



Serie Proyectos de Investigación e Innovación

Superintendencia de Seguridad Social
Santiago - Chile

INFORME FINAL

**Evaluación de una intervención organizacional para desarrollar una actitud
hacia la prevención del consumo de alcohol en el contexto laboral.**

Fernando Poblete
2016





SUPERINTENDENCIA DE SEGURIDAD SOCIAL

SUPERINTENDENCE OF SOCIAL SECURITY

La serie Proyectos de Investigación e Innovación corresponde a una línea de publicaciones de la Superintendencia de Seguridad Social, que tiene por objetivo divulgar los trabajos de investigación e innovación en Prevención de Accidentes y Enfermedades del Trabajo financiados por los recursos del Seguro Social de la Ley 16.744.

Los trabajos aquí publicados son los informes finales y están disponibles para su conocimiento y uso. Los contenidos, análisis y conclusiones expresados son de exclusiva responsabilidad de su(s) autor(es), y no reflejan necesariamente la opinión de la Superintendencia de Seguridad Social.

Si requiere de mayor información, sobre el estudio o proyecto escriba a: investigaciones@suseso.cl.

Si desea conocer otras publicaciones, artículos de investigación y proyectos de la Superintendencia de Seguridad Social, visite nuestro sitio web: www.suseso.cl.

The Research and Innovation Projects series corresponds to a line of publications of the Superintendence of Social Security, which aims to disseminate the research and innovation work in the Prevention of Occupational Accidents and Illnesses financed by the resources of Law Insurance 16,744.

The papers published here are the final reports and are available for your knowledge and use. The content, analysis and conclusions are solely the responsibility of the author (s), and do not necessarily reflect the opinion of the Superintendence of Social Security.

For further information, please write to: investigaciones@suseso.cl.

For other publications, research papers and projects of the Superintendence of Social Security, please visit our website: www.suseso.cl.

Superintendencia de Seguridad Social
Huérfanos 1376
Santiago, Chile.

**PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN TECNOLÓGICA
EN PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DEL TRABAJO Y ENFERMEDADES
PROFESIONALES
LEY N° 16.744**

INFORME FINAL

TÍTULO:

Evaluación de una intervención organizacional para desarrollar una actitud hacia la prevención del consumo de alcohol en el contexto laboral

TIPO DE PROYECTO: Investigación

Escriba 3 palabras claves que identifiquen el proyecto

Alcohol	Actitud	Prevención
----------------	----------------	-------------------

INVESTIGADOR(A) PRINCIPAL

Poblete	Arrué	Fernando Cristián	10.850.379-3
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUT

23548535	fpoblete@med.puc.cl
TELÉFONO ELECTRÓNICO	CORREO

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE / DEPTO. DE SALUD PÚBLICA
INSTITUCIÓN**

EQUIPO

N°	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	DEPARTAMENTO UNIDAD
1	Barticevic	Lantadilla	Nicolás	UC
2	Aguirre	Aranibar	Leonardo	Mutual de Seguridad
3				
4				

I. INTRODUCCIÓN

El presente informe entrega los resultados del estudio “Evaluación de una intervención organizacional para desarrollar una actitud hacia la prevención del consumo de alcohol en el contexto laboral”.

Es importante destacar que se trata de un proyecto novedoso en el área en Chile, con un esfuerzo de evaluación importante y sistematizado.

Completar este proyecto no habría sido posible sin el fuerte compromiso de la Empresa Participante, EMIN, que realizó todos los esfuerzos posibles para lograr el éxito en el estudio. Estamos profundamente agradecidos de su liderazgo y compromiso. Asimismo, el apoyo permanente de la Mutual de Seguridad, ha sido igualmente clave para coordinar y completar este proyecto.

Creemos que pese a las dificultades propias de la implementación de un programa de intervención como el presente, en un tema extremadamente delicado y multifactorial, sus resultados son un importante aporte para seguir profundizando en esta línea de desarrollo.

II. MARCO TEÓRICO

Magnitud del Problema

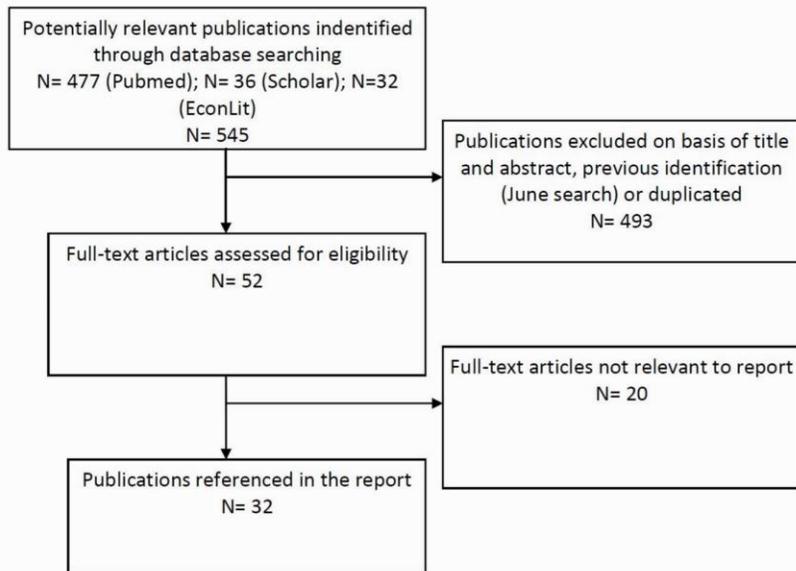
El consumo de alcohol y drogas genera un gran deterioro del estado de salud de la población general, y en particular en las edades laboralmente activas. En términos de pérdida de Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVISA) el consumo de alcohol es el factor de riesgo con mayor carga en Chile, superando a otros muy importantes como la Hipertensión Arterial, la Obesidad y Sobrepeso, y la Glicemia elevada, entre otros (Minsal, 2008). Por su parte las enfermedades neuro-psiquiátricas son la primera causa de pérdida de AVISA en adolescentes y jóvenes, y dentro de estas, el abuso y dependencia a alcohol es un factor relevante. Si bien, Según SENDA (2010), la prevalencia de consumo de alcohol en el último mes no mostró cambios significativos respecto al estudio anterior, y en el período entre 2008 y 2010 se observó descenso de 9 puntos porcentuales, aun así la prevalencia se encuentra en un elevado nivel, específicamente de 40,8% el 2012. Además, el alcohol se encuentra asociado a múltiples otros problemas sociales y de salud, entre ellos, accidentes, violencia, delincuencia, múltiples cánceres, enfermedad hepática crónica, problemas de salud mental y suicidio, entre muchas otras (Anderson, Gual & Colon, 2008)

Alcohol: magnitud en contexto laboral en Chile y su efecto en el trabajo

En población laboral, el VI estudio de prevalencia de consumo de alcohol y otras drogas en trabajadores chilenos (ACHS, 2012) mostró entre sus principales resultados que hubo un aumento del consumo de medicamentos psicotrópicos de 8.9% a 10.8%, respecto del estudio anterior. También, hubo una disminución del consumo de tabaco de 47.7% a 45.0%, una disminución marginal del porcentaje de bebedores problema de 30.3% a 29.8%, y un aumento del consumo de drogas ilícitas de 5.8 % a 6.9%.

