



**Universidad
Andrés Bello®**

Universidad Andrés Bello.

Facultad de Ciencias de la Rehabilitación.

Escuela de Kinesiología.

DETERMINACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS IMPLEMENTADAS PARA
PREVENCIÓN Y/O INTERVENCIÓN DE CONSUMO TEMPRANO DE TABACO,
EN JÓVENES ESTUDIANTES DE ESTABLECIMIENTOS EDUCACIONALES DE
LA FUNDACIÓN BELÉN EDUCA, EN LA REGIÓN METROPOLITANA DE CHILE
EN EL AÑO 2015.

Tesis para optar al Título de Licenciado en Kinesiología.

Autores:

FABIÁN ESTEBAN MARTÍNEZ GÓMEZ.

MARÍA EUGENIA MERINO DÍAZ.

FRANCESCA PAULINA SILVA ESPINOZA.

ROMINA PAZ VALENZUELA CIORINO.

Profesor guía:

PAMELA PEREIRA HERRERA.

Santiago de Chile, 2016.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a nuestras familias por el apoyo constante e incondicional que nos entregaron en esta larga etapa. También queremos transmitir un agradecimiento especial a nuestra profesora guía, Pamela Pereira, por tomar el desafío de guiar nuestra tesis habiendo transcurrido un año de comenzado este proceso, entregándonos herramientas y correcciones fundamentales para llegar hasta el fin de este estudio, a pesar de encontrarse iniciando un proceso tan hermoso como ser madre, lo cual absorbe una gran cantidad de tiempo y energía. Siempre pudimos contar con su apoyo. Agradecimientos también a la kinesióloga María Teresa Soto, que se dio el tiempo de asesorarnos en los detalles finales de nuestra tesis, a pesar de no ser parte del grupo docente de la universidad.

RESUMEN

El objetivo de este estudio, es determinar el tipo de estrategias que están siendo implementadas para prevenir y/o intervenir el consumo temprano de tabaco, en los distintos establecimientos educacionales que pertenecen a la Fundación Belén Educa, ubicados en la Región Metropolitana de Chile. Para este fin, se creó una encuesta que permitió obtener la información necesaria en 10 de los 11 establecimientos de la FBE, con la cual se obtuvieron resultados relacionados a los enfoques teóricos aplicados en cada establecimiento (de carácter informativo, habilidades sociales e influencia social) y las estrategias utilizadas y conocidas por cada uno.

De los resultados obtenidos se pudo observar que las estrategias más utilizadas son de carácter informativo, las cuales si bien son de fácil aplicación, son poco efectivas. Se pudo apreciar, que el conocimiento y aplicación de las estrategias por parte de los establecimientos es bastante desigual.

Si bien, las estrategias que se utilizan en Chile, son muy similares a las usadas en los países con bajos índices de consumo de tabaco, esto no se ve reflejado en los niveles de consumo en jóvenes de nuestro país, que siguen siendo muy altos.

En Chile se han creado estrategias y planes de acción para el consumo de tabaco en jóvenes, pero el principal problema es que no existe una continuidad y seguimiento sobre la aplicación de éstas. Esto último, impide que haya un registro claro y accesible sobre los resultados que se obtienen, al aplicar las estrategias que se están planteando.

ÍNDICE

1. Introducción	07
1.1.Problema de Investigación	08
1.2.Preguntas de Investigación	09
1.3.Objetivos	09
1.3.1. Objetivo General	09
1.3.2. Objetivos Específicos	10
1.4.Justificación	10
1.5.Delimitaciones	12
1.5.1. Delimitación Espacial	12
1.5.2. Delimitación Conceptual	12
1.5.3. Delimitación Cronológica	13
2. Marco Teórico	14
2.1.Tabaquismo	14
2.1.1. Fisiopatología	15
2.2.Propuesta de la Organización Mundial de la Salud	17
2.3.Prevenición e Intervención	18
2.4.Países del Mundo con los Índices más Bajos en el Con. de Tabaco...	20
2.5.Realidad en Chile	21
2.5.1. Ley	22
2.5.2. Publicidad.....	23
2.5.3. Impuestos	23
2.5.4. Programas y Estrategias	24
2.5.4.1.Prevenición en los Establecimientos Educativos	25
2.5.4.2.Programa A Tiempo	26
2.5.4.3.Estrategia de Pares Educadores	27
2.5.4.4.Programa Te Acompaño	27

2.5.4.5.	Programa Chile Previene en la Escuela	28
2.5.4.6.	Programa Interactivo	28
2.5.4.7.	Certificación de Establecimientos Edu. Preventivos	29
2.6.	Fundación Belén Educa	30
3.	Materiales y Métodos	30
3.1.	Tipo de Estudio	30
3.2.	Población de Estudio y Muestra	30
3.2.1.	Descripción de la Muestra	32
3.2.2.	Reclutamiento de los Participantes	32
3.3.	Principios Bioéticos	33
3.4.	Método de Recolección de Datos	33
3.5.	Encuesta	34
3.6.	Criterios de Inclusión y Exclusión	35
3.6.1.	Criterios de Inclusión	35
3.6.2.	Criterios de Exclusión	35
3.7.	Variables	35
3.8.	Viabilidad.....	36
3.9.	Materiales	36
3.9.1.	Recursos Humanos	36
3.9.2.	Recursos Financieros	37
4.	Análisis de Datos y Resultados	37
4.1.	Ítem I: Estrategias Implementadas	38
4.2.	Ítem II: Tiempo de Ejecución	39
4.3.	Ítem III: Carácter Informativo	40
4.4.	Ítem IV: Habilidades Sociales	41
4.5.	Ítem V: Influencia Social	43
4.6.	Ítem VI: Estrategias Recomendadas por el Gob. Y sus Ministerios... ..	44
4.7.	Ítem VII: Certificación de Establecimientos Edu. Preventivos.....	45
5.	Discusión	47

6. Importancia en la Kinesiología	52
7. Conclusión	53
8. Referencias	54
9. Glosario	61
10. Anexos	62
10.1. Anexo 01: Encuesta	62
10.2. Anexo 02: Consentimiento Informado	66

1. INTRODUCCIÓN

El tabaquismo, es uno de los factores de riesgo que causa gran parte de las enfermedades crónicas no transmisibles, como enfermedades cardiovasculares y pulmonares. Éste se caracteriza por la adicción a la nicotina¹⁻²⁻³⁻⁴⁻⁵ y la principal manera de consumo en Chile es a través de los cigarrillos⁶.

El tabaco es una epidemia a nivel mundial, donde Chile tiene los más altos índices de consumo en adultos de Latinoamérica⁵⁻⁷. El Centro de Control de Enfermedades (CDC) en el año 2009 realizó un estudio, que expuso que Chile tiene una prevalencia nacional de consumo de tabaco de un 20 a 29.9% en jóvenes de 13 a 15 años, donde las mujeres por sí solas presentan una prevalencia mayor al 30%, superando a los hombres que se encuentran dentro del 10 y 19.9%. Esta situación sólo se repite en el 3% de los países que participaron en este estudio⁷. Por esta razón, se han implementado una serie de estrategias para evitar y/o disminuir el consumo de tabaco y fomentar la cesación. Existen tres tipos de acciones para la prevención e intervención en el consumo de tabaco, que se basan en múltiples enfoques teóricos del tema, estas son: de información, de habilidades sociales y de influencia social⁸.

En Chile se han desarrollado una serie de planificaciones y modificaciones con el fin de regular y disminuir los altos índices obtenidos a nivel mundial en el consumo de tabaco. Una de estas intervenciones es la modificación de la ley de consumo de tabaco 20.105 en el año 2006, donde se estipula la implementación de estrategias y programas de prevención en los establecimientos educacionales a lo largo del país, las cuales son puestas a disposición de los establecimientos por parte de MINSAL, MINEDUC y SENDA. A esto se suma la modificación 20.660 en el año 2013, donde se regula el consumo de tabaco en espacios públicos. Además de la modificación de la ley se han realizado estrategias en los establecimientos educacionales como el programa “Elige no Fumar”⁹.

El consumo temprano de tabaco tiene mayor prevalencia en sectores vulnerables de la población, donde existe bajo nivel educacional, falta de comunicación familiar y altos niveles de indiferencia con respecto al consumo de este tipo de productos¹⁰.

*“Una fundación es una organización sin fin de lucro que, por voluntad de sus creadores, tiene afectado de modo duradero su patrimonio a la realización de fines de interés general y cuyos beneficiarios son colectividades genéricas de personas.”*¹¹. En Chile existen fundaciones como Belén Educa, que se encargan en el país de la educación de jóvenes en diversos sectores vulnerables.

La Fundación Belén Educa (desde ahora FBE), con la cual se realizó este estudio, tiene a su cargo 12 establecimientos educacionales subvencionados, de los cuales el 100% de ellos está inserto en sectores de vulnerabilidad. Esta Fundación tiene como propósito, entregar herramientas que permitan a todos sus alumnos desarrollarse de forma integral y también así incentivar el compromiso de las familias con el proceso educativo de sus hijos¹².

1.1.PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

A nivel mundial el consumo de tabaco se ha incrementado rápidamente en las últimas décadas en todos los rangos etarios de la población¹³.

En Chile, particularmente el consumo de tabaco en jóvenes ha alcanzado los más altos índices a nivel mundial⁷. Particularmente en sectores vulnerables existe un aumento de los factores de riesgo¹⁰, que predisponen el consumo de tabaco y la FBE es una organización que se encarga de dar educación a jóvenes con esta realidad¹².

Tanto SENDA, MINSAL como MINEDUC, proponen estrategias de intervención en establecimientos educacionales, para prevenir el consumo temprano de tabaco e intervenir cuando éste ya se ha iniciado.

Para esta investigación se ha realizado una búsqueda exhaustiva en distintas páginas del gobierno y se asistió presencialmente a los ministerios, además se solicitó información, a través de la ley de transparencia, para hallar un registro sobre en que situación se encuentran los establecimientos con respecto a la implementación de estrategias, pero no se ha encontrado tal registro, ni se han encontrado otras investigaciones sobre el tema.

De acuerdo a todo lo mencionado en el apartado introductorio el problema es: “Se desconocen las estrategias que se están implementando sobre prevención y/o intervención del consumo temprano de tabaco, en jóvenes de los establecimientos educacionales de la FBE”.

1.2.PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

1. ¿Los establecimientos encuestados conocen las estrategias sobre prevención y/o intervención en el consumo temprano de tabaco que deben aplicar de acuerdo a lo propuesto por el Gobierno y sus Ministerios?
2. ¿Qué estrategias están siendo implementadas en los distintos establecimientos educacionales de la FBE de la Región Metropolitana de Chile?
3. ¿Cuál o cuáles son las estrategias y el o los enfoques teóricos que se aplican con más frecuencia en estos establecimientos educacionales?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Identificar las estrategias que se conocen y están siendo implementadas sobre prevención y/o intervención en el consumo temprano de tabaco, en los distintos establecimientos educacionales, que pertenecen a la Fundación Belén Educa, ubicados en la Región Metropolitana de Chile y cuál es el enfoque teórico más utilizado.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Para lograr el objetivo general de este estudio, se cumplió con los siguientes objetivos específicos:

- Determinar si los Cuerpos Directivos de los establecimientos educacionales, conocen las estrategias planteadas por los ministerios.
- Cuantificar las estrategias que están siendo aplicadas en cada establecimiento.
- Categorizar y describir las estrategias de prevención e intervención según su carácter informativo, de habilidades sociales e influencia social.

1.4. JUSTIFICACIÓN

El tabaco se ha vuelto una de las principales prioridades en salud pública, es responsable de la muerte de 1 de cada 10 adultos y más de 5 millones de personas mueren al año debido a su consumo, siendo la causa de muerte más prevenible¹.

“Casi el 80% de los más de mil millones de fumadores que hay en el mundo viven en países de ingresos bajos o medios, donde mayor es la carga de morbilidad y mortalidad asociada al tabaco”¹.

El consumo de tabaco no solo produce mortalidad prematura, sino también puede provocar una serie de patologías cardiopulmonares y discapacidad, lo que lleva a aumentar el costo de la atención sanitaria y dificultades en el desarrollo económico. Además, también se producen costos sociales que incluyen, ausentismo escolar y laboral, disminución de productividad y pérdida de años de vida productiva¹⁻¹⁴⁻¹⁵.

Prevenir o intervenir en edades tempranas, genera cambios positivos en este hábito, pues generalmente aún no está consolidada la adicción a la nicotina¹.

Debido al incremento de consumo de tabaco en jóvenes en las últimas décadas, siendo Chile uno de los países con mayores índices en el mundo⁷, y considerando que un alto

porcentaje de las enfermedades cardiovasculares se asocian al consumo de tabaco¹⁴, es importante tener presente qué estrategias se están realizando en la actualidad en el país. Se ha demostrado que, los países que han abordado estrategias de prevención temprana de consumo de tabaco enfocadas en jóvenes, tienen una gran disminución en el consumo en edades posteriores. Chile ha especificado una serie de objetivos e intervenciones a desarrollar para cambiar esta realidad⁹. Entre los Objetivos Estratégicos que se proponen para esta década, algunos que tienen relación con el tema de estudio son los siguientes:

1. Reducir la Morbilidad, la Discapacidad, y Mortalidad Prematura por Afecciones Crónicas no Transmisibles, Trastornos Mentales, Violencia y Traumatismo.
2. Reducir los Factores de Riesgo Asociados a Carga de Enfermedad a través del Desarrollo de Hábitos y Estilos de Vida Saludables.
3. Reducir la Mortalidad, Morbilidad y Mejorar la Salud de las Personas, a lo Largo del Ciclo Vital.
4. Fortalecer la Institucionalidad del Sector Salud (Disminuir el gasto de las personas en Salud)⁹.

