Por Favor Tu Nombre Y Apellidos

Nombre	Primer apellido	Segundo apellido

¿Dónde vives actualmente?:

Nombre de la calle	Número de la casa o del edificio	Número del departamento	Comuna

¿Dónde podemos ubicarte por teléfono? *Anota los números que recuerdes*

Teléfono de la casa	Celular de tu mamá	Celular de tu papá	Celular tuyo

2. Consentimiento Informado SENDA Previene



UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO

Facultad de Educación y Humanidades
Departamento de Ciencias Sociales
Escuela de Psicología



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo BERNARDO PASTEN TORRES RUT N° 11.445.654 - 3, en mi calidad de COORDINADOR COMUNAL autorizo a la dupla de tesis Andrés Mora Jara y Carla Olate Moya, ambos estudiantes de Psicología de la Universidad del Bío – Bío, a realizar su proceso de Tesis respecto a la Efectividad del Programa de Prevención de Drogas “A Tiempo” impartido por SENDA, bajo las siguientes condiciones:

- El proceso será efectuado por Licenciados en Psicología de la UBB, durante el último año de la carrera (2014), en cumplimiento con el requisito de realizar una Tesis de pre-grado, para luego titularse.
- Tal proceso de tesis de pre-grado, será guiado por un académico/a con experiencia en la elaboración de investigaciones y respaldado por la Escuela de Psicología UBB.
- Toda la información que SENDA facilite con respecto a dicho programa o se recopile en el proceso de la Investigación, será de carácter estrictamente confidencial y sus usos serán exclusivamente orientados al cumplimiento de los objetivos de la tesis, los que están constituidos en base a los principios éticos básicos de toda investigación, propuestos por la Asociación Americana de la Psiquiatría (APA, 1992). En este sentido, se tendrá en cuenta:
 - Preservación de la confidencialidad, el respeto y resguardo de los datos con antecedentes personales otorgados por SENDA; en este sentido cabe destacar que las bases de datos contarán con códigos que eviten la inclusión de identificadores personales.
 - La información de tipo “confidencial” se revelará solo con el consentimiento de los participantes de la investigación, y sólo si es estrictamente necesario.
 - Responsabilidad social; es decir, se procurará mantener la dignidad y el bienestar de los participantes.
 - Aprobación institucional; esto quiere decir que se deberá obtener la aprobación correspondiente para realizar la investigación de las instituciones u organizaciones que pudieran estar involucradas, como lo es en este caso respecto a SENDA.

- Por otro lado existirá una planeación rigurosa de la Investigación, con el fin de reducir al máximo el error en los resultados.
- *Se pretende mencionar el programa en base al cuál tratará la investigación, para la claridad en la descripción de sus contenidos y estructura.*
- Todo análisis de resultados y/o conclusiones de la Investigación estarán destinados a identificar fortalezas y posibles aspectos a mejorar en la construcción de Programas de Prevención del Consumo de Drogas y Alcohol en Chile, y de ninguna manera perjudicar a la Institución encargada y menos aún a los/as usuarios/as y beneficiados/as con estas prácticas, puesto que dichos resultados tendrán un carácter netamente estadístico y académico.
- En esta sintonía, SENDA se compromete a facilitar la información requerida para propósitos de la Investigación.
- Y por otro lado, los Licenciados se comprometen a facilitar los resultados y conclusiones de la Tesis a SENDA, para que dispongan de su uso.



Bernardo Pasten Torres
2013

BERNARDO PASTEN TORRES
ASISTENTE SOCIAL
COORDINADOR SEDA PREVIENE CHILLAN

FECHA, Chillán Diciembre 09 de 2013

3.Preguntas orientadoras para la Profundización Diagnóstica



NOMBRE	
CURSO	
ESCUELA	

A- Bajo manejo / Involucramiento familiar

1-¿Cómo es tu familia, quienes la conforman?

2-¿Cómo te sientes en tu familia?

3-¿Hay alguien más aparte de tu familia que sea importante para ti?, ¿Quién?

4. ¿Qué haces en un fin de semana cualquiera?

B- Actitudes favorables de los padres hacia el uso de drogas y alcohol.

1-¿Hay prevalencia de consumo en uno o ambos progenitores?

2-¿Hay Prevalencia de consumo en algún ¿adulto significativo que reside con el adolescente?

3-¿Existe permisividad ante el consumo de cigarrillos, alcohol y/o drogas?, ¿Varía según el tipo de sustancia?

C- Baja percepción de riesgo y/o actitud favorable al consumo de alcohol o drogas

1-¿Estarías de acuerdo en probar ciertas drogas?, ¿Cuáles?

2-¿Qué pensarías si alguno de tus padres/pares consumiera?

3-¿Cómo te sentirías si alguno de tus padres/pares consumiera?

4-¿Qué harías si alguno de tus padres/pares consumiera?

D-Recompensas o gratificaciones de los amigos por consumo de drogas

1-¿Con quienes te juntas?

2-¿Cuántos amigos y grupos de amigos tienes?

3-¿Con cuales te sientes más cercano/lejano?

4-¿Donde te juntas con tus amigos?

5-¿Siempre te has relacionado con los mismos amigos?

6-¿Cuán peligroso es para ti estar en un grupo familiar/pares que consume?
(profundizar a nivel físico, mental, familiar)

E-Conducta de Riesgo

1-¿Dónde es más peligroso consumir? Ejemplo: en tu casa, en casa de un amigo, en un carrete, en la plaza, etc.

2-¿Indagar y profundizar motivaciones para el consumo?

3-¿Indagar y profundizar en patrones de consumo?