Hay múltiples estudios sobre el efecto del consumo de alcohol respecto del trabajo. Como es reconocido, en el proceso de establecer causalidad el estudio randomizado controlado sería el estándar, sin embargo en el caso del uso de sustancias y alcohol, esto no es posible por razones éticas. Una alternativa sería estudiar la causalidad entre alcohol y accidentes en el trabajo, por ejemplo, es el uso de las variables instrumentales, pero en la literatura aún hay pocos estudios de esta naturaleza y no es fácil encontrar un variable instrumental fidedigna. De este modo, gran parte de la evidencia se sustenta en estudios observacionales analíticos, algunos de ellos a gran escala y con buena calidad metodológica. En resumen, los principales aspectos en los que se dispone evidencia son:

1. Ausentismo laboral y falta de productividad en relación a la presencia en el trabajo asociado a la exposición actual o reciente de consumo de alcohol: hay amplia literatura epidemiológica que vincula el consumo de alcohol y al ausentismo. En una revisión sistemática reciente (European Alcohol and Health Forum, 2011) se revisó los principales estudios respecto de este problema. Según muestra la figura, de una revisión extensa mediante la búsqueda de distintas bases de datos, se detectó 32 artículos relevantes:

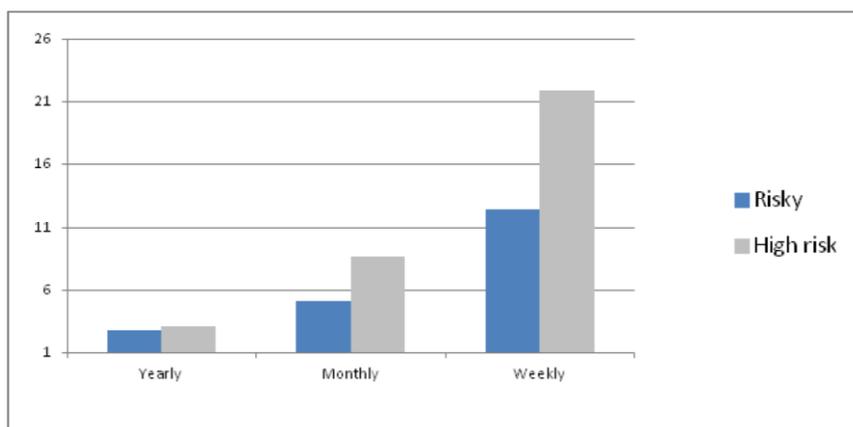


En un estudio económico, respecto del costo social del consumo de alcohol en relación a la productividad laboral en el año 2003 en Europa, se encontró que la pérdida por ausentismo llegó a 9 billones de Euros, por desempleo asociado al consumo de alcohol fue de 14 billones de Euros, y por mortalidad prematura en edad laboral fue de 36 billones de Euros.

En un estudio en Suecia se observó que un aumento de 1 litro en el consumo total se asocia con un aumento del 13% en ausencia por enfermedad entre los hombres ($P < 0,05$). La relación no fue estadísticamente significativa para las mujeres. En Noruega, un estudio similar utilizando el análisis de series de tiempo (1957-2001) entre los empleados manuales encontró que un aumento de un litro en el consumo total de alcohol se asoció con un aumento del 13% en las bajas por enfermedad entre los hombres, pero el efecto del alcohol no fue significativo para mujeres.

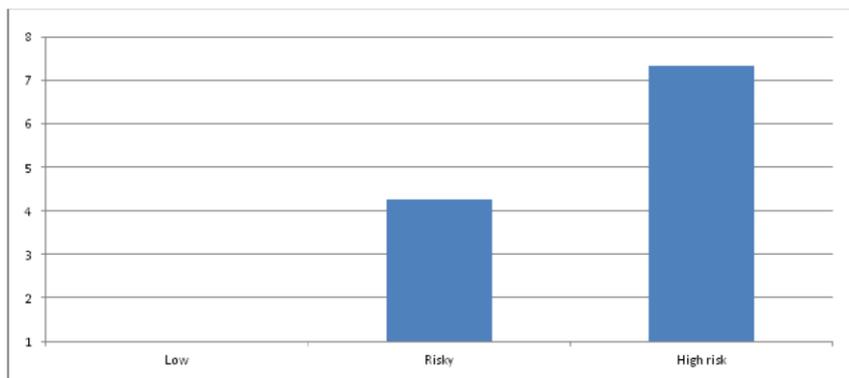
En un estudio Australiano (13.582 trabajadores australianos) publicado el 2008 (Roche et al 2008) se muestra la fuerte asociación entre consumo de alcohol y ausentismo:

El consumo de alcohol de los Trabajadores se clasificó de acuerdo a los niveles de riesgo a corto y largo plazo. Posterior al ajuste por edad, sexo y estado civil, la probabilidad de ausentismo relacionado a alcohol fue mayor para quienes bebían en nivel de riesgo o alto riesgo en comparación con los trabajadores que eran bebedores de bajo riesgo. Comparado con los bebedores de bajo riesgo, los trabajadores que bebían en niveles de alto riesgo a corto plazo (110 g de alcohol o más en un solo día para un hombre, y 70g o más en un solo día para una mujer) para el caso de al menos anualmente fue de 3,1 veces más probable reportar ausentismo asociado al alcohol; para el caso de al menos mensualmente fue de 8,7; y para aquellos con ese consumo en un solo día al menos semanalmente fue de 21,9 veces mayor la probabilidad de reportar el ausentismo relacionado con el alcohol, según muestra la figura:



Obtenido de: Alcohol, Work and Productivity, Scientific Opinion of the Science Group of the European Alcohol and Health Forum. 2011

Asimismo, aquellos trabajadores con consumo de riesgo a largo plazo (290g-420g por semana para un hombre y 150g-280g por semana para una mujer) o con niveles de alto riesgo (430g o más por semana para un hombre y 290g o más por semana para una mujer) reportaron en 4.3 y 7.3 veces, respectivamente, más probabilidad de acentuamiento relacionado con el alcohol, en comparación con los bebedores de bajo riesgo, como lo muestra la siguiente figura:



Obtenido de: Alcohol, Work and Productivity, Scientific Opinion of the Science Group of the European Alcohol and Health Forum. 2011

Respecto de la baja productividad asociada a la presencia en el trabajo relacionada a consumo reciente de alcohol, también hay evidencia en diversos estudios. Otro estudio Australiano en 78 mil personas encontró un riesgo de baja productividad asociado a trastornos por consumo de alcohol de 8,6 veces mayor.