A pesar de esto, no existe un registro de cuáles de las estrategias e intervenciones existentes son realizadas en los establecimientos educacionales. Por lo cual, en este estudio se busca dar a conocer, que estrategias de prevención e intervención en consumo de tabaco se realizan en los establecimientos educacionales de la FBE, para permitir a futuro desarrollar un diagnóstico que favorezca la prevención en los establecimientos educacionales.

La Fundación ofrece educación enfocada en jóvenes en riesgo social, los cuales tienen una mayor probabilidad de incidencia en el consumo de tabaco⁸.

De los 12 establecimientos educacionales de la FBE, 11 pertenecen a la Región Metropolitana, una de las regiones con más altos índices de consumo de tabaco en Chile¹⁶.

1.5. DELIMITACIONES

1.5.1. DELIMITACIÓN ESPACIAL

Esta investigación se realizó en la Región Metropolitana de Chile, en 8 comunas; Puente Alto, Maipú, La Pintana, San Joaquín, Quilicura, Pudahuel, Santiago y Cerro Navia, donde se encuentran emplazados los 11 establecimientos educacionales de la FBE.

1.5.2. DELIMITACIÓN CONCEPTUAL

En el siguiente estudio se quiere dar a conocer si están siendo implementadas estrategias de prevención y/o intervención para el consumo de tabaco, establecidas por el Gobierno y sus Ministerios, especificando cuáles son aplicadas en los diferentes establecimientos encuestados de la FBE.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. TABAQUISMO

El tabaquismo es una enfermedad crónica que se caracteriza por la adicción a la nicotina, que al igual que drogas como la heroína, cocaína y alcohol, entre otras, provoca dependencia tanto física como psicológica e induce a su tolerancia, necesitando mayores dosis para conseguir los efectos deseados¹⁷⁻¹⁸.

El tabaquismo se puede dividir en dos tipos de fumadores: el activo, quien consume el cigarrillo, y que genera dos tipos de corrientes”...*la corriente principal que es la que es aspirada por el fumador e ingresa a los pulmones al ser inhalada, la otra clase de humo es la corriente secundaria o lateral, que es el humo que se desprende hacia el ambiente desde la punta encendida del cigarrillo entre cada fumada*”⁶. El fumador pasivo sería el que inhala el humo residual de otros fumadores activos. “*El 85% de las sustancias provienen de la corriente secundaria y el 15% restante proviene de la corriente primaria cuando el fumador exhala el humo al ambiente*”⁶. Si bien la contaminación ambiental producto del tabaco afecta a la mayor parte de la población, el grupo que se ve mayormente afectado son los niños⁶.

Hay que tener en cuenta que el 70% de las muertes por cáncer de pulmón, bronquios y tráquea son atribuibles al consumo de tabaco. La preocupación alarmante sobre este tema es que si se mantiene la tendencia actual, el tabaco matará a más de 8 millones de personas al año en el 2030 y la mitad de los más de mil millones de fumadores morirá anticipadamente a causa de una enfermedad relacionada con el tabaco¹⁹.

2.1.1. FISIOPATOLOGÍA

Es importante tener en cuenta como actúa la nicotina al ingresar al organismo, para comprender así, con que facilidad se genera la adicción al tabaco, que lo ha llevado a ser una epidemia a nivel mundial.

La nicotina es el principal componente adictivo presente en el tabaco. Ésta sustancia ingresa al cuerpo principalmente por inhalación y es absorbida en los pulmones, en donde comienza su acción al unirse a los receptores colinérgicos nicotínicos. Este tipo de receptores se caracteriza por una respuesta neuronal casi inmediata, alrededor de 7 segundos, la cual es un fenómeno neurobiológico complejo que incluye la acción de diferentes sistemas neuronales. La acción sobre el sistema dopaminérgico es la principal causa de satisfacción para el consumidor, por lo que se hace fuertemente adictivo y a esto se suma que al ser un componente absorbido en bronquios y alvéolos pulmonares, se alcanzan importantes niveles plasmáticos y tisulares con mucha rapidez, especialmente en el Sistema Nervioso Central. Antes de consumir la nicotina los receptores colinérgicos-nicotínicos mantienen su actividad sináptica habitual, en el momento que ingresa la nicotina los receptores se activan despolarizándose y generando un potencial de acción que tiene efecto en toda la masa cerebral, es aquí donde se activan las neuronas dopaminérgicas, principalmente las que se proyectan por el haz prosencefálico medial al núcleo Accumbens, el cual es el principal núcleo del sistema que genera satisfacción. Cuando la exposición a la nicotina es por tiempos prolongados aumenta el número de receptores nicotínicos en el cerebro y cuando ésta se detiene, el exceso de receptores va a resultar en una excitabilidad excesiva del sistema colinérgico-nicotínico en el consumidor. Lo que comienza a generar sensación de malestar y nerviosismo, volviéndose una necesidad el encender el siguiente cigarrillo. La mayoría de los fumadores considera placentero el primer cigarrillo del día, esto debido a que han pasado muchas horas de abstinencia durante las horas de sueño y los niveles nicotínicos están en lo más bajo y el número de receptores desensibilizados es menor, lo que activa

de manera más potente a los receptores nicotínicos y provoca una mayor liberación de dopamina¹⁻²⁻⁴⁻¹⁷⁻¹⁸.

La abstinencia, también llamada síndrome de privación, genera una serie de síntomas, posteriores a las 24 horas de dejar el consumo de nicotina¹⁸.

- *“Fuerte deseo de fumar un cigarrillo.*
- *Estado de ánimo disfórico o depresivo.*
- *Insomnio.*
- *Irritabilidad, frustración o ira.*
- *Ansiedad.*
- *Dificultad de concentración.*
- *Inquietud.*
- *Disminución de la frecuencia cardíaca.*
- *Aumento del apetito.”*

“Es importante tener presente que la mayoría de los síntomas del síndrome de privación alcanzan su intensidad máxima entre las 24 y 48 horas después de haber dejado de fumar y disminuyen gradualmente de intensidad en dos o tres semanas”⁶.

Los efectos a nivel neurofisiológico anteriormente mencionados, son similares a los de otras drogas, generando fuerte dependencia, por lo que es importante evitar el consumo, especialmente en jóvenes.

2.2. PROPUESTA DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2008 introdujo seis medidas para iniciar la lucha contra el consumo de tabaco, conocidas como MPOWER (Monitoring, Protecting, Offering, Warning, Enforcing, Raising) las cuales son:

- *“Monitorear el consumo de tabaco y las medidas de prevención”²⁰. Su objetivo es “Obtener datos periódicos representativos a escala nacional, basados en la población, sobre los indicadores clave del consumo de tabaco en jóvenes y adultos”²¹.*
- *“Proteger a la población del humo de tabaco”²⁰. Que tiene como objetivo “Promulgar y hacer cumplir leyes sobre entornos completamente libres de humo en las instalaciones sanitarias y educativas y en todos los lugares públicos cerrados, incluidos lugares de trabajo, restaurantes y bares”²¹.*
- *“Ofrecer ayuda para el abandono del tabaco”²⁰. Y su objetivo “fortalecer los sistemas sanitarios para que faciliten asesoría sobre el abandono del tabaco en el marco de la atención primaria de salud”²¹.*
- *“Advertir de los peligros del tabaco”²⁰. El cual tiene como objetivo “exigir que el etiquetado incluya advertencias eficaces. Realizar campañas de publicidad antitabáquica. Obtener la cobertura gratuita de las actividades antitabáquicas por los medios de difusión”²¹.*
- *“Hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio”²⁰. Y su objetivo es “promulgar y hacer cumplir leyes eficaces que prohíban totalmente toda forma de publicidad, promoción y patrocinio indirectos del tabaco”²¹.*
- *“Aumentar los impuestos al tabaco”²⁰. Que tiene como objetivo “aumentar los tipos impositivos para los productos de tabaco y asegura que se ajusten periódicamente conforme a las tasas de inflación, a fin de que aumenten más rápido que el poder adquisitivo de los consumidores. Fortalecer la*

administración fiscal para reducir el comercio ilícito de los productos de tabaco”²¹.

Parte de la propuesta del MPOWER es la aplicación de la “Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes” (GYTS) creada por la OMS y la CDC en 1999, la cual ha sido aplicada 3 veces en Chile, siendo la última vez en el año 2008. Esta encuesta nos permite monitorear el consumo de tabaco en jóvenes, mostrando los altos índices que tenemos como país a nivel mundial. A pesar de esto, existe una gran falencia en la monitorización de las medidas de prevención que se realizan en los establecimientos educacionales para disminuir los altos índices de consumo de tabaco, por lo que no hay claridad en las estrategias que cada establecimiento debe aplicar y se desconoce la forma en que lo están haciendo²².

2.3. PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN

La prevención es fundamental para evitar posteriores consecuencias, siendo la principal herramienta para fomentar el autocuidado, por lo cual es un factor importante en la educación de las personas. Mientras más temprano se lleve a cabo, logra tener mayores beneficios²³. Teniendo en cuenta que prevención es la *“adopción de medidas encaminadas a impedir que se produzcan deficiencias físicas, mentales y sensoriales (prevención primaria) o a impedir que las deficiencias, cuando se han producido, tengan consecuencias físicas, psicológicas y sociales negativas”*²⁴. Según la OMS *“Las intervenciones conductuales se centran en la corrección de las prácticas y los hábitos personales”*²⁵.

Un estudio realizado por Dobbins²⁶ sobre la eficacia de prácticas para la prevención del consumo de tabaco en establecimientos educacionales, asegura que la implementación de políticas públicas que incrementen los espacios libres de humo, el incremento de impuestos sobre los cigarrillos y la implementación de normas que regulen constantemente la publicidad antitabaco son factores muy importantes para prevenir el

consumo por parte de los jóvenes, lo que está en concordancia con las medidas de la OMS. Estas a su vez se deben apoyar con una serie de estrategias de prevención y promoción que sean accesibles y de fácil comprensión para los jóvenes. También se deja claro que intervenciones a corto plazo, si bien disminuyen los índices de consumo de tabaco en la población joven, este descenso es sólo temporal, no mayor a 3 años, y no se mantiene en el tiempo sin una intervención constante y duradera.

Las estrategias de prevención aplicadas en establecimientos educacionales se pueden clasificar en función de sus diseños metodológicos, duración de las intervenciones y el grupo objetivo en el que quieren intervenir, pudiendo así dividir las según sus enfoques teóricos en tres grandes grupos, las cuales son:

- De carácter informativo: Establecimientos que entregan información sobre las consecuencias y daños que provoca el consumo de tabaco a largo y corto plazo, información de las leyes sobre tabaco, y utilizan publicidad o afiches en el establecimiento⁸.
- Habilidades sociales: Son estrategias cognitivo-conductuales donde hay una instrucción, demostración, juego de roles, trabajando la toma de decisiones, manejo de stress y mejora de autoestima para evitar el consumo de tabaco⁸.
- Influencia social: consiste en dar información acerca de los efectos inmediatos del tabaquismo, fortalecimiento de una imagen positiva de las personas que no fuman y apoyo de pares para evitar que fumen. *“Propone identificar presiones socioculturales para fumar y favorecer el desarrollo de habilidades para resistir esta presión. Estas incluyen reconocer las situaciones de alto riesgo y las normas de consumo, las influencias de los medios de comunicación, amigos y familiares, la enseñanza de habilidades de rechazo y promoción de autoeficacia, y el compromiso público de no fumar”⁸.*

2.4. PAISES DEL MUNDO CON LOS ÍNDICES MAS BAJOS EN EL CONSUMO DE TABACO

Un estudio reciente expuesto por la OMS en Ginebra, el 18 de Marzo del 2015, en la “16° Conferencia Mundial Sobre Tabaco y Salud”, revela una disminución importante en el consumo de tabaco a nivel mundial, proyectando bajas bastante considerables en los fumadores mayores de 15 años, sin embargo, advierte que los Gobiernos deberán intensificar sus esfuerzos para cumplir la meta de reducir un 30%, este hábito, ya que por el momento solo 37 países se encontrarían en condiciones de lograr este objetivo para el 2025²⁷.

Según los resultados expuestos en el Atlas del Tabaco del año 2010, los países con menores índices de consumo de tabaco son Colombia, Perú, Bolivia, Ecuador, México, Zambia, Etiopia, India, Sudan, Nigeria, Zimbabue, los cuales se han mantenido con los menores índices desde el año 2000 al año 2014, con un consumo de tabaco no mayor a 499 cigarrillos por persona al año⁷.

En México, se realizan estrategias como “Escuela Segura” y “Escuela Saludable”, en los cuales se capacitan profesores, tanto de educación primaria como secundaria, en aspectos de prevención de adicciones. Asimismo, se incluyeron contenidos temáticos sobre ésta materia como parte de la asignatura de Biología, incluyendo énfasis en estrategias de prevención en niveles de educación superior²⁹. A su vez en Colombia rige una ley que establece la obligación de introducir en los establecimientos educacionales, información sobre las distintas consecuencias que trae consigo el tabaco.

“Artículo 8°. Programas educativos para evitar el consumo de tabaco y procurar el abandono del tabaquismo. Los menores de edad deberán recibir los conocimientos y asistencia institucional educativa bajo los principios de salud pública sobre los efectos nocivos del tabaquismo, la incidencia de enfermedades, la discapacidad prematura y la

mortalidad debida al consumo de tabaco y a la exposición del humo de tabaco, tanto de los fumadores activos como pasivos”³⁰.

Las estrategias aplicadas en estos países no son diferentes a las que se intentan introducir en nuestro país, aun así, los índices de consumo de tabaco en Chile se encuentran entre los más altos del Mundo.

2.5. REALIDAD EN CHILE

El país está viviendo cifras realmente alarmantes en relación al consumo de tabaco; al día mueren 45,7 personas por causa de esta droga y en el año 2010 fueron 16.701 personas las que murieron por causas atribuibles a ésta³¹. Además, Chile lleva la delantera a nivel mundial en el consumo de tabaco entre las mujeres de 13 y 15 años³², a pesar de haber tenido un descenso importante en esta última década, según el Décimo Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar de Chile del año 2013³³. El 40,6% de la población mayor a 15 años es fumadora habitual según la Encuesta Nacional de Salud 2009 – 2010³⁴.

Las cifras de consumo de tabaco son bastante desiguales cuando se observa el nivel educacional, donde se ve un consumo de 14,7 cigarrillos diarios en niveles educacionales bajos en comparación a 9 cigarrillos diarios en niveles educacionales altos. Si bien la prevalencia de consumo de tabaco es mayor en niveles educacionales altos, siendo de un 50,3% en comparación a un 25,6% en niveles educacionales bajos, la dependencia al tabaco, considerando dependencia el dejar transcurrir una hora o menos antes de fumar el primer cigarrillo del día, es completamente opuesta, teniendo un 24,2% en niveles educacionales altos en contraste a un 48,3% en niveles educacionales bajos³⁴.

De las seis medidas planteadas en el MPOWER, Chile brinda una protección rigurosa a las personas que no fuman, gracias a la nueva ley de tabaco, que establece la creación de

espacios libres de humo, lo cual es un gran éxito. En segunda instancia, ofrece servicios a través de la atención primaria de salud, con programas de cesación tabáquica y charlas educacionales para evitar el consumo por primera vez, pero esto sólo abarca a personas que visiten estos centros de salud y que sean beneficiarios de FONASA, por lo que todo individuo que no tenga necesidad de asistir no tendrá acceso a este servicio para abandonar el tabaco.

2.5.1. LEY

En Chile las leyes que regulan la fabricación, distribución, venta y consumo de tabaco son las leyes n° 19.419 y sus modificaciones, la n° 20.105 y la n°20.660³⁵.

A continuación, se explican algunos artículos importantes de la modificación de la ley, sobre el consumo de tabaco y la exposición de menores de edad a éste producto, en lugares públicos y establecimientos educacionales.

Artículo 4°: Refiere sobre la prohibición de publicidad sobre tabaco a menos de 300 metros de distancia de establecimientos educacionales y venta o exposición a productos de tabaco a menos de 100 metros de estos mismos.

Artículo 6°: Expresa que todo producto hecho con tabaco deberá tener una advertencia clara e irremovible sobre los daños, enfermedades o efectos del consumo, advertencia que será diseñada por el Ministerio de Salud.

Artículo 7°: Este artículo habla sobre la obligación de incorporar contenidos referentes al tabaco y sus daños en los planes y programas de estudio de los establecimientos educacionales.

Artículo 10: Expresa la prohibición del consumo de tabaco en lugares públicos, establecimientos educacionales, medios de transporte y lugares cerrados.

Junto a estas modificaciones Chile sigue incorporando y planteando nuevas reformas para disminuir los índices de consumo de tabaco.

2.5.2. PUBLICIDAD

En el país se establece la prohibición de publicidad que incentive al consumo de tabaco a través de las diferentes estrategias que ocupan las empresas tabacaleras para atraer al público joven³⁶. Esta medida está inserta fuertemente en el país, pues ya no es común observar ese tipo de publicidad. Aun así, se interviene por medio de advertencias, sobre los peligros que produce el consumir tabaco, dadas mayormente en las cajetillas de los mismos cigarrillos, lo que da a entender que para acceder a dicha advertencia se deberá comprar el producto, por ende, quedando excluidas de esta información las personas no fumadoras.

Está demostrado que la publicidad es un muy buen medio para influir y generar cambio en el comportamiento de las personas al entregar información de manera masiva y rápida, a pesar de esto, en Chile actualmente no se utiliza la publicidad como medio de prevención en el consumo de tabaco³⁶⁻³⁷.

2.5.3. IMPUESTOS

Está demostrado que subir el impuesto es una de las estrategias que ha generado mayor impacto sobre el consumo de tabaco³⁸⁻³⁹. En Chile existe esta medida y con ello se disminuye el número de consumidores, la cantidad de cigarrillos diarios, el inicio precoz de los jóvenes y además fomenta el cese de fumar, en este caso por un ámbito económico, siendo así menos susceptibles a retomar el hábito³⁸.

El impuesto establecido para el cigarrillo ha tenido un aumento considerable, el cual ha llegado a ser de 0,0000675 UTM (\$ 53) por cigarrillo en el año 2010 y 0,000128803 UTM (\$ 102) en el año 2012. Estas alzas ayudan significativamente a disminuir el consumo de tabaco y es una forma de aportar a la salud pública desde los impuestos³⁸.

*"La recaudación fiscal por tributos provenientes del tabaco –estimados en US\$ 1.500 millones promedio al año- no alcanza a cubrir ni siquiera los costos directos de las enfermedades atribuibles al consumo de tabaco en el sistema público de salud"*³⁸.

2.5.4. PROGRAMAS Y ESTRATEGIAS

En Chile se han realizado una serie de campañas para disminuir el consumo de tabaco a lo largo del país, como la creación de estrategias publicitarias de intervención, tales como "Clase sin Humo", llamada posteriormente "Elije no Fumar", e internacionales como "Déjalo y Gana". La capacitación de cerca de mil profesionales en prevención de enfermedades atribuibles al tabaco y fomento de hábitos de vida saludable en las salas ERA a lo largo de todo el país, ha sido uno de los avances en estos últimos años. Uno de los puntos más importantes en los cuales el gobierno ha actuado es en la modificación de la ley, obligando a los colegios a incorporar en sus temas de enseñanza el consumo de tabaco y sus efectos dañinos, ayudando a continuar con el descenso de la tasa de consumo por parte de menores de edad. El enfoque de la "Estrategia Nacional de Salud 2011- 2020", para los próximos años va dirigido a incorporarse aún más en la comunidad, recogiendo de mejor manera las inquietudes y demandas de ésta y concientizando sobre el cese del consumo de tabaco, también como en una mayor fiscalización de las tabacaleras y distribuidores de tabaco a lo largo del país⁹.

*"...en la perspectiva de implementar estrategias, se proponen 5 líneas de acción: (1) impulsar y gestionar políticas públicas; (2) fiscalización; (3) intervención escolar; (4) cesación de consumo; e (5) intervención comunitaria"*⁹.

La “Intervención Escolar” en el consumo de tabaco toma como directrices los siguientes puntos.

- Prevalencia del consumo de tabaco en el último mes en escolares de 8° básico.
- Orientaciones técnicas para la prevención del consumo de tabaco en menores de 14 años, revisadas y actualizadas cada 3 años.
- Porcentaje de establecimientos educacionales que participan en actividades de promoción para la prevención del consumo de tabaco por SEREMI (Secretaría Regional Ministerial).

Con estas líneas de acción se busca tener conocimiento de qué estrategias se están utilizando en los establecimientos educacionales y su eficiencia. Además, se busca proteger legalmente al menos el 90% de la población del país prohibiendo el consumo de tabaco en todos los lugares públicos y de trabajo, aumentando los impuestos a este producto impidiendo así precios bajos y, por lo tanto, fomentando un menor consumo⁹.

2.5.4.1. PREVENCIÓN EN LOS ESTABLECIMIENTOS EDUCACIONALES

El objetivo es aumentar los factores protectores y disminuir los factores de riesgo con el fin de evitar el consumo de drogas y alcohol en la población escolar⁴⁰.

Tabla N°1: Factores Protectores y de Riesgo.

Factores Protectores	Factores de Riesgo
Participación en deportes.	Tener padre o madre ausente.
Comunicación y confianza con los padres y/o tutores.	Tener padres, amigos o familiares que fumen, en especial un hermano o el mejor amigo.
Tener buen conocimiento del daño que el tabaquismo provoca a la salud.	Baja autoestima.
	Violencia intrafamiliar.

Fuente: Syndy C, Nery S. Factores de Riesgo y Protectores del Tabaquismo en Estudiantes de la Facultad Ciencias Médicas USAC, Guatemala. Horizonte Sanitario. Guatemala. 2014; 13(3): 224-225.

La Prevención en Establecimientos Educativos se compone de tres elementos:

- **Gestión Escolar Preventiva:** desarrollo de capacitaciones, asesoría y acompañamiento a los Cuerpos Directivos de los establecimientos educativos, donde se incluyen los contenidos preventivos institucionales, *“que incorporen adecuaciones en sus instrumentos normativos y/o en las prácticas habituales de su gestión Planes de Mejoramiento Educativo, Proyecto Educativo Institucional, Manual de Convivencia, entre otros”*⁴¹.
- **Involucramiento Escolar:** en la cual hay entrega de material de trabajo práctico (libros interactivos y con material audiovisual) para estudiantes y docente. Además, se realizan capacitaciones en *“temáticas preventivas propias de la gestión escolar preventiva, autocuidado y sentido de pertenencia, y tiene como fin el fortalecimiento de habilidades y conocimientos respecto de la prevención del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas”*⁴¹.
- **Vinculación con el medio social:** se busca conseguir lo anteriormente planteado mediante la implementación de estrategias y programas en los planes educativos⁴¹, como los que mencionaremos a continuación.

2.5.4.2. PROGRAMA A TIEMPO

El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA) cuenta con diversos programas para prevenir el consumo de drogas, incluido el tabaco, en los establecimientos educativos. Uno de ellos es “A Tiempo” el cual es un programa de prevención selectiva de SENDA, que busca ser una estrategia eficaz de detección precoz e intervención temprana del consumo de drogas y alcohol en estudiantes de 7° básico a 2° medio, incorporando el año 2015 los cursos de 3° y 4° medio⁴².

El objetivo principal del programa es aumentar los factores protectores y disminuir los factores de riesgo. Este programa se implementa al interior de los establecimientos educacionales, priorizando los insertos en zonas vulnerables, donde se identifica a los estudiantes que presenten factores de riesgo asociados al consumo de drogas, para prevenir o disminuir el riesgo y daño asociado a éste. Su ejecución es realizada por una dupla de profesionales que realizan acciones preventivas en dos grandes líneas, siendo la primera la Comunidad Educativa (docentes, cuerpos directivos, asistentes de la educación, padres, madres y apoderados), y una línea de mirada contextual con los estudiantes y familias⁴².

2.5.4.3. ESTRATEGIAS DE PARES EDUCADORES

La estrategia de pares educadores es una forma de prevención más cercana a los alumnos, ya que ésta viene de compañeros con semejante edad e intereses. La idea de esta estrategia es que los estudiantes realicen mensajes educativos en sus establecimientos educacionales, con el fin de respaldar conductas y estilos de vida saludables, los cuales serán más persuasivos ya que el material será con un lenguaje adecuado, para los alumnos del establecimiento y los mensajes utilizados serán relevantes y acordes a su realidad⁴³.

2.5.4.4. PROGRAMA TE ACOMPAÑO

El programa Te Acompaño está dirigido a jóvenes entre 10 y 19 años, dividiéndolos en dos fases, adolescencia temprana (10 a 14 años) y adolescencia tardía (15 a 19 años). Su población objetivo son principalmente estudiantes entre las edades señaladas que presenten factores de riesgo para el consumo de alcohol y drogas, incluido el tabaco⁴⁴⁻⁴⁵⁻

⁴⁶

Este programa utiliza un sistema de tutoría de mentores adultos, los cuales brindan apoyo al joven que podría estar en riesgo y se encuentran en una población vulnerable en relación a factores de riesgo y protección. El objetivo principal, es aumentar los *“factores protectores en estudiantes, con el fin de prevenir y evitar el consumo de alcohol y otras drogas”*⁴⁴.

Se implementa a través de los siguientes componentes: una mentoría, un taller de resolución de problemas sociales, actividades comunitarias y actividades familiares. A través de esto, se deben lograr fortalecer los factores protectores como el desarrollo de habilidades sociales, involucramiento familiar, manejo de información, vínculo con la comunidad y el vínculo con la escuela⁴⁴⁻⁴⁵⁻⁴⁶.

2.5.4.5. PROGRAMA CHILE PREVIENE EN LA ESCUELA

El propósito de este programa es disminuir las conductas de riesgo a través de dos estrategias principales, donde se abordan los distintos factores de riesgo y de protección en jóvenes que se encuentran en una situación vulnerable, estas estrategias son:

- Articular las ofertas de programas de promoción y prevención.
- Promover la generación de programas preventivos en donde se encuentren vacíos o deficiencias⁴⁷.

2.5.4.6. PROGRAMA INTERACTIVO

El programa Interactivo de prevención del consumo de drogas, incluido el tabaco, cuenta con una serie de videos que de manera didáctica explica los efectos que causan las distintas drogas, los cuales son:

- Fiesta ratona: *“¡Mira los cerebros con drogas! Cada droga de abuso tiene su propio mecanismo molecular. Aprenderás cómo estos diversos tipos de drogas perturban la sinapsis para que el consumidor se sienta “volado””*.
- Crea una neurona loca: *“Practica con el Dr. Dreinstein para convertirte en un aprendiz de científico loco al construir ¡tu propio circuito neuronal monstruoso!”*.
- Drogas de abuso: *“Conoce los efectos que las drogas de abuso provocan en tu organismo”*.
- Cruzando la brecha: *“Aprende cómo se comunican las neuronas”*⁴⁷.

2.5.4.7. CERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS EDUCACIONALES PREVENTIVOS

Lo que busca esta certificación es internalizar en sus establecimientos una cultura preventiva, en donde se reconozca la existencia de estrategias de prevención, que sirvan para lograr factores protectores contra el consumo de alcohol y drogas en niños/as y adolescentes. También debe haber estrategias de promoción para lograr estilos de vida saludables, convivencias entre escolares armónicas y colaborativas.