2. Respecto de accidentes y consumo de alcohol y sustancias, una extensa revisión sistemática de la literatura (Ramchand y colaboradores, 2009) en torno al tema muestra asociación entre consumo de alcohol y otras sustancias con accidentes, aún cuando los efectos parecen moderados, y en algunos trabajos no

aparece asociación clara. En este estudio, además, se cita frecuentemente la dificultad ética de realizar estudios que permitan establecer la causalidad a través de diseños experimentales (el mejor estándar de evidencia para establecer causalidad), lo que sólo permite estudios de tipo observacional analítico. Tanto los estudios de autoreporte, como aquellos con mediciones objetivas de consumo y accidente, como aquellos con resultado de muerte tras el accidente, muestran participación del alcohol y otras sustancias en éstos, pero con la dificultad del diseño para establecer causalidad definitiva.

En resumen, hay importante evidencia de la relación del consumo de alcohol y ausentismo, baja productividad estando en el trabajo, y pérdida de productividad por mortalidad prematura en personas en etapa laboral. Asimismo, si bien hay estudios que muestran asociación entre alcohol y sustancias en accidentes laborales, la relación causal es muy difícil de establecer en forma definitiva dada la naturaleza del problema y las restricciones por ello en los diseños de los estudios para investigarlo.

Efectividad de Intervenciones en el Contexto laboral (Roman & Blum, 2002; Anderson, 2012; Hermansson, 2010; Webb 2009; Bennett, 2004; Merrick, 2007; Ochoa, 2008)

Más allá de quienes poseen un problema ya instalado, hay un subgrupo importante de personas que sin presentar un cuadro de abuso, presentan un consumo de riesgo que podría evolucionar a un cuadro de mayor gravedad, razón por la cual se debe pensar en intervenciones precoces con enfoque preventivo en los distintos contextos donde las personas interactúan, como puede ser el contexto laboral, razón por la cual la OMS ha impulsado el uso de instrumentos de tamizaje como el ASSIST (OMS, 2008; Poblete y Cols, 2013).

Desde el punto de vista teórico, hay bastante sustento para implementar intervenciones en el contexto laboral, entre las más mencionadas se cuentan:

- La mayoría de los adultos en riesgo se encuentran trabajando, por lo que el lugar de trabajo es un contexto ideal para llegar a una gran población.
- Los empleados de tiempo completo pasan una proporción significativa de su tiempo en el trabajo, lo que los hace una población cautiva y con alta posibilidad de exposición a los mensajes o los programas de prevención que se ofrecen en el contexto laboral.
- La dependencia mutua y el valor que en ello se genera entre empleador y trabajador. Por un lado, para el trabajador se trata de un espacio de sustento de sus aspiraciones a través de la remuneración, así como de un espacio de socialización importante. Por otro, para el empleador, es clave el desempeño del trabajador, así como el efecto imagen el contar con trabajadores con alto nivel de compromiso.

Respecto de la evidencia en intervenciones en el contexto laboral, hay modelos de intervención en distintos niveles:

- Intervenciones individuales, de detección precoz de riesgo y/o de casos severos e

intervenciones breves más derivación a tratamiento según riesgo (Modelos SBIRT). La evidencia muestra resultados variables, y aún hay dudas sobre el nivel de éxito, aunque es una estrategia posible de usar en el entorno laboral. El único estudio nacional equivalente (resultados aún no publicados) realizado por el investigador proponente, implementó un diseño aleatorio controlado en cinco comunas del país del modelo SBIRT en 800 pacientes para casos de riesgo moderado en centros de atención primaria de salud. En total, para detectar 800 participantes, se realizó screening a más de 7 mil pacientes. Los resultados, concordantes con la literatura, fueron mixtos, con efecto claro para alcohol y sin efecto detectado para otras drogas. Además, la tasa de retención en la derivación a tratamiento para casos de consumo problemático resultó muy baja.

- Intervenciones educativas presenciales o a distancia. Hay evidencia de efectividad en reducción de costos laborales, y alguna evidencia comparativa entre modelos presenciales y a distancia. Se ha visto que sería más efectivo programas educativos presenciales.
- Programas basados en intervenciones de apoyo por pares. Este tipo de programas intentan apoyar a quienes poseen problemas de consumo a través del efecto de la norma social y la asistencia de otros compañeros de trabajo entrenados para apoyar o generar discusión en torno al consumo de alcohol y sustancias. Normalmente es una intervención que se combina con otras. Hay alguna evidencia de efectividad de este tipo de programas.
- Programas genéricos de promoción en el que se incorpora varios temas de salud y alcohol o drogas. La dispersión de programas de este tipo ha hecho difícil un análisis de este tipo de estudios. La evidencia es incipiente, y requiere de más estudios.
- Programas de bienestar laboral y consumo de alcohol. Estos programas incluyen un grupo de intervenciones que no sólo abordan el tema del consumo de sustancias, sino que también estrés, liderazgo, entre otros posibles abordajes.
- Intervenciones para reducir el estigma asociado al consumo de alcohol y drogas para favorecer consulta y tratamiento. Hay poca evidencia aún por lo nuevo del tema.

Contexto y posibilidades para implementar una intervención en el ámbito laboral en Chile.

En el contexto anterior, hay evidencia limitada para intervenciones que se basan solamente en tamizaje y detección precoz de personas con consumo de alcohol y drogas, si bien es una estrategia que se debe usar sobre todo en sectores de la industria donde es probable el alto consumo, como es el caso de trabajadores con mayor demanda de actividad física y de menor nivel socioeconómico (como puede ser el sector de la construcción, por ejemplo) (Marchand et al., 2011). Aun así, el estigma asociado a estos problemas (es decir, el prejuicio o valor que otros asignan a quien consume alcohol o drogas), y el auto-estigma (es decir, la propia limitación que se impone el que consumo derivado de la autoimagen o sensación de imagen que otros puedan tener sobre sí) (López y col, 2008) son elementos que limitan enormemente no sólo implementar un programa de intervención en consumo de sustancias y alcohol, reduciendo al participación o aumentando la sub-notificación, sino que hace más difícil aún implementar un estudio de investigación en esa línea (Schomerus & Lucht, 2011; Schomerus & Corrigan, 2011). De este modo, la recomendación más frecuente es intentar incorporar un programa que sea algo más comprehensivo y que incorpore

factores como el contexto cultural, educación y espacios para encontrar ayuda en caso de problemas de consumo.

En el caso de Chile a lo anterior, se agrega la complejidad de la existencia de muy pocos estudios y poca experiencia en la empresa en abordar abiertamente estos temas. En consecuencia, se hace necesario que se definan opciones de tipo metodológicas (diseño del estudio) y del tipo de intervención (intervenciones que faciliten la participación) que aseguren abordar el problema del consumo de sustancias en el entorno laboral, minimizando el riesgo de la baja participación, la sub-notificación y de sesgos de medición, que permitan el logro de objetivos relacionados a reducir el riesgo en forma progresiva.