Para ingresar a este proceso se debe postular al Programa de Certificación llenando un formulario de inscripción, para éste puede postular cualquier establecimiento educacional ya sean municipalizados, particulares subvencionados o particulares pagados, pero no todos son aceptados ya que tiene una cantidad de cupos limitados. Se establece prioridad por orden de inscripción, quedando algunos en lista de espera. Una vez sido notificados los colegios que sí fueron aceptados para la certificación, estos deben declarar por medio de una Carta de Compromiso, su interés formal por continuar en el proceso de certificación. Posterior a esto el establecimiento debe realizar un autodiagnóstico, para identificar en qué nivel preventivo se encuentra y así, establecer y guiar sus metas para el Plan de Prevención.

2.6. FUNDACIÓN BELÉN EDUCA

A fines del siglo XX se evidencio en Chile un fuerte déficit de colegios en sectores marginales y paralelamente, el IX sínodo de la iglesia hacía un llamado urgente a crear colegios católicos en sectores de pobreza. A partir del año 2000 la FBE se constituyó como una organización de derecho civil sin fines de lucro, con dependencia del Arzobispado de Santiago, para construir, organizar y gestionar establecimientos educacionales particulares subvencionados. Y el año 2012 asume la administración de los cuatro colegios de la corporación Molokai.¹²

3. MATERIALES Y MÉTODO

3.1. TIPO DE ESTUDIO

Este estudio es de diseño observacional transversal descriptivo, ya que no se manipulan variables, se recolectaron datos en un solo momento, en un tiempo único y se realizó una descripción de los resultados.⁴⁹

3.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO Y MUESTRA

En la Fundación Belén Educa existen un total de 12 establecimientos educacionales, de los cuales 11 se ubican en la Región Metropolitana. Todos se encuentran insertos en zonas de riesgo social, con un porcentaje de vulnerabilidad sobre un 48% alcanzando índices sobre un 80% en 4 de ellos, donde está comprobado que existe un mayor riesgo de caer en el consumo temprano de tabaco¹⁰⁻¹².

El estudio es por conveniencia, debido a que la mayoría de los establecimientos se encuentran distribuidos en distintas comunas de la Región Metropolitana y todos pertenecen a la misma fundación, teniendo los mismos objetivos para su comunidad escolar. Además, FBE facilitó el contacto con sus establecimientos.

Los 11 establecimientos de la FBE ubicados en la Región Metropolitana son:

1. Colegio Cardenal Raúl Silva Henríquez ubicado en Av. Eyzaguirre 01811, Puente Alto.
2. Colegio Cardenal Carlos Oviedo Cavada ubicado en Av. Agua Santa 2800, Maipú.
3. Colegio Juan Francisco Fresno Larraín ubicado en Av. Sargento Menadier 2632, Puente Alto.
4. Colegio Cardenal María Caro ubicado en San Leandro 0368, La Pintana.
5. Colegio Arzobispo Crescente Errázuriz ubicado en Cabo de Hornos 1965, Puente Alto.
6. Colegio Arzobispo Manuel Vicuña ubicado en Jorge Canning 660, San Joaquín.
7. Colegio Juan Luis Undurraga Aninat ubicado en Las Violetas 785, Quilicura.
8. Colegio San Alberto Hurtado ubicado en Los Mares 8735, Pudahuel.
9. Colegio Lorenzo Sazie ubicado en Almirante Latorre 160, Santiago Centro.
10. Escuela Molokai ubicado en Av. Estados Unidos 1364, Cerro Navia.
11. Liceo Obispo Augusto Salinas ubicado en Av. Vicuña Mackenna 695, Santiago Centro.

3.2.1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA:

Los entrevistados fueron los directores de cada establecimiento educacional de la FBE de la Región Metropolitana o, en su ausencia, una persona que pertenezca al Cuerpo Directivo del establecimiento que maneje los conocimientos pertinentes a este estudio. Los directores ejercen liderazgo y administran el cambio al interior de un establecimiento educacional del cual están a cargo, según las necesidades o dificultades al interior de éste. Es por esto que están capacitados sobre distintos temas que sean pertinentes a favor de sus alumnos y comunidad escolar. Si bien la muestra son los establecimientos educacionales propiamente tal, los directores son los principales representantes de estos ¹²⁻⁵⁰.

3.2.2. RECLUTAMIENTO DE LOS PARTICIPANTES:

Para reclutar a los entrevistados, primero se buscó una cadena de establecimientos educacionales que estén localizados en sectores vulnerables. Esta búsqueda nos llevó a seleccionar los establecimientos pertenecientes a la FBE.

El contacto con la Fundación se realizó mediante el envío de un correo electrónico explicando en términos generales la idea de la investigación, solicitando la autorización para realizar el estudio en sus establecimientos. Una vez obtenida la autorización se procedió, en primera instancia, a contactar a los Cuerpos Directivos de cada establecimiento educacional a través de vía telefónica y correo electrónico. En los establecimientos donde no se obtuvo respuesta por estos medios, se acudió de manera presencial para así programar la entrevista. Una vez ya programadas las citas, se asistió en el día y hora acordada.

Fueron entrevistados 10 de los 11 establecimientos. Uno de ellos no pudo ser encuestado debido a la ausencia de un integrante del Cuerpo Directivo disponible, en cada una de las tres visitas realizadas. La encuesta fue aplicada luego de la firma y aceptación del consentimiento informado.

3.3. PRINCIPIOS BIOÉTICOS

Este estudio no vulnera ninguno de los tres principios bioéticos, los cuales son:

- **Respeto:** No se falta el respeto de ninguna forma debido a que no hay juicio de valor que afecte el bien de la Fundación, establecimientos educacionales y quienes lo integran. Al ser una encuesta anónima y voluntaria no se disminuirá la autonomía de cada persona que participe en este estudio, permitiendo así que ésta entienda de que trata el estudio y quiera contribuir al desarrollo de éste por su propia voluntad.
- **Beneficencia:** No se conoce ninguna causa de que una encuesta provoque algún daño físico o mental en los entrevistados. El único riesgo que podría presentarse es el mal entendimiento de una pregunta, lo que podría conllevar a un resultado erróneo o en el peor de los casos que la persona encuestada se sienta ofendida, lo cual es muy poco probable debido a que la encuesta cuenta con preguntas claras y previamente aprobadas por el Comité de Ética de la Universidad Andrés Bello.
- **Justicia:** La selección de los establecimientos educacionales no fue por conveniencia personal y la evaluación se realizó en cada uno de ellos, por lo cual no existe discriminación alguna. Los resultados obtenidos estarán a disposición de cada uno de los establecimientos que participaron del estudio.

3.4. MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se asistió a cada establecimiento solicitando primero la lectura y firma del consentimiento informado (ANEXO 01), previamente aprobado por del Comité de Ética de la Universidad Andrés Bello sede Casona Las Condes. Posterior a la firma del consentimiento informado se procedió a realizar las preguntas pertenecientes a la encuesta, que fueron contestadas en un período de tiempo de una hora como máximo, donde se estipuló una duración de 20 minutos para explicar el estudio y lo que se

realizaría posteriormente con los resultados, 20 minutos para que el entrevistado leyera el consentimiento informado y pudiese realizar preguntas al respecto, y finalmente 20 minutos para contestar la encuesta. Para esto se tuvo un plazo de tres meses, donde se incluyó tanto la necesidad de agendar nuevas visitas, como la resolución de lo anteriormente planteado.

3.5. ENCUESTA

La encuesta (ver ANEXO 02), validada por el comité de ética de la Universidad Andrés Bello Sede Casona Las Condes, consistió en la realización de preguntas cerradas, para obtener la siguiente información:

- Conocimiento sobre estrategias de prevención de tabaquismo, disponible para los establecimientos educacionales, propuestas por el Gobierno y sus Ministerios.
- Tipos de estrategias aplicadas.
- Tiempo que se lleva aplicando las estrategias.

Con estas preguntas se extrajo información del tipo de prevención de consumo de tabaco y la forma en que los establecimientos de la Fundación Belén Educa imparten dichas estrategias.

Luego de realizar cada encuesta, ésta fue guardada en un sobre sellado y transportado directamente por Fabián Esteban Martínez Gómez y Romina Paz Valenzuela Ciorino al casillero 61, ubicado en edificio C-5 de la sede Casona Las Condes de la Universidad Andrés Bello, ubicada en Fernández Concha 700 Santiago, y almacenado bajo llave. Solo tuvieron acceso a la encuesta los integrantes de esta investigación. La llave fue guardada por Romina Paz Valenzuela Ciorino.

La publicación de los datos obtenidos sólo se hizo en esta investigación, de manera completamente anónima, donde no existieron datos individuales de los establecimientos educacionales y de quienes conforman el establecimiento, sino que se pusieron números

de folio a cada encuesta realizada, para proteger los datos recopilados en los establecimientos educacionales.

3.6. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

3.6.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Integrantes del Cuerpo Directivo de los establecimientos educacionales pertenecientes a la Fundación Belén Educa de la Región Metropolitana de Chile.

3.6.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Cualquier Director que de manera reiterada cambie la fecha o no se encuentre al momento de la entrevista (con un máximo de tres veces).
- Establecimientos educacionales con director de reemplazo sin manejo de la información pertinente.

3.7. VARIABLES

Tabla N°2: Variables

Variables	Definición	Unidad de medida
Enfoques teórico	Categorías de las estrategias de prevención y/o intervención.	Informativo, habilidades sociales, influencia social.
Tiempo de aplicación	Tiempo que llevan aplicando las estrategias.	Meses, años.
Cuerpo Directivo	Conjunto de personas que se encuentran a cargo de la dirección de un establecimiento educacional.	Disponible, No disponible

Fuente: Tabla creada por Martínez, Merino, Silva, Valenzuela. 2015.

3.8. VIABILIDAD

Se contó con dos años para realizar este estudio, en estos dos años se gastaron \$38.955.- que al repartirlo entre los cuatro integrantes da un gasto de \$9.739.- por cada uno, no se necesitó de una infraestructura en especial, ya que la encuesta se realizó en cada establecimiento educacional y no se requirió de externos al grupo para la realización de esta investigación. Por todo lo mencionado anteriormente este estudio fue viable.

3.9. MATERIALES

Fueron necesarios los siguientes materiales para la realización de la investigación:

- Computador marca Dell, número de serie: 00194-393-352-985, Windows 7 Home Premium procesador.
- 1 Cuaderno marca Torre.
- 5 lápices Bic.
- Programa R-3.2.2.
- Programa SPSS 20.
- Impresora marca Xerox.
- 1 Resma tamaño carta marca Equalit (para impresión de encuestas y consentimiento informado: 11 en total x 9 hojas = 99 hojas).
- Corchetera y corchetes marca Torre.
- Locomoción Colectiva.

3.9.1. RECURSOS HUMANOS

La realización de la encuesta, análisis de datos, obtención y recopilación de la información fue por medio de:

- 1 profesor guía de tesis.
- 4 alumnos responsables de esta investigación.

3.9.2. RECURSOS FINANCIEROS

Toda la implementación necesaria, el transporte correspondiente hacia los distintos establecimientos y los gastos en terreno, fueron financiados por medio de los integrantes de la investigación.

Tabla N°3: Recursos Financieros

Productos	Cantidad	Valores unitario	Valor Total
Lápiz Bic	5 unidades	\$240	\$1.200
Resma	01 paquetes	\$2.490	\$2.490
Impresiones	99 hojas	\$25	\$2.475
Locomoción Colectiva	132 pasajes (2 personas + 2 pasajes (ida y vuelta) + 33 viajes (3 veces por colegio máximo)	\$210	\$27.720
Corchetera	1 unidad	\$3700	\$3.700
Corchetes	1 caja de 2000 unidades	\$370	\$370
TOTAL			\$38.955

Fuente: Tabla creada por Martínez, Merino, Silva, Valenzuela. 2015.

4. ANÁLISIS DE DATOS Y RESULTADOS

La muestra considera a 10 colegios, los cuales se analizaron por ítem de cuestionario, y cada pregunta de forma independiente. En todos los casos, se consideró el porcentaje válido de respuesta, que representa los resultados del estudio, no equivalente a resultados poblacionales por el corto tamaño muestral y sin ser representativos de la realidad en Chile.

Cada porcentaje obtenido, es acompañado de forma descriptiva con un gráfico de barras agrupadas, que representa el total de la pregunta en forma de variable.

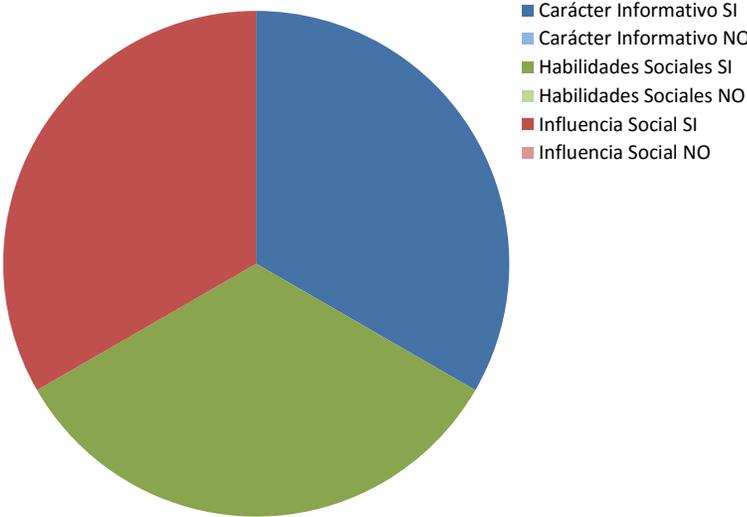
El análisis de este estudio se realizó por medio del software SPSS 20.

Los datos son representados por gráficos de barras debido a que no hay continuidad entre cada variable, la relación entre cada variable se analizó con respecto a la moda y media calculada de cada una de ellas.