Este estudio, propone abordar el problema desde una perspectiva organizacional que sea factible, que influya en el cambio de conducta para reducir el riesgo de consumo de alcohol, a través de generar un espacio de prevención y apoyo a quienes tienen problemas de consumo. Se pretende intervenir por la vía de facilitar en el entorno laboral la información, autoevaluación, apoyo de pares y el buscar ayuda por parte de quienes se encuentran en riesgo de abusar del consumo de alcohol o, definitivamente, ya se encuentran en un consumo problemático. El estudio se focaliza en el consumo de alcohol por ser, como ya se ha mencionado, una de las sustancias que mayor daño produce a la salud de nuestra población.

Nuestra pregunta de investigación es: ¿Cuál es el efecto de una intervención organizacional para el cambio de actitud respecto del consumo de alcohol? Se plantea medir como variable dependiente principal la actitud, dado que se trata de una variable mediadora para el cambio de conducta, a la vez que psicométricamente estaría menos sujeta a sesgo de deseabilidad social, como lo sería el preguntar por consumo en el contexto laboral.

Secundariamente interesaría conocer si se asocia esta intervención a un efecto en el nivel de consumo de alcohol.

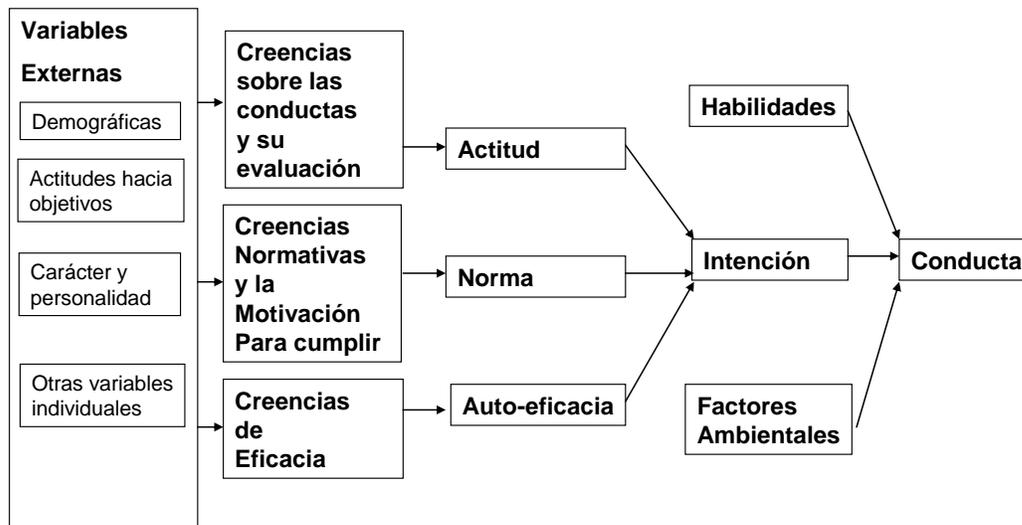
III. HIPÓTESIS DE TRABAJO:

Hipótesis:

Una intervención organizacional multi-componente es más efectiva para mejorar la actitud hacia la prevención del consumo de alcohol en el entorno laboral, comparado con las medidas habituales de prevención en el trabajo.

Modelo conceptual y Evidencia de la asociación entre actitud y la conducta en alcohol:

De acuerdo a las teorías derivadas de la psicología de la conducta, se reconoce que la conducta está íntimamente ligada a la intención de realizar la conducta, y ésta intención estaría determinada por factores relacionados a la norma social y a la actitud, según muestra el siguiente diagrama:

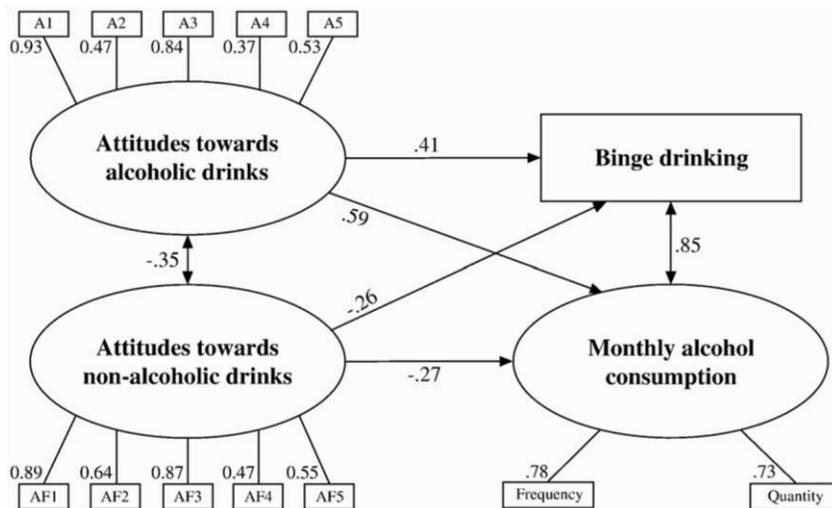


Adaptado de: K Glanz, B.K Rimer, & FM Lewis (eds.) (2002). *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice*. 3rd Ed. San Francisco, CA:Josey-Bass.

De este modo, la conducta deseada (en este caso de tipo preventivas para evitar el consumo de riesgo, o de búsqueda de ayuda en caso de consumo de alcohol problemático ya instalado) estaría determinada por habilidades, susceptibles de incorporar como parte de una intervención educativa; factores ambientales, como lo es el entorno laboral y no laboral; y la intención de realizar la conducta, determinada por la actitud hacia el problema, la norma y la autoeficacia.

Muchos estudios han respaldado el vínculo entre la actitud y la conducta, desde los trabajos iniciales de Fishbein y Ajzen (1980). Una revisión sistemática mostró la asociación entre actitud y conducta de variada naturaleza, entre ellas el consumo de alcohol (Stacy AW, Bentler PM, Flay BR, 1994), confirmando los hallazgos preliminares de otros estudios. Del mismo modo, otra revisión sistemática más reciente (Wallace, 2005) de 797 estudios, muestra la importancia de la actitud para la predicción de distintos dominios conductuales.

Un estudio reciente (Roek MA, 2010) muestra el efecto del componente asociado a la actitud sobre la conducta, destacando en forma relevante de la actitud hacia el no consumo de alcohol y su relación negativa (hacia reducir la conducta) con el alcohol, como lo muestra la siguiente figura:



Obtenido de: Roek MA, Spijkerman R, Poelen EA, Lemmers L, Engels RC. The unique contribution of attitudes toward non-alcoholic drinks to the prediction of adolescents' and young adults' alcohol consumption. *Addict Behav.* 2010 Jun;35(6):651-4.