4.1. ÍTEM I: ESTRATEGIAS IMPLEMENTADAS

Para el primer ítem se obtuvo que, el total de la muestra implementa estrategias para la prevención y/o intervención en el consumo temprano de tabaco en jóvenes, en los tres enfoques teóricos; carácter informativo, habilidades sociales e influencia social.

Grafico N° 1: Estrategias Implementadas por los Establecimientos Educativos.



Fuente: SPSS 2.0. Martínez, Merino, Silva, Valenzuela. 2015.

4.2. ÍTEM II: TIEMPO DE EJECUCIÓN

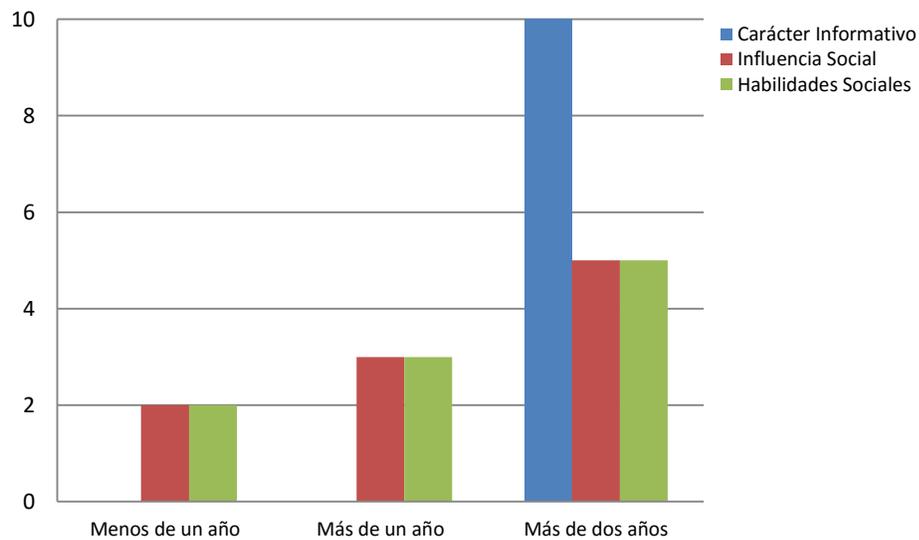
El segundo ítem considera el tiempo que llevan aplicando las estrategias anteriores. La siguiente tabla muestra los porcentajes para cada categoría.

Tabla N°4: Tiempo de Ejecución de los Enfoques Teóricos.

	Menos de 6 meses	Menos de un año	Más de un año	Más de dos años	No Aplica
Carácter Informativo	0%	0%	0%	100%	0%
Influencia Social	0%	20%	30%	50%	0%
Habilidades Sociales	0%	20%	30%	50%	0%

Fuente: Martínez, Merino, Silva, Valenzuela. 2015.

Grafico N°2: Tiempo de Ejecución de los Enfoques Teóricos.



Fuente: SPSS 2.0. Martínez, Merino, Silva, Valenzuela. 2015.

Notar que la mitad de los establecimientos lleva más de dos años ejecutando estrategias de influencia social y habilidades sociales. Por otra parte, se observó que todos los establecimientos ejecutan las de carácter informativo hace más de dos años. Al analizar cada variable, los cinco establecimientos que imparten estrategias de habilidades sociales hace más de dos años, son los mismos cinco que realizan de Influencia social hace más de dos años.

4.3. ÍTEM III: CARÁCTER INFORMATIVO

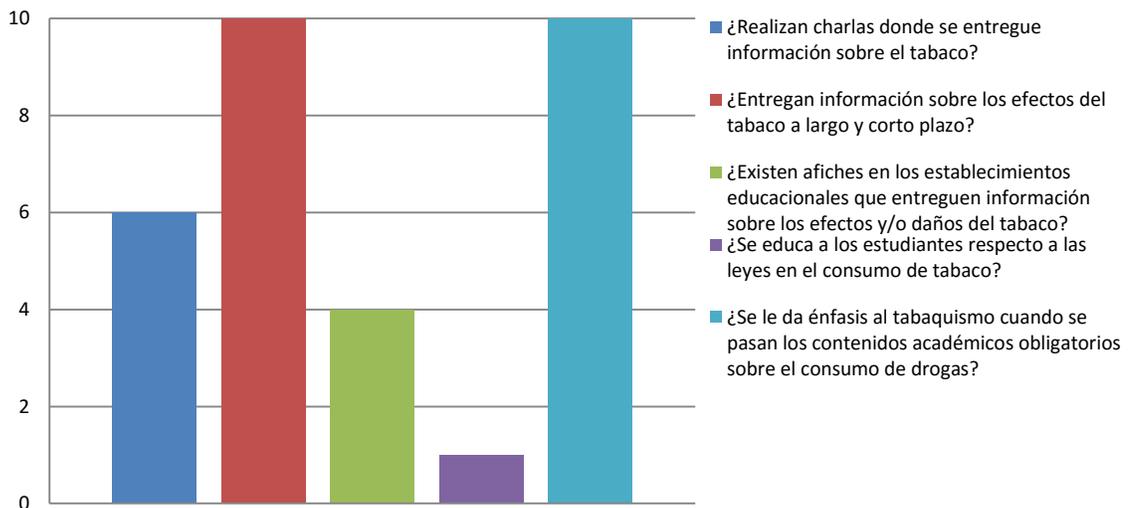
En este ítem se exponen las respuestas obtenidas sobre las estrategias de carácter informativo.

Tabla N°5: Aplicación de Estrategias de Carácter Informativo.

	Si	No
¿Realizan charlas donde se entregue información sobre el tabaco?	60%	40%
¿Entregan información sobre los efectos del tabaco a largo y corto plazo?	100%	0%
¿Existen afiches en los establecimientos educacionales que entreguen información sobre los efectos y/o daños del tabaco?	40%	60%
¿Se educa a los estudiantes respecto a las leyes en el consumo de tabaco?	10%	90%
¿Se le da énfasis al tabaquismo cuando se pasan los contenidos académicos obligatorios sobre el consumo de drogas?	100%	0%
TOTAL	62%	38%

Fuente: Martínez, Merino, Silva, Valenzuela. 2015.

Grafico N°3: Aplicación de Estrategias de Carácter Informativo.



Fuente: SPSS 2.0. Martínez, Merino, Silva, Valenzuela. 2015.

Notar que la entrega de información sobre los efectos del tabaco, junto con el énfasis al tabaquismo en los contenidos académicos, son abarcados por toda la muestra, mientras que educar a los estudiantes respecto a las leyes en el consumo de tabaco sólo es

ejecutado por un establecimiento. El establecimiento educacional que entrega información sobre las leyes de consumo de tabaco aplica en su totalidad las demás estrategias.

Finalmente, notar que el total de la muestra cumple con alguna estrategia, pero se considera que los colegios cubren el 62% de las estrategias propuestas.

4.4. ÍTEM IV: HABILIDADES SOCIALES

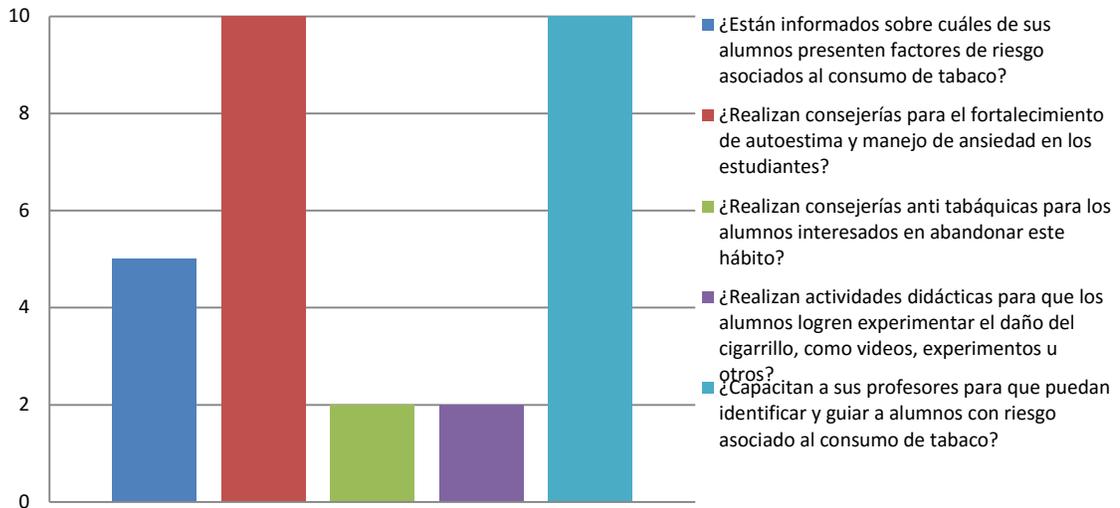
Al consultar sobre las estrategias de habilidades sociales, se obtuvieron las siguientes respuestas.

Tabla N°6: Aplicación de Estrategias de Habilidades Social.

	SI	NO
¿Están informados sobre cuáles de sus alumnos presenten factores de riesgo asociados al consumo de tabaco?	50%	50%
¿Realizan consejerías para el fortalecimiento de autoestima y manejo de ansiedad en los estudiantes?	100%	0%
¿Realizan consejerías anti tabáquicas para los alumnos interesados en abandonar este hábito?	20%	80%
¿Realizan actividades didácticas para que los alumnos logren experimentar el daño del cigarrillo, como videos, experimentos u otros?	20%	80%
¿Capacitan a sus profesores para que puedan identificar y guiar a alumnos con riesgo asociado al consumo de tabaco?	100%	0%
TOTAL	58%	42%

Fuente: Martínez, Merino, Silva, Valenzuela. 2015.

Grafico N°4: Aplicación de Estrategias de Habilidades Social.



Fuente: SPSS 2.0. Martínez, Merino, Silva, Valenzuela. 2015.

Todos los establecimientos educacionales realizan consejerías para el fortalecimiento de autoestima y manejo de ansiedad en los estudiantes, además, capacitaciones a profesores vinculadas a la identificación y guía de alumnos con riesgo asociado al consumo de tabaco, a pesar de esto último, solo el 50% de los establecimientos, tiene conocimiento sobre cuáles de sus alumnos presentan riesgos ligados al tabaco. De este 50%, sólo el 20% realiza consejerías anti tabáquicas para los alumnos interesados en abandonar el hábito, y son los mismos establecimientos que realizan actividades didácticas para que los alumnos logren experimentar el daño del cigarrillo. Estos pertenecen también al 50% que lleva ejecutando estrategias de habilidades sociales hace más de dos años.

4.5. ÍTEM V: INFLUENCIA SOCIAL

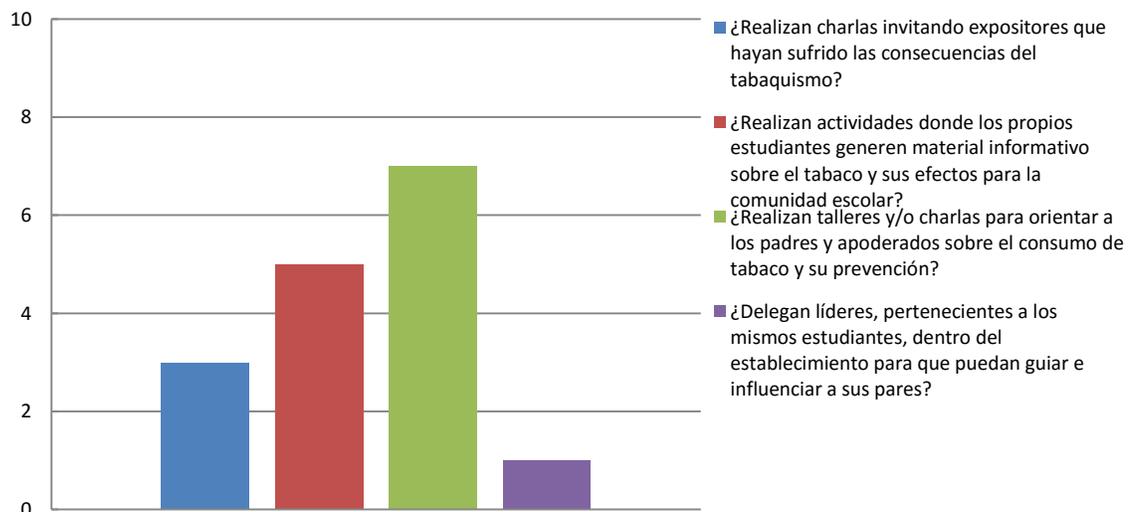
Finalmente, al comparar el tercer enfoque teórico relacionado a la influencia social, se realizaron cuatro preguntas, donde se obtuvieron los resultados en la siguiente tabla, mostrando resultados variados en las respuestas.

Tabla N°7: Aplicación de Estrategias de Influencia Social.

	SI	NO
¿Realizan charlas invitando expositores que hayan sufrido las consecuencias del tabaquismo?	30%	70%
¿Realizan actividades donde los propios estudiantes generen material informativo sobre el tabaco y sus efectos para la comunidad escolar?	50%	50%
¿Realizan talleres y/o charlas para orientar a los padres y apoderados sobre el consumo de tabaco y su prevención?	70%	30%
¿Delegan líderes, pertenecientes a los mismos estudiantes, dentro del establecimiento para que puedan guiar e influenciar a sus pares?	10%	90%
TOTAL	32%	68%

Fuente: Martínez, Merino, Silva, Valenzuela. 2015.

Grafico N°4: Aplicación de Estrategias de Influencia Social.



Fuente: SPSS 2.0. Martínez, Merino, Silva, Valenzuela. 2015.

Sólo el 10% delega líderes para guiar e influenciar a los pares, ese mismo establecimiento, realiza actividades donde los propios estudiantes generan material informativo y que realiza talleres y/o charlas para orientar a padres y apoderados, pero no realiza charlas invitando expositores.

4.6. ÍTEM VI: ESTRATEGIAS RECOMENDADAS POR EL GOBIERNO Y MINISTERIOS

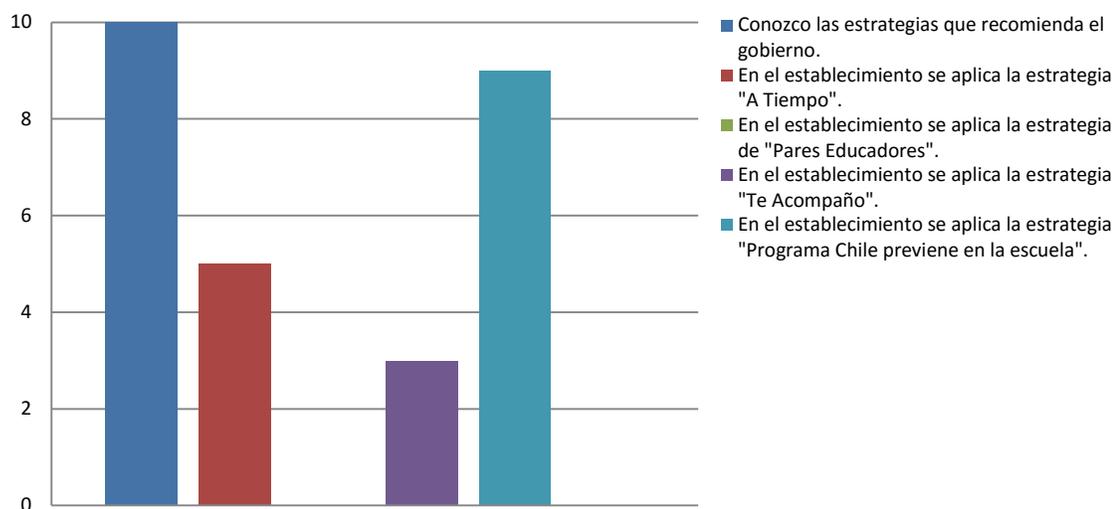
En cuanto a las Estrategias recomendadas por el Gobierno y sus Ministerios, se obtuvieron los siguientes resultados.

Tabla N°8: Conocimiento de Estrategias Recomendadas por el Gobierno y Ministerios.

	SI	NO
Conozco las estrategias que recomienda el gobierno.	100%	0%
En el establecimiento se aplica la estrategia "A Tiempo".	50%	50%
En el establecimiento se aplica la estrategia de "Pares Educadores".	0%	100%
En el establecimiento se aplica la estrategia "Te Acompaño".	30%	70%
En el establecimiento se aplica la estrategia "Programa Chile previene en la escuela".	90%	10%
En el establecimiento se aplica la estrategia "Programa Interactivo".	0%	100%
TOTAL	46%	54%

Fuente: Martínez, Merino, Silva, Valenzuela. 2015.

Grafico N°5: Conocimiento de Estrategias Recomendadas por el Gobierno y Ministerios.



Fuente: SPSS 2.0. Martínez, Merino, Silva, Valenzuela. 2015.

Se desprende de la muestra que todos los colegios dicen conocer las estrategias que recomienda el Gobierno, sin embargo no las aplican todas. En el caso de las estrategias “Pares Educadores” y “Programa Interactivo”, ningún establecimiento señaló realizarlas, mientras que el 90% de ellos sí aplicaba el programa Chile Previene En La Escuela.

4.7. ÍTEM VII: CERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS EDUCACIONALES PREVENTIVOS

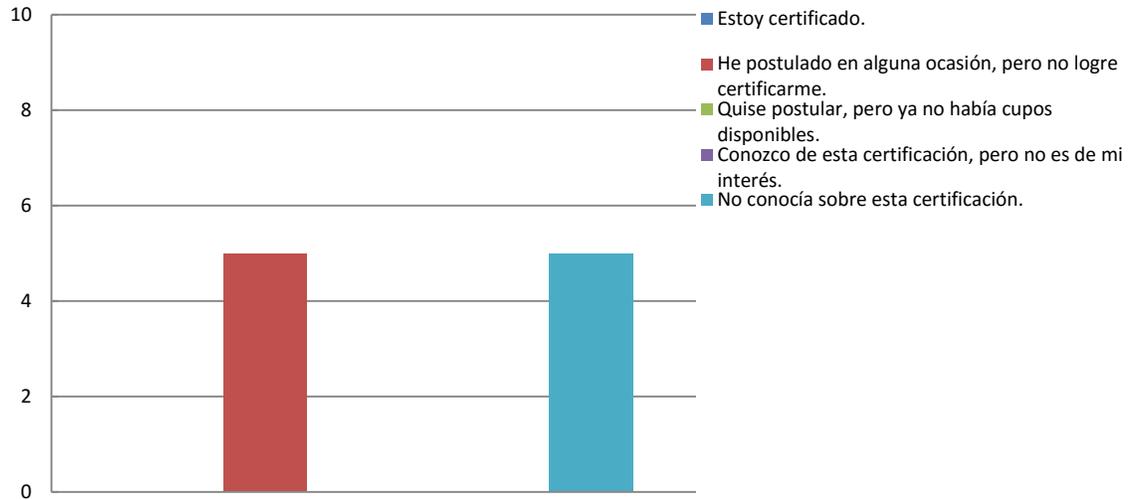
Finalmente, se consultó sobre la certificación en los establecimientos educacionales.

Tabla N°9: Certificación de Establecimientos Educacionales.

	SI	NO
Estoy certificado.	0,0%	100,0%
He postulado en alguna ocasión, pero no logre certificarme.	50,0%	50,0%
Quise postular, pero ya no había cupos disponibles.	0,0%	100,0%
Conozco de esta certificación, pero no es de mi interés.	0,0%	100,0%
No conocía sobre esta certificación.	50,0%	50,0%

Fuente: Martínez, Merino, Silva, Valenzuela. 2015.

Grafico N°6: Certificación de Establecimientos Educativos.



Fuente: SPSS 2.0. Martínez, Merino, Silva, Valenzuela. 2015.

Se observa que ningún establecimiento está certificado, pero la mitad de ellos intentó postular a la certificación, mientras que el otro 50% que no lo intentó, coinciden en que no tienen conocimiento sobre la certificación.

5. DISCUSIÓN

Este estudio surgió, por la necesidad de conocer las distintas estrategias que se están implementando hoy en Chile, sobre prevención y/o intervención de consumo de tabaco en jóvenes, debido a la falta de información y poca transparencia que hay sobre el tema y la relevancia para la salud pública chilena. Para esto, nos basamos en la realidad de los establecimientos de la Fundación Belén Educa, porque representan adecuadamente la realidad de los establecimientos educacionales vulnerables de nuestro país.

Chile tiene poco control sobre la prevención, cesación y consumo temprano de tabaco en jóvenes de 13 a 15 años, donde debería darse un mayor énfasis, ya que es en ese rango etario donde se concentra el mayor número de iniciaciones en este hábito y uno de los más altos índices a nivel mundial⁷.

Los países con los más bajos índices de consumo de tabaco en el mundo ocupan estrategias con la misma orientación que las planteadas en nuestro país, aun así los índices de consumo de tabaco en Chile se encuentran entre los más altos del Mundo, dando a entender que si bien lo que se plantea por parte del Gobierno es apropiado, la aplicación de estas estrategias podría estar débil. Precisamente, es este punto el que nuestra investigación pretende observar, con el fin de obtener respuestas iniciales o preliminares respecto a lo que está ocurriendo con este trascendental tema. De hecho, en la recolección de datos nos encontramos con poca disposición por parte de los establecimientos educacionales, al momento de agendar reuniones para aplicar las encuestas necesarias. Gran parte de los encuestados refirieron que, si bien el tabaco es un problema presente en la mayoría de sus estudiantes, no le dan mucha importancia en comparación con otras problemáticas como, embarazo adolescente y consumo de drogas duras. Sin otorgarle el peso correspondiente al consumo de tabaco, desconociendo las distintas consecuencias que puede traer consigo a futuro el consumo en edades tempranas, siendo una droga de muy fácil acceso.

Respecto a nuestros resultados, todos los establecimientos utilizan estrategias de carácter informativo hace más de dos años, y solo la mitad de ellos utilizan los tres tipos de enfoques teóricos recomendados hace más de dos años. Si bien el 100% utiliza estrategias de carácter informativo, cabe destacar que dentro de ellas, se consideran los contenidos de información obligatoria, establecidos por el MINEDUC, en los textos de estudio de cada estudiante, lo que permite que todos cumplan con esta categoría. Pero, se observa también, que el uso de otro tipo de estrategias de tipo informativo es bastante más débil, como es el caso de la entrega de información sobre las leyes de consumo de tabaco, donde solo un establecimiento manifiesta entregarla.

El aprendizaje a través de la entrega de información no se produce de manera instantánea, por el contrario, es un proceso bastante largo y que además requiere de la motivación del alumnado para aprender. Solo se podría consolidar si es abordada de manera repetitiva, o de lo contrario, la información entregada puede ser olvidada con el tiempo y puede ser difícil recuperarla en un futuro⁵¹⁻⁵².

Debido a esto, éste tipo de estrategia es la menos efectiva, ya que sugiere que la entrega de información no asegura que los alumnos puedan tener un conocimiento real, sobre los daños que puede provocar el consumo de tabaco, sino que se necesita que esta estrategia esté acompañada por medios más interactivos, que permitan una mayor internalización del conocimiento en los jóvenes estudiantes, provocando la perduración de éste en el tiempo, entregando herramientas esenciales para decisiones futuras con lo que respecta a este hábito⁵¹⁻⁵².

En el uso de estrategias de influencia social, se puede apreciar que la mayoría de los establecimientos realizan talleres y/o charlas para orientar a los padres y apoderados, sobre consumo de tabaco y su prevención (70%), en este punto se extrajo como comentario por parte de los establecimientos que la poca concurrencia y continuidad a estos por parte de los apoderados, podría provocar en un futuro el cese de estas estrategias. Este último punto podría estar relacionado al cese de la realización de consejerías anti tabáquicas a los alumnos, donde solo un 20% de los establecimientos las

realiza, probablemente por no percibir interés y asistencia de los mismos alumnos. Si tomamos en cuenta que, varios de los establecimientos no consideran tan relevante el tabaco, es probable que por esta razón no logren generar un gran interés en los alumnos y posteriormente en los apoderados, donde terminan dejando de realizar estas actividades, cuando deberían buscar nuevas estrategias para captar su atención. Otra de las razones, que podría afectar la influencia sobre los alumnos sería el consumo de tabaco, por parte de los mismos profesores, debido a la estrecha relación entre ellos y sus alumnos, lo cual sería importante estudiar en futuras investigaciones, observando si existe una relación, entre el consumo de tabaco en profesores y el de sus alumnos, donde podría observarse que quizás el nivel de credibilidad o incidencia de un profesor fumador, es menor al de uno que no lo es.

Si bien, todos los establecimientos capacitan a sus profesores, en la detección de factores de riesgo en consumo de tabaco, solo la mitad de ellos sabe cuáles de sus alumnos presentan estas características, lo cual nos da a entender, que probablemente en la mitad de los establecimientos, no se da importancia a esta herramienta entregada a sus profesores. Sería interesante indagar en el futuro sobre este tema. También es importante destacar, que como se mencionó anteriormente, solo dos establecimientos realizan intervenciones anti tabáquicas en sus alumnos, por lo cual, si bien la mitad de los establecimientos sabe cuáles de sus alumnos presentan este hábito, no se preocupan en su totalidad por intervenir y disminuir el consumo.

A pesar de la amplia evidencia que comprueba que las estrategias de intervención aplicadas a corto plazo, son poco efectivas, en mantener el cese de consumo a largo plazo, no existe información accesible, que exponga las razones del Gobierno y Ministerios pertinentes al tema, para que sigan eligiendo estas estrategias por sobre otras, mucho mejor validadas en cuanto a resultados⁸⁻⁵³.

En base a la delegación de líderes perteneciente a los estudiantes, inferimos que, si bien es una de las estrategias con mejores resultados, es el área más difícil de llevar a cabo, debido a que, los líderes pertenecerían a estudiantes en el mismo rango etario que los

demás y es complicado ejercer un liderazgo de vida sana sobre los pares. Por lo general los jóvenes dan más valor a quienes presentan conductas que reflejan mayor independencia, así como a quienes toman decisiones que impliquen realizar actividades sin consentimiento de un adulto, por ejemplo, a quienes participan de actividades ilegales o prohibidas para su edad, como lo es fumar o beber alcohol. Esto, dado que en la adolescencia se busca el desarrollo de una identidad propia y de una mayor libertad de acción, de modo que quienes logran liberarse de las presiones impuestas por los adultos, son vistos como más maduros y exitosos en su búsqueda ⁸⁻⁵³.

La investigación se basó principalmente en información obtenida de las páginas oficiales del Gobierno de Chile (MINSAL, MINEDUC, SENDA), donde nos pudimos percatar de que la información es fluctuante en períodos cortos de tiempo, teniendo acceso a solo parte de ella, la cual luego es modificada, sin encontrar rastros de lo anteriormente publicado, más que menciones y enlaces rotos de otras fuentes. Debido a esto, se ha producido confusión en los establecimientos educacionales sobre que se debe realizar, o que tipo de material tienen a su alcance, por parte del Gobierno y sus Ministerios, para la prevención y/o intervención temprana. Esto se traduce en una falta de conocimiento, adhesión y continuidad en la implementación de las estrategias planteadas, para estos propósitos. Si bien, todos los establecimientos tienen conocimiento de la existencia de estrategias que entrega el Gobierno, nos comentaron no conocer todas las mencionadas en la encuesta, lo que podría asociarse con lo anteriormente mencionado.