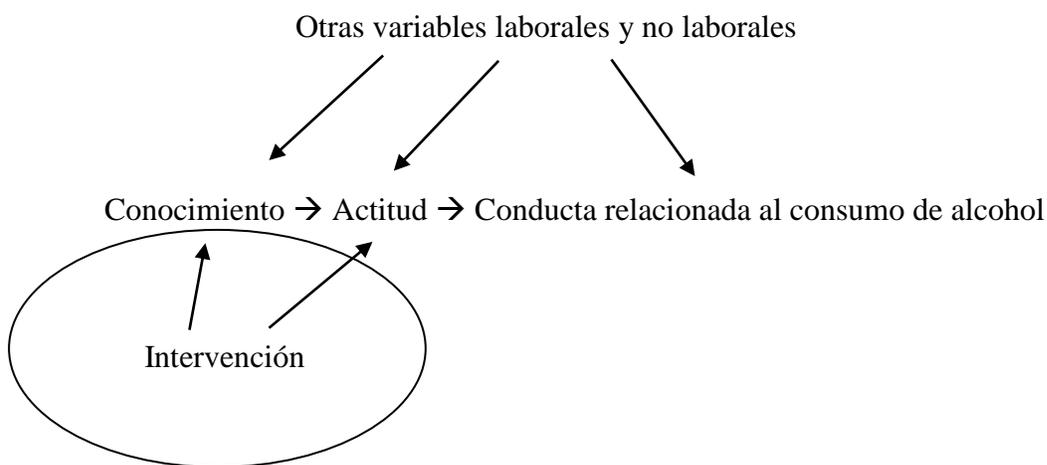
Como se muestra, cada ítem de las actitudes hacia bebidas alcohólicas (A1 a A5) y bebidas no alcohólicas (AF1 a AF5) cargan en los factores en forma adecuada. A su vez, cada grupo de actitudes se relacionan ya sea positivamente hacia el consumo mensual de alcohol y consumo en grandes cantidades (Binge drinking) en el caso del grupo de actitudes hacia consumir bebidas alcohólicas, y se relacionan negativamente hacia el consumo mensual de alcohol y consumo en grandes cantidades (Binge drinking) en el caso de mostrar actitudes hacia el consumo de bebidas no alcohólicas. Todos los valores p fueron significativos.

En otras palabras, este estudio muestra la relación clara entre la actitud y la conducta de consumo de alcohol. En este caso, actitudes pro-consumo de bebidas alcohólicas se

relacionan positivamente con el consumo mensual y en grandes cantidades, y las actitudes pro-consumo bebidas no alcohólicas se relacionan negativamente con la conducta de consumo de alcohol, tanto en frecuencia como en cantidad, en el caso del consumo mensual.

Hay otros estudios muy recientes que exploran otras dimensiones de la actitud, sobre todo aquellas vinculadas a la percepción del nivel de consumo de otros, y su relación con el consumo propio, aspecto que tiene mucha relevancia en la intervención con foco de cambio de norma social (Bertholet, 2011; Cunningham, 2012)

En consecuencia, el modelo conceptual de este estudio es:



La intervención pretende afectar al mismo tiempo el nivel de conocimiento y la actitud hacia el consumo de alcohol y drogas, como precursor para modificar conductas relacionadas al consumo de alcohol y otras sustancias.

IV. OBJETIVO

Evaluar una intervención organizacional multi-componente para mejorar la actitud hacia la prevención del consumo de alcohol en el entorno laboral.

V. METODOLOGÍA:

Diseño:

Estudio cuasi-experimental. Dada la naturaleza de la intervención y las barreras relacionada al estigma, la intervención es recomendable que sea realizada en forma indistinta del riesgo, lo que implica intervenir a un grupo completo, y no a personas específicas ya que no sólo hay riesgo de contaminación (extensión de la intervención a los sujetos controles), sino que también el estigma a quienes se intervendría en forma seleccionada generaría un efecto sobre los participantes no aceptable, además de influir en sesgo de deseabilidad social.

Población y muestra:

Se aplica la intervención a población laboral del sector minero, mayor de 18 años, y cuya permanencia en el contexto laboral asegure concluir el estudio.

Para la estimación del tamaño muestral no hay datos relacionados específicamente a actitud medida como tal en ambientes laborales y consumo de sustancias. A modo de variable proxy de actitud se utiliza los datos en los estudios de la ACHS (2012), donde se pregunta por interés para recibir información sobre el tema de alcohol y drogas, en el que se menciona que un 76% aproximadamente desea recibir información sobre prevención de alcohol y drogas (CONACE 2012). Además, se menciona que alrededor de un 87% de la población trabajadora con 44 hrs. de contrato no ha recibido información sobre alcohol y drogas (CONACE, 2012). Considerando esa información, para una intervención que pretende aumentar en un 15% (hasta un 91% aproximadamente) la actitud de prevención hacia el consumo de alcohol y drogas, con un 5% de error y poder de 90%, se requerirá 101 personas por cada rama, intervención y control, con un total de 202 personas en el estudio. Si se considera un 10% de pérdida de seguimiento, se necesita un total de 222 personas en el estudio.

Intervención:

Grupo control: no recibe intervención, sólo aplicación de instrumentos de medición antes y después más un folleto informativo sobre los riesgos del alcohol en el que se incorpora un teléfono para ayuda en caso de requerirlo. Terminado el estudio, se realiza intervención educativa a este grupo.

Para el grupo intervenido, se aplica una intervención multi-componente con las siguientes características:

1. Contenido educativo: Se realiza dos sesiones educativas de una hora cada una, sobre los aspectos más relevantes sobre el consumo de alcohol y sus riesgos. Estas sesiones son diseñadas en base a la educación de adultos, participativo y con elementos de la entrevista motivacional para lograr integrar contenidos.

2. Marketing e intervención por pares: de las sesiones anteriores, se recluta seis personas, sugeridos por sus pares. Estos agentes locales generan un plan básico de marketing social con temas sobre prevención y apoyo para problemas de consumo de alcohol que se ejecutará en el entorno laboral durante 4 a 6 semanas. Dada la estructura de turnos, se logra esta exposición a la intervención en forma parcial.
3. Capacidades de auto-evaluación: al inicio de la capacitación, se entrega un instrumento de autoevaluación, confidencial, que permitió conocer el nivel de consumo de alcohol y definir a nivel individual si consigue mayor información y apoyo en su problema de haberlo.
4. Fono-apoyo por experto: se entregó un teléfono de consulta, confidencial y por parte del equipo investigador para realizar apoyo telefónico e intervención breve según nivel de consumo y/o sugerencia de tratamiento en el sistema de salud que le corresponda al participante.

Resultados del estudio:

Resultado principal: 1 Actitud hacia la prevención o control del consumo de alcohol, medido por una encuesta de actitud hacia el consumo de alcohol antes y después en grupo intervenido y grupo control. La escala posee preguntas están muy relacionadas con el componente normativo y/o creencias de la actitud, mientras que otras preguntas más relacionadas con el componente cognitivo de la actitud.

Resultados secundarios: 1. Cambio en el Riesgo en consumo de alcohol y sustancias, medido por el test ASSIST de la OMS validado en Chile para alcohol y drogas.

Medición:

Para la evaluación de actitud, en base a la teoría de la Conducta Planificada (Ajzen & Fishbein , 1980) se genera encuesta con preguntas sobre actitud abordando los dominios del consumo de alcohol como condición trazadora, según metodología publicada (Francalanci, 2011; Ajzen & Fishbein , 1980; Streiner & Norman, 2008; Cook & Beckman, 2006; McDowell, 2006). Para la medición de nivel de consumo, se aplica el test ASSIST de OMS y validado en Chile (OMS, 2007). Se aplica además una encuesta con variables sociodemográfica con datos como edad en rangos para garantizar imposibilidad de identificar personas por datos demográficos, asimismo, sólo se preguntará por años de educación para evitar identificar roles y profesiones de los participantes. (VER EN ANEXO ENCUESTA).

Análisis:

Se realizará descripción de variables sociodemográficas y puntajes de los distintos instrumentos con medidas de tendencia central y dispersión.

Para la medición del resultados principal y secundarios, se realizará test de chi cuadrado para comparación de proporciones y test de Student para comparación de medias en muestras independientes según corresponda en SPSS para Windows.

VI. PLAN DE TRABAJO:

El proyecto debió comprimirse para hacerlo factible en los tiempos de las faenas mineras, reduciendo tiempo de intervención

ETAPAS Y/O ACTIVIDADES	AGOSTO (semanas)				SEPTIEMBRE (semanas)				OCTUBRE (semanas)				NOVIEMBRE (semanas)				DICIEMBRE (semanas)				ENERO	Marzo 2016 (semanas)			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20		21	22	23	24
Elección de participantes (111 grupo intervenido, 111 grupo control)	x	x																							
Grupo intervenido: grupos de 20 -25 personas. Consentimiento 10 minutos. Encuestas 20 minutos. 1ra. Sesión Educativa 40 minutos										13 y 14															
Grupo intervenido: grupos de 20 -25 personas. 2da. Sesión 60 minutos														19 y 20											
Grupo intervenido: grupos de 20 -25 personas. 2ra. Sesión 60 minutos (NO SE REALIZARÁ PARA REDUCIR COMPLEJIDAD)																									
Grupo Control: 1 grupo de 80 personas. Consentimiento 10 minutos. Encuestas 20 minutos. Charla 30 minutos.											23														
Selección de líderes para segunda etapa, capacitación y planificación: 60 minutos. 7 a 10 personas.						x																			
Líderes para segunda etapa, realización de plan de marketing interno sobre alcohol: 4 horas. 6 personas.											29														
Aplicación plan de marketing. 8 semanas (SE REDUCE A 5 SEMANAS PARA LOGRAR REALIZAR A TIEMPO)													X	x	x	x	x								
Segunda medición (control e intervenido)																	10 (I)				8 (C)				
Sesiones educativas a grupo control																					x				
Análisis																							x	x	x

VII. ASPECTOS ÉTICOS:

Esta investigación cumple con las normas éticas comprendidas en la Declaración de Helsinki, y se atañe a la norma técnica del Ministerio de Salud n° 57, junto con la ley 19.628 para la investigación con seres humanos.

Este estudio permitirá recopilar información de gran utilidad, para favorecer nuevas modalidades de intervención en el país en el contexto aboral. Si bien la literatura sugiere que la efectividad de algunas de las intervenciones tiene algún grado de evidencia, esto ha sido en otros contextos y países, por lo que una evaluación de tipo experimental es factible y necesaria en el contexto del presente estudio piloto. Es plausible plantear que en Chile se supone que la intervención puede ser efectiva, pero no se sabe si es en realidad más efectiva que lo que hoy sucede en condiciones sin intervención.

Esta Investigación no presenta riesgos personales para los participantes, y ha considerado en su diseño las complejidades de realizar intervenciones de esta naturaleza en el contexto laboral, que puede generar dudas y preocupaciones en algunos participantes. Esa es la principal razón del diseño, cuasi-experimental, que permite a nivel piloto evitar posibles estigmatizaciones si se realiza en forma aleatoria, lo que es perfectamente entendido por el investigador, pero no necesariamente por los participantes. También, el diseño hace más probable que se involucre el empleador, que normalmente le interesa una intervención más global, que sólo a grupos de su equipo de trabajo. La información necesaria para el análisis será obtenida en forma confidencial y no será posible identificar participantes, lo que limita las posibilidades de análisis, pero acoge mejor las tensiones de estudios de esta naturaleza en población trabajadora. La persona que realizó el análisis de los datos fue ciego a la intervención, por lo que no debería haber intervenido a favor de la intervención en el análisis de los resultados.

La firma del consentimiento informado y la posibilidad de retiro voluntarios en cualquier momento del proceso del protocolo de estudio aplica los estándares de las mejores prácticas en investigación. Dicho consentimiento deberá contar con la revisión y aprobación del Comité de Ética Científico de Mutual de Seguridad C.Ch.C.

Al finalizar el estudio, se realiza intervención educativa en los lugares control.

VIII. RESULTADOS

A. Descripción general

A continuación se presentan los datos demográficos para los grupos intervenidos y control. Como se puede apreciar, los grupos no coinciden en forma completa en su distribución por grupos de edad, lo que refleja con seguridad que los grupos no necesariamente corresponden en forma idéntica antes y después de la intervención, lo que no es problema en el grupo control, y si lo puede ser en el intervenido, pues se reduce la dosis de intervención en el grupo experimental.

Tabla 1. Distribución por grupos de edad de los participantes en el estudio

Grupo de Edad	Grupo Intervenido				Grupo Control			
	Pre-Intervención		Post-Intervención		Pre-Intervención		Post-Intervención	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Hasta 25 años	14	13,1	15	13,6	3	3,8	16	10,1
26 a 35 años	45	42,1	48	43,6	31	38,8	47	29,6
36 a 45 años	24	22,4	31	28,2	26	32,5	53	33,3
46 a 55 años	21	19,6	16	14,5	12	15,0	27	17,0
56 a 65 años	3	2,8			7	8,8	14	8,8
Mayor de 65 años					1	1,3	2	1,3
Total	107	100%	110	100%	80	100%	159	100%

Se observa además, que el grueso de los participantes se encuentra entre los 26 y los 55 años.

La distribución por sexo, muestra que más del 90% de los participantes son de sexo masculino.

Tabla 2. Distribución por sexo de los participantes en el estudio

Sexo	Grupo Intervenido				Grupo Control			
	Pre-Intervención		Post-Intervención		Pre-Intervención		Post-Intervención	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Masculino	105	98,1	108	98,2	77	96,3	155	97,5
Femenino	2	1,9	2	1,8	3	3,8	3	1,9
Sin información							1	
Total	107	100%	110	100%	80	100%	159	100%

En la tabla 3 podemos observar la distribución según estado civil.