Con respecto a la certificación de establecimientos educacionales preventivos, se observa que ningún establecimiento se encuentra certificado y que solo el 50% de ellos tiene conocimiento sobre esta certificación. Si bien, el objetivo de esta es incentivar la mejora y mantención en la prevención de los establecimientos, buscando también la participación de todos ellos en el proceso, este punto no se estaría logrando, probablemente debido a que el Gobierno no realiza la publicidad e incentivación pertinente en los establecimientos.

Finalmente, sería positivo en un futuro contar, con los resultados que se han conseguido en la aplicación de las estrategias planteadas por el Gobierno y sus Ministerios, además de exponer y comparar los resultados que se obtienen tanto en establecimientos educacionales, públicos como privados y en situación de vulnerabilidad. También, es importante contrastar la percepción que tienen los establecimientos educacionales, en relación a la de los Ministerios, sobre la entrega de información y herramientas para prevención e intervención, producto de esta información tan fluctuante presente tanto en las páginas oficiales de los Ministerios, como en las sedes de estos mismos.

Si se observan las tasas de consumo de tabaco en los últimos años, el índice general ha ido disminuyendo, pero aun así, la edad de inicio es cada vez más temprana, por lo cual, es de vital importancia enfocar la prevención e intervención en los jóvenes. La manera más eficiente para actuar en este grupo etario, es desde los establecimientos educacionales. Para esto, es imperativo conocer las estrategias que se realizan en ellos y así, trabajar en reforzar y mejorar los puntos débiles, presentes en cada establecimiento.

Por todo lo señalado anteriormente, nuestro estudio sirve como punto de inicio, en este diagnóstico, sobre las estrategias que se realizan en los establecimientos educacionales, evidenciando el nivel de conocimiento que cada uno tiene y cuan compenetrados se encuentran el Gobierno y sus Ministerios en estas actividades.

6. IMPORTANCIA PARA LA KINESIOLOGÍA

La mayor causa de muerte, discapacidad y consulta en servicios de urgencia, es por enfermedades respiratorias, multisistémicas y cardiovasculares, producto del consumo de tabaco⁵³. El nivel de discapacidad producido por estas enfermedades, afecta la calidad de vida de diversas maneras, causando limitaciones físicas, restricciones personales y sociales, lo que es totalmente evitable⁵⁴.

Como kinesiólogos, tenemos un rol fundamental en la prevención. Nuestro contacto estrecho con las personas, nos permite generar acciones de educación, sobre la importancia de una vida sana, generando conciencia y apoyando la modificación de estilos de vida dañinos, para evitar o disminuir las graves consecuencias personales, familiares y sociales que ellos conllevan.

Como kinesiólogos, podríamos gestionar una correcta aplicación de las intervenciones, en consumo de tabaco a nivel escolar y reforzar en el nivel primario, las estrategias del país, para disminuir en un futuro todo el daño personal y social que el tabaco produce.

Incluso, siendo visionarios, kinesiólogos adecuadamente capacitados podrían formar parte de equipos, encargados de prevención dentro de Ministerios donde, luego de un adecuado levantamiento de información, respecto a la situación del tabaquismo y las estrategias implementadas en los establecimientos educacionales, podrían optimizar el trabajo en este sentido con una mirada a largo plazo, contribuyendo a la salud pública de Chile.

7. CONCLUSIÓN

Finalmente, se evidenció un desconocimiento por parte de los establecimientos educacionales, sobre todas las estrategias que pone a disposición el Gobierno. Se dio a conocer, que el programa más utilizado por parte de los establecimientos es “Chile Previene en la Escuela”, el cual es muy general en los temas que abarca, ya que solo se preocupa de entregar propuestas de programas de promoción y prevención, no dando directrices claras de cómo combatir el consumo de tabaco.

Actualmente, podemos dar cuenta que el tipo de estrategias que están siendo implementadas, para prevenir y/o intervenir el consumo temprano de tabaco, en los distintos establecimientos educacionales, que pertenecen a la Fundación Belén Educa, encontrados en la Región Metropolitana de Chile, son basadas principalmente en solo un enfoque teórico, que sería el de carácter informativo, el cual es de fácil aplicación y tiene baja efectividad⁵⁰⁻⁵¹, no así en el caso de estrategias de enfoque de influencia social, la que tiene mejores resultados, pero a la vez es de mayor complejidad en su aplicación.

Como resultado, podemos decir que el estudio no es representativo de la realidad en Chile, debido al pequeño tamaño muestral, pero es una puerta de entrada a nuevos estudios en el tema, donde se abarque una muestra, que de claridad de la realidad en Chile. También, es bueno dejar en claro, que nuestro estudio probablemente no expone la realidad de la FBE en su totalidad, por la no participación de uno de los cuerpos directivos de los establecimientos educacionales, pero podría ayudar a corregir y mejorar sus deficiencias.

Finalizando, nuestro estudio responde a todas las preguntas de investigación planteadas, dejando en claro que existen una gran variedad de faltas, no en el tipo de estrategias que plantea el Gobierno, sino en la aplicación de éstas, donde es necesaria una mejor fiscalización en todo el procedimiento, además de entregar la información de manera clara y accesible, para futuros estudios.

8. REFERENCIAS

1. WHO: World Health Organization [Internet]. Switzerland: WHO; [citado el 7 de Julio del 2014]. Tabaco: Datos y Cifras. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/>
2. WHO: World Health Organization [Internet]. Switzerland: WHO; [citado el 19 de Julio del 2014]. Tema de Salud: Tabaquismo. Disponible en: <http://www.who.int/topics/tobacco/es/>
3. MINSAL: Ministerio de Salud [Internet]. Chile: Ministerio de Salud; [citado el 26 de Octubre del 2015]. Prevención del Consumo de Tabaco. Disponible en: <http://www.minsal.cl/prevencion-del-consumo-de-tabaco/>
4. Nebot M. Intervención en Tabaquismo en los Diferentes Ámbitos. Manual de Enfermería, Prevención y Rehabilitación Cardíaca. 2013; 51-64.
5. Pichón Riviere A, Bardach A, Caporelo J, et al. Carga de Enfermedad atribuible al Tabaquismo en Chile. Documento Técnico IECS N° 8. Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria. Argentina; Abril del 2014.
6. Acuña M. Programa Salud Cardiovascular: La Cesación del Consumo de Tabaco. Chile: Gobierno de Chile - Ministerio de Salud; 2003.
7. Warren C, Asma S, Lee J, Lea V, Mackay J. Global Tobacco Surveillance System: The GTSS Atlas. Atlanta USA. CDC Foundation, 2009.
8. Villarroel S, Iglesias V. Strengthening Tobacco Control in Adolescents: Review of Prevention Programs in Schools. Revista Chil Salud Pública. 2012; 16 (2): 172-180.

9. Ministerio de Salud. Estrategia Nacional de Salud: Metas 2011 - 2020. Chile: Gobierno de Chile; 2010.
10. Medina N, Das Graças M. Factores Protectores de las Familias para Prevenir el Consumo de Drogas en un Municipio de Colombia. Rev. Latino-am. Enfermagem. 2010; 18 (Spec): 504-512.
11. AEF: Asociación Española de Fundaciones [Internet]. España: [citado el 01 de Marzo del 2016]. Que Es Una Fundación. Disponible en: <http://www.fundaciones.org/es/que-es-fundacion>
12. Fundación Belén Educa [Internet]. Chile: [citado el 25 Julio del 2014]. Quienes Somos: Misión y Visión. Disponible en: <http://www.beleneduca.cl/index.php>
13. WHO: World Health Organization [Internet]. Switzerland: WHO; [citado el 23 de Julio del 2015]. Informe OMS sobre la Epidemia Mundial de Tabaquismo. Disponible en: <http://www.who.int/tobacco/mpower/2009/es/>
14. Lanaz F, Serón P. Rol del Tabaquismo en el Riesgo Cardiovascular Global. Rev. Med. Clin. Condes. 2012; 23(6) 699-705.
15. Frenk J, Ruelas E, Tapia R. Programa de Acción, Adicciones – Tabaquismo. Secretaría de Salud. 2001; 1: 23-24.
16. MINSAL: Ministerio de Salud [Internet]. Chile: Ministerio de Salud; [citado el 18 de Octubre del 2015]. Chile, El Peor de América. Disponible en: <http://www.serchile.cl/sitio/images/stories/consumotabaco.pdf>
17. Jiménez L, Bascarán M, García M, Sáiz P, Bousoño M, Bobes J. La Nicotina como Droga. Adicciones. 2004; 16 (2): 143-153.
18. Micó J, Moreno M, Boca A, Rojas M, Ortega A. Neurobiología de la Adicción a Nicotina. Prevención del Tabaquismo. 2000; 4 (2): 101-105.

19. WHO: World Health Organization [Internet]. Switzerland: WHO; [citado el 02 de Noviembre del 2015]. 10 Datos sobre la Epidemia de Tabaquismo y el Control Mundial del Tabaco. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/tobacco_epidemic/tobacco_epidemic_facts/es/
20. WHO: World Health Organization[Internet]. Switzerland: WHO; [citado el 1 de Julio del 2014]. MPOWER in Action: Defeating the Global Tobacco Epidemic. Disponible en: http://www.who.int/tobacco/mpower/publications/mpower_2013.pdf?ua=1
21. Calleja N. Tobacco Control Policies in Mexico and in the World. Enseñanza e Investigación en Psicología. 2011; 17(1): 83-99.
22. Rosso F, Najera M, Diaz N, Guerrero A. Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adolescentes: Informe Final. Ministerio de Salud; Simple Comunicación; 2008.
23. Araya M, Leal F, Huerta P, Fernández N, Fernández G, Millones J. Consumo de Tabaco y Uso del Consejo Médico Estructurado como Estrategia Preventiva del Tabaquismo en Médicos Chilenos. Rev. Med. Chile. 2012; 140 (3): 347-352.
24. UN.org: Organización de Naciones Unidas [Internet]. Departamento de Información Pública de las Naciones Unidas; [citado el 28 de Junio del 2014]. Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=1437#objectives>
25. WHO: World Health Organization [Internet]. Switzerland: WHO; [citado el 11 de Junio del 2014]. Biblioteca Eléctrica de Documentación Científica sobre Medidas Nutricionales (eLENA). Disponible en: <http://www.who.int/elena/intervention/es/>
26. Dobbins M, DeCorby K, Manske S, Goldblatt E. Effective practices for school-based tobacco use prevention. Preventive Medicine. 2008; 46 (4): 289-297.

27. UN.org: Organización de Naciones Unidas [Internet]. Departamento de Información Pública de las Naciones Unidas; [citado el 28 de Octubre del 2015]. OMS Destaca Disminución del Consumo de Tabaco a Nivel Mundial. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/News/story.asp?NewsID=31920#.Vj6SKtIvfMw/>
28. The Tobacco Atlas [Internet]. New York: World Lung Foundation; [citado el 02 de Noviembre del 2015]. Our Largest Objective is to Dramatically Reduce the Consumption of Combustible Cigarettes. Disponible en: <http://www.tobaccoatlas.org/topic/cigarette-use-globally/>
29. Córdova J, Tena C, Ortiz M, et al. Programa contra el Tabaquismo: Actualización 2011 – 2012. 1º Edición. México: CONADIC – Gobierno Federal; 2011.
30. UNODC: Descentraliza Drogas [Internet]. Colombia: Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito; [citado el 03 de Noviembre del 2015]. Ley 1335 de 2009 – Prevención Daños a la Salud de Menores de Edad. Disponible en: http://www.descentralizadrogas.gov.co//pdfs/politicas/nacionales/Ley_1335_de_2009-revencion_danos_a_la_salud_menores_edad.pdf
31. Departamento de Estadísticas e Información de Salud. Indicadores Básicos de Salud: Chile 2011. Chile: Ministerio de Salud; 2011.
32. Eriksen M, Mackay J, Schluger N, et al. The Tobacco Atlas. Atlanta USA. World Lung Foundation, 2012.
33. SENDA: Servicio Nacional Para la Prevención del Consumo de Drogas y Alcohol [Internet]. Chile: Ministerio del Interior y Seguridad Pública; [citado el 03 de Noviembre del 2015]. Decimo Estudio Nacional de Drogas en Población Nacional de Chile. Disponible en:

http://www.bibliodrogas.gob.cl/biblioteca/digitales/publico/DECIMO%20ESTUDIO%20NACIONAL%20ESCOLARES_2013.pdf

34. Pontificia Univ. Católica, Univ. Alberto Hurtado, Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009-2010. Tomo1. Chile: Gobierno de Chile; 2010.
35. BCN: Biblioteca del Congreso Nacional de Chile [Internet]. Chile: Creative Commons. [citado el 12 de Junio del 2014]. Disponible en: <http://www.bcn.cl/>
36. Esteo E. Campañas de Comunicación Masiva Antitabaco: Equilibrio entre Consumo, Salud e Intereses Económicos. Rev. Esp. Comun. Salud. España. 2013; 4(1): 65-71.
37. Rodriguez M. Advertising and Tobacco: Effects in Consume After the New Spanish Law Against Tobacco. Rev. Esp. Com. Salud. España. 2010; 1 (1): 23-29.
38. WHO: World Health Organization[Internet]. Switzerland: WHO; [citado el 2 de Julio del 2014]. Cuando suben los Impuestos del Tabaco, Disminuye el Consumo. Disponible en: http://www.who.int/tobacco/mpower/publications/sp_tfi_mpower_r.pdf
39. Valenzuela MT. Chile Libre de Tabaco: ¿Por qué subir los Impuestos al Tabaco en Chile?. Chile; Abril del 2014. [citado el 2 de Julio del 2014]. Disponible en: http://www.chilelibredetabaco.cl/wp-content/uploads/2014/05/Impuesto_al_tabaco_por_MTV_con_infografias.pdf
40. Cheesman S, Suarez N. Factores de Riesgo y Protectores del Tabaquismo en Estudiantes de la Facultad Ciencias Médicas USAC, Guatemala. Horizonte Sanitario. Guatemala. 2014; 13(3): 224-225.
41. SENDA: Servicio Nacional Para la Prevención del Consumo de Drogas y Alcohol [Internet]. Chile: Ministerio del Interior y Seguridad Pública; [citado el