Tabla 3. Distribución por estado civil de los participantes en el estudio

Estado Civil	Grupo Intervenido				Grupo Control			
	Pre-Intervención		Post-Intervención		Pre-Intervención		Post-Intervención	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Soltero	37	34,6	51	46,4	16	20,0	51	32,1
Casado	43	40,2	39	35,5	44	55,0	68	42,8
Separado o anulado	3	2,8	5	4,5	5	6,3	12	7,5
Conviviente	24	22,4	15	13,6	15	18,8	28	17,6
Total	107	100%	110	100%	80	100%	159	100%

Como se observa, la mayoría de los participantes se encuentran casados o conviviendo.

Respecto de la distribución según nivel educacional, la tabla 4 muestra que la mayoría, en todos los grupos, se encuentra en el grupo de media completa e incompleta.

Tabla 4. Distribución por estado nivel educacional de los participantes en el estudio

Nivel Educacional	Grupo Intervenido				Grupo Control			
	Pre-Intervención		Post-Intervención		Pre-Intervención		Post-Intervención	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sin estudios							1	,6
Básica incompleta			1	,9	1	1,3	4	2,5
Básica completa	9	8,4	3	2,7	6	7,5	15	9,4
Media incompleta	12	11,2	17	15,5	7	8,8	19	11,9
Media completa	63	58,9	43	39,1	36	45,0	74	46,5
Técnico incompleto (1 a 3 años)	8	7,5	17	15,5	10	12,5	12	7,5
Universitaria incompleta o técnico completa.	7	6,5	18	16,4	12	15,0	24	15,1
Universitaria completa o más	8	7,5	10	9,1	7	8,8	10	6,3
Sin dato			1	,9	1	1,3		
Total	107	100%	110	100%	80	100%	159	100%

B. Nivel de consumo reportado

Promedio global de consumo.

Para cada grupo, se obtuvo la media global de consumo, siendo en general equivalente en 10 puntos, salvo el grupo intervenido pre-intervención, con una media de 11. En cualquier caso, desde el punto de vista estadístico, la diferencia no es significativa.

Tabla 5. Promedio global del test ASSIST de los participantes en el estudio

	Grupo							
	Grupo Int.		Grupo Int.		Grupo Cont. Pre		Grupo Cont. Post	
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
Puntaje ASSIST	11 _a		10 _a		10 _a		10 _a	

Nota: los valores de la misma fila y subtabla que no comparten el mismo subíndice son significativamente diferentes en $p < ,05$ en la prueba de dos caras de igualdad para medias de las columnas.

Respecto del nivel de consumo, en el análisis según nivel de riesgo, de acuerdo a los rangos de puntaje del test ASSIST, se obtiene lo siguiente:

Tabla 6. Distribución por nivel de riesgo de consumo, según test ASSIST, de los participantes en el estudio

Resultados Encuesta ASSIST para Alcohol								
Nivel de Riesgo	Grupo Int.		Grupo Int. Post		Grupo Cont. Pre		Grupo Cont. Post	
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
	n	%	n	%	n	%	n	%
Riesgo bajo	63	59%	73	66%	54	68%	114	72%
Riesgo intermedio	40	37%	35	32%	24	30%	38	24%
Riesgo alto	4	4%	2	2%	2	3%	7	4%

De los resultados destaca el porcentaje alto en el grupo 1 de riesgo intermedio, mientras que en forma más o menos estable se observa el grupo de riesgo alto. De los datos se podría pensar que si bien puede haber algún grado de sub-notificación del nivel de consumo de parte de los participantes, los resultados muestran cierta consistencia en el auto reporte de consumo, estando en conjunto alrededor del 30% en el caso del riesgo intermedio.

Posteriormente se mostrarán análisis estadísticos de las diferencias de proporciones encontradas,

Por otro lado, analizando el nivel de consumo según la media del grupo que consume en nivel de riesgo (puntos en el test ASSIST entre 11 y 26) se observa que el grupo intervenido post-

intervención muestra el puntaje promedio más bajo (17 puntos), aun cuando no es estadísticamente significativo.

Tabla 7. Promedio del test ASSIST para los participantes en el estudio en rango de puntaje de riesgo intermedio.

Grupo							
Grupo Int. Pre		Grupo Int. Post		Grupo Cont. Pre		Grupo Cont. Post	
Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar
18	5	17	6	18	6	19	6

C. Test de proporciones entre grupos de estudio para nivel de consumo

A continuación, para efectos de claridad gráfica, se presenta una serie de tablas en las que se realizan comparaciones entre los distintos grupos participantes, para comparar diferencias entre cada grupo según su nivel de riesgo observado.

Tabla 8. Test de proporciones para grupo intervenido pre-intervención y grupo control post-intervención

	Grupo			
	Grupo Int. Pre		Grupo Cont. Post	
	Recuento	% del N válido de columna	Recuento	% del N válido de columna
grupo de riesgo 1,00	63 _a	58,9%	114 _b	71,7%
2,00	40 _a	37,4%	38 _b	23,9%
3,00	4 _a	3,7%	7 _a	4,4%

Nota: los valores de la misma fila y subtabla que no comparten el mismo subíndice son significativamente diferentes en $p < ,05$ en la prueba de dos caras de igualdad para proporciones de las columnas. Las casillas sin subíndices no se incluyen en la prueba. Las pruebas asumen varianzas iguales.¹

1. Las pruebas se ajustan para todas las comparaciones por parejas dentro de una fila de cada subtabla más interior utilizando la corrección Bonferroni.

Tabla 9. Test de proporciones para grupo intervenido pre-intervención y grupo intervenido post-intervención

	Grupo				
	Grupo Int. Pre		Grupo Int. Post		
	Recuento	% del N válido de columna	Recuento	% del N válido de columna	
grupo de riesgo	1,00	63 _a	58,9%	73 _a	66,4%
	2,00	40 _a	37,4%	35 _a	31,8%
	3,00	4 _a	3,7%	2 _a	1,8%

Nota: los valores de la misma fila y subtabla que no comparten el mismo subíndice son significativamente diferentes en $p < ,05$ en la prueba de dos caras de igualdad para proporciones de las columnas. Las casillas sin subíndices no se incluyen en la prueba. Las pruebas asumen varianzas iguales.¹

1. Las pruebas se ajustan para todas las comparaciones por parejas dentro de una fila de cada subtabla más interior utilizando la corrección Bonferroni.