03 de Noviembre del 2015]. Prevención en Establecimientos Educativos. Disponible en: http://www.senda.gob.cl/?page_id=1011

42. SENDA: Servicio Nacional Para la Prevención del Consumo de Drogas y Alcohol [Internet]. Chile: Ministerio del Interior y Seguridad Pública; [citado el 03 de Noviembre del 2015]. SENDA Capacita a Profesionales del Programa Preventivo Actuar a Tiempo. Disponible en: <http://www.senda.gob.cl/senda-en-terreno/send-capacita-a-profesionales-del-programa-preventivo-actuar-a-tiempo/>
43. SENDA: Servicio Nacional Para la Prevención del Consumo de Drogas y Alcohol [Internet]. Chile: Ministerio del Interior y Seguridad Pública; [citado el 03 de Noviembre del 2015]. Treintena de Estudiantes son Ahora Pares Educadores. Disponible en: <http://www.senda.gob.cl/?blogs=treintena-de-estudiantes-son-ahora-pares-educadores>
44. SENDA: Servicio Nacional Para la Prevención del Consumo de Drogas y Alcohol [Internet]. Chile: Ministerio del Interior y Seguridad Pública; [citado el 04 de Noviembre del 2015]. Programa “Te Acompaño”. Disponible en: http://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2012/05/teacompano_descripcion.pdf
45. SENDA: Servicio Nacional Para la Prevención del Consumo de Drogas y Alcohol [Internet]. Chile: Ministerio del Interior y Seguridad Pública; [citado el 04 de Noviembre del 2015]. Programa Voluntario Te Acompaño. Disponible en: <http://www.senama.cl/TeAcompaño.html>
46. SENDA: Servicio Nacional Para la Prevención del Consumo de Drogas y Alcohol [Internet]. Chile: Ministerio del Interior y Seguridad Pública; [citado el 04 de Noviembre del 2015]. Programa Te Acompaño Duplicara su cobertura en 2015. Disponible en: <http://www.senda.gob.cl/?p=17379>

47. SENDA: Servicio Nacional Para la Prevención del Consumo de Drogas y Alcohol [Internet]. Chile: Ministerio del Interior y Seguridad Pública; [citado el 12 de Marzo del 2015]. Nuevo Egreso Celebra el Programa Chile Previene en la Escuela. Disponible en: <http://www.senda.gob.cl/senda-en-terreno/nuevo-egreso-celebra-programa-chile-previene-en-la-escuela/>
48. SENDA: Servicio Nacional Para la Prevención del Consumo de Drogas y Alcohol [Internet]. Chile: Ministerio del Interior y Seguridad Pública; [citado el 12 de Marzo del 2015]. SENDA Realiza Actividad Interactiva con Estudiantes de Paillaco. Disponible en: <http://www.senda.gob.cl/?blogs=senda-realiza-actividad-interactiva-con-estudiantes-de-paillaco>
49. Sampieri R, Fernandez C, Baptista P. Metodología de la Investigación. Volumen 1. 5ta edición. Colombia: McGRAW-Hill; 2010.
50. Educar Chile [Internet]. Chile: Ministerio de Educación; [citado el 10 de Diciembre del 2015]. Las Claves del Liderazgo en las Escuelas. Disponible en: <http://www.educarchile.cl/ech/pro/app/detalle?id=189337>
51. Lydia G. Del Aprendizaje Significativo al Aprendizaje Sustentable - Parte 1: El Modelo Teórico. Enseñanza de las Ciencias. Argentina. 2004; 22(2): 229-240.
52. Rodríguez M. La Teoría del Aprendizaje Significativo. Proc. Of the First Int. España. 2004. Disponible en: <http://cmc.ihmc.us/papers/cmc2004-290.pdf>
53. Ariza C, Nebot M. La Prevención del Tabaquismo en los Jóvenes: Realidades y Retos para el Futuro. Rev. Esp. Sal. Pub. 2004; 16 (2): 359-378.
54. Vera A. Tabaquismo: Prevención Primaria. Rev. Colom. Cardiol. 2009; 16 (1): 1-4.

9. GLOSARIO

1. **CDC:** Centro de Control de Enfermedades.
2. **FBE:** Fundación Belén Educa.
3. **SENDA:** Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol.
4. **MINSAL:** Ministerio de Salud.
5. **MINEDUC:** Ministerio de Educación.
6. **OMS:** Organización Mundial de la Salud.
7. **MPOWER:** Monitoring, Protecting, Offering, Warning, Enforcing, Raising.
8. **FONASA:** Fondo Nacional de Salud.
9. **GYTS:** Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes.
10. **UTM:** Unidad Tributaria Mensual.
11. **Sala ERA:** Sala de Enfermedades Respiratorias en Adulto.
12. **SEREMI:** Secretaría Regional Ministerial.

10. ANEXOS

10.1. ANEXO 01: ENCUESTA



UNIVERSIDAD
ANDRÉS BELLO

ANEXO

01

ENCUESTA

N° de Folio: _____

- ¿Qué estrategias implementan para la prevención y/o intervención en el consumo temprano de tabaco en jóvenes?

Conteste SI o NO, marque con una "X"	SI	NO
De carácter informativo: se entregan información sobre las consecuencias y daños que provoca el consumo de tabaco a largo y corto plazo, conocimiento de las leyes sobre tabaco, publicidad o afiches en el establecimiento.		
De habilidades sociales: Son estrategias cognitivo-conductuales donde hay una instrucción, demostración, juego de roles, toma de decisiones, manejo de stress y mejora de autoestima para evitar el consumo de tabaco.		
De influencia social: consiste en dar información acerca de los efectos inmediatos del tabaquismo, fortalecimiento de una imagen positiva de las personas que no fuman y apoyo de pares para evitar que fumen.		

- ¿Hace cuánto tiempo aplican los tipos de estrategias señalados?

Marque con una "X"	Menos de 6 meses	Menos de un año	Más de un año	Más de dos años	No aplica
Carácter Informativo					
Influencia Social					
Habilidades Sociales					



- **Estrategias de carácter informativo:**

Conteste SI o NO, marque con una "X"	SI	NO
¿Realizan charlas donde se entregue información sobre el tabaco?		
¿Entregan información sobre los efectos del tabaco a largo y corto plazo.		
¿Existen afiches en los establecimientos educacionales que entreguen información sobre los efectos y/o daños del tabaco?		
¿Se educa a los estudiantes respecto a las leyes en el consumo de tabaco?		
¿Se le da énfasis al tabaquismo cuando se pasan los contenidos académicos obligatorios sobre el consumo de drogas?		

- **Estrategias en habilidades sociales:**

Conteste SI o NO, marque con una "X"	SI	NO
¿Están informados sobre cuáles de sus alumnos presenten factores de riesgo asociados al consumo de tabaco?		
¿Realizan consejerías para el fortalecimiento de autoestima y manejo de ansiedad en los estudiantes?		
¿Realizan consejerías anti tabáquicas para los alumnos interesados en abandonar este hábito?		
¿Realizan actividades didácticas para que los alumnos logren experimentar el daño del cigarrillo, como videos, experimentos u otros?		
¿Capacitan a sus profesores para que puedan identificar y guiar a alumnos con riesgo asociado al consumo de tabaco?		



- **Estrategias de Influencia social:**

Conteste SI o NO, marque con una "X"	SI	NO
¿Realizan charlas invitando expositores que hayan sufrido las consecuencias del tabaquismo?		
¿Realizan actividades donde los propios estudiantes generen material informativo sobre el tabaco y sus efectos para la comunidad escolar?		
¿Realizan talleres y/o charlas para orientar a los padres y apoderados sobre el consumo de tabaco y su prevención?		
¿Delegan líderes, pertenecientes a los mismos estudiantes, dentro del establecimiento para que puedan guiar e influenciar a sus pares?		

- **Estrategias Recomendadas por el Gobierno y Ministerios:**

Conteste SI o NO, marque con una "X"	SI	NO
Conozco las estrategias que recomienda el gobierno.		
En el establecimiento se aplica la estrategia "A Tiempo".		
En el establecimiento se aplica la estrategia de "Pares Educadores".		
En el establecimiento se aplica la estrategia "Te Acompaño".		
En el establecimiento se aplica la estrategia "Programa Chile previene en la escuela".		
En el establecimiento se aplica la estrategia "Programa Interactivo".		



- Con respecto a la “Certificación de Establecimientos Educativos Preventivos”:

Marque con una "X"	
Estoy certificado.	
He postulado en alguna ocasión, pero no logre certificarme.	
Quise postular, pero ya no habían cupos disponibles.	
Conozco de esta certificación, pero no es de mi interés.	
No conocía sobre esta certificación.	

10.2. ANEXO 02: CONSENTIMIENTO INFORMADO



ANEXO 02

Consentimiento informado

Información del estudio.

Determinación de las Estrategias Implementadas para Prevención y/o Intervención de Consumo Temprano de Tabaco en Jóvenes Estudiantes de Establecimientos Educativos de la Fundación Belén Educa en la Región Metropolitana de Chile en el año 2014.

1.- ¿Quiénes pueden participar en el estudio?

Pueden participar de este estudio todos los Directores pertenecientes a la Fundación Belén Educa, que manejen la información de lo que se realiza en los establecimientos educativos a su cargo, sobre la prevención y/o intervención del consumo temprano de tabaco en jóvenes.

2.- ¿Por qué debería Yo considerar participar como sujeto de investigación en este estudio?

Porque los resultados obtenidos servirán para que la Fundación y los propios Directores de los establecimientos educativos, puedan saber el desempeño que tienen en la prevención e intervención del consumo temprano de tabaco en jóvenes, para conocer así sus fortalezas y debilidades en estos temas y posteriormente mejorar en estos puntos.

Chile es uno de los países con unos de los índices de consumo de tabaco más altos a nivel mundial en jóvenes.



La Fundación Belén Educa se hace cargo de establecimientos educacionales que trabajan con jóvenes en situación de vulnerabilidad, los cuales se encuentran en mayor riesgo de iniciar un consumo temprano de tabaco.

3.- ¿Tengo que participar necesariamente en este estudio? ¿Si acepto puedo cambiar de opinión y retirarme?

La participación en este estudio es totalmente voluntaria. Si llega a aceptar, usted puede cambiar de opinión y/o retirarse en cualquier momento. Usted no tendrá ninguna consecuencia en su cargo de Director del establecimiento educacional ni con la Fundación Belén Educa.

4.- Si decido participar en el estudio, ¿En qué consiste este y qué tipo de procedimientos o tratamientos se van a realizar?

Para la realización de este estudio se mantendrá el anonimato de los Directores y los establecimientos educacionales.

Este estudio consiste en la realización de una encuesta que evalúa el conocimiento de la ley de tabaco en Chile y las diferentes estrategias de prevención e intervención en el consumo de este, como así su aplicación en los establecimientos educacionales.

La duración de esta visita será de un tiempo no mayor a 1 hora, distribuida en 30 minutos para la lectura del consentimiento informado y aclaración de dudas, y 30 minutos para la resolución de las preguntas de la encuesta. Esta encuesta es de preguntas de carácter cerrado, lo que significa que las preguntas estarán conformadas por alternativas, de las cuales usted deberá elegir la que más se adapte a lo que se desarrolla en su establecimiento educacional.



5.- ¿Qué harán los investigadores para asegurar que la información que recolectarán no caiga en manos equivocadas?

Una vez contestada la encuesta esta será guardada en un sobre sellado, transportado directamente a la Universidad Andrés Bello, sede Casona Las Condes ubicada en Fernández Concha 700, Santiago. Su lugar de almacenamiento estará bajo llave en el casillero 61 del edificio C-5, al cual tendrán acceso solo los cuatro participantes de esta investigación. Se procederá a la creación de una planilla en el programa informático Microsoft Excel 2010 resguardada mediante una contraseña conocida sólo por los representantes del estudio, siendo reemplazados sus datos personales con un número único de Folio. Estos datos obtenidos, se presentarán de tal manera que no permitan identificarlo.

6.- Una vez que he ingresado al estudio, ¿A quién debería dirigirme para averiguar más sobre el estudio o para efectuar cualquier reclamo o sugerencia?

Una vez que usted ha ingresado al estudio puede dirigirse al investigador:

- a) Fabián Martínez Gómez Teléfono: 09-61208520
e-mail: fab.martinez.g@hotmail.com
- b) María Eugenia Merino Díaz Teléfono: 09-96680686
e-mail: m.eugeniamerino.d@gmail.com
- c) Francesca Silva Espinoza Teléfono: 09-87678416
e-mail: france.silva.e@gmail.com
- d) Romina Valenzuela Ciorino Teléfono: 09-62100831
e-mail: romina.v.ciorino@gmail.com
- e) Presidenta del Comité de Etica Dra. Carolina Montero
e-mail: cmontero@unab.cl



Documentación del consentimiento

1.- Declaración de mi participación en el estudio.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que afecte en ninguna manera el establecimiento educacional a mi cargo u otro ámbito.

2.- Identificación del sujeto de investigación.

NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

RUT: _____

N° FOLIO _____

FIRMA: _____



3.- Declaración del investigador.

Se ha proporcionado información a _____ y en mi opinión la información es precisa y suficiente para que el sujeto entienda la naturaleza, riesgos y beneficios del estudio, así como los derechos que tiene en tanto sujeto de investigación. No ha existido en el acto ninguna forma de coerción, ni el sujeto que presta el consentimiento ha actuado bajo influencia alguna. He sido testigo que el sujeto firmó el documento.

NOMBRE: _____

FIRMA: _____

FECHA: _____