Tabla 10. Test de proporciones para grupo intervenido pre-intervención y grupo control post-intervención

	Grupo				
	Grupo Int. Pre		Grupo Cont. Pre		
	Recuento	% del N válido de columna	Recuento	% del N válido de columna	
grupo de riesgo	1,00	63 _a	58,9%	54 _a	67,5%
	2,00	40 _a	37,4%	24 _a	30,0%
	3,00	4 _a	3,7%	2 _a	2,5%

Nota: los valores de la misma fila y subtabla que no comparten el mismo subíndice son significativamente diferentes en $p < ,05$ en la prueba de dos caras de igualdad para proporciones de las columnas. Las casillas sin subíndices no se incluyen en la prueba. Las pruebas asumen varianzas iguales.¹

1. Las pruebas se ajustan para todas las comparaciones por parejas dentro de una fila de cada subtabla más interior utilizando la corrección Bonferroni.

Tabla 11. Test de proporciones para grupo control pre-intervención y grupo control post-intervención

	Grupo				
	Grupo Cont. Pre		Grupo Cont. Post		
	Recuento	% del N válido de columna	Recuento	% del N válido de columna	
grupo de riesgo	1,00	54 _a	67,5%	114 _a	71,7%
	2,00	24 _a	30,0%	38 _a	23,9%
	3,00	2 _a	2,5%	7 _a	4,4%

Nota: los valores de la misma fila y subtabla que no comparten el mismo subíndice son significativamente diferentes en $p < ,05$ en la prueba de dos caras de igualdad para proporciones de las columnas. Las casillas sin subíndices no se incluyen en la prueba. Las pruebas asumen varianzas iguales.¹

1. Las pruebas se ajustan para todas las comparaciones por parejas dentro de una fila de cada sub-tabla más interior utilizando la corrección Bonferroni.

Tabla 12. Test de proporciones para grupo intervenido post-intervención y grupo control post-intervención

	Grupo				
	Grupo Int. Post		Grupo Cont. Post		
	Recuento	% del N válido de columna	Recuento	% del N válido de columna	
grupo de riesgo	1,00	73 _a	66,4%	114 _a	71,7%
	2,00	35 _a	31,8%	38 _a	23,9%
	3,00	2 _a	1,8%	7 _a	4,4%

Nota: los valores de la misma fila y subtabla que no comparten el mismo subíndice son significativamente diferentes en $p < ,05$ en la prueba de dos caras de igualdad para proporciones de las columnas. Las casillas sin subíndices no se incluyen en la prueba. Las pruebas asumen varianzas iguales.¹

1. Las pruebas se ajustan para todas las comparaciones por parejas dentro de una fila de cada subtabla más interior utilizando la corrección Bonferroni.

Tabla 13. Test de proporciones para grupo intervenido post-intervención y grupo control pre-intervención

	Grupo				
	Grupo Int. Post		Grupo Cont. Pre		
	Recuento	% del N válido de columna	Recuento	% del N válido de columna	
grupo de riesgo	1,00	73 _a	66,4%	54 _a	67,5%
	2,00	35 _a	31,8%	24 _a	30,0%
	3,00	2 _a	1,8%	2 _a	2,5%

Nota: los valores de la misma fila y subtabla que no comparten el mismo subíndice son significativamente diferentes en $p < ,05$ en la prueba de dos caras de igualdad para proporciones de las columnas. Las casillas sin subíndices no se incluyen en la prueba. Las pruebas asumen varianzas iguales.¹

1. Las pruebas se ajustan para todas las comparaciones por parejas dentro de una fila de cada subtabla más interior utilizando la corrección Bonferroni.

Como se observa, los grupos en general no muestran diferencias estadísticas significativas, salvo por la diferencia observada por el grupo intervenido pre-intervención, con el grupo control post-intervención. Estos hallazgos serán comentados en las conclusiones.

D. Test de proporciones entre grupos de estudio para actitud hacia al alcohol

A continuación se presenta la comparación en los resultados de la encuesta de actitud, para analizar el posible efecto de la intervención en la actitud hacia el consumo de alcohol. Se presenta la encuesta en extenso, para comparación de distintos ítems que mostraron resultados a favor de uno u otro grupo. Se presentan resultados para el caso de grupo intervenido pre y post intervención, y grupo intervenido post intervención, con grupo control post intervención.

Se presenta en cada tabla la pregunta, luego el código que agrupa los tipos de respuesta (2: agrupa totalmente en desacuerdo y en desacuerdo; 3: refiere a ni en desacuerdo ni de acuerdo; 5: agrupa de acuerdo y totalmente de acuerdo). Luego, aparece el número de personas y la proporción respecto del total de cada grupo. Cada número, a la vez, presenta un subíndice alfabético (a o b) y que refleja el resultado del test de proporción para esa respuesta específica (compara la proporción que responde 2, 3 o 5 entre grupos), siendo distinto el subíndice si hay una diferencia significativa.

Se destacan en color naranja respuestas con diferencia significativa y que favorecen al grupo intervenido pre intervención, y en amarillo aquellas diferencias significativas que favorecen al grupo intervenido post intervención. No se contabiliza diferencias significativas para las respuestas tipo 3 por ser de tipo neutras y, por lo tanto las direccionalidad no se puede establecer.

Cuando se compara con el grupo control post intervención, se utiliza la misma lógica, destacando en color naranja respuestas con diferencia significativa y que favorecen al grupo control post intervención, y en amarillo aquellas diferencias significativas que favorecen al grupo intervenido post intervención. En cualquier caso, en la tabla 15 no hay diferencias a favor del grupo control.

Tabla 14. Test de proporciones para grupo intervenido pre-intervención y grupo intervenido post-intervención

		Grupo			
		Grupo Int. Pre		Grupo Int. Post	
		n	% del N total de columna de capa	n	% del N total de columna de capa
1. Para usted, el consumo de alcohol hace que las personas se sientan con más confianza en sí mismas	2	45 _a	42,1%	54 _a	49,1%
	3	17 _a	15,9%	23 _a	20,9%
	5	43 _a	40,2%	32 _a	29,1%
2. Para usted, el consumo de alcohol hace que las personas se sientan más felices	2	60 _a	56,1%	51 _a	46,4%
	3	19 _a	17,8%	29 _a	26,4%
	5	28 _a	26,2%	29 _a	26,4%
3. Para usted, el consumo de alcohol hace que las personas sean más divertidas	2	54 _a	50,5%	39 _b	35,5%
	3	20 _a	18,7%	38 _b	34,5%

	5	33 _a	30,8%	32 _a	29,1%
4. Para usted, el consumo de alcohol hace que las personas les sea más fácil acercarse a los demás	2	44 _a	41,1%	34 _a	30,9%
	3	13 _a	12,1%	33 _b	30,0%
	5	50 _a	46,7%	42 _a	38,2%
5. Para usted, el consumo de alcohol hace que las personas se relajen	2	52 _a	48,6%	47 _a	42,7%
	3	18 _a	16,8%	37 _b	33,6%
	5	36 _a	33,6%	25 _a	22,7%
6. Para usted, el consumo de alcohol hace que las personas sean menos aburridas	2	55 _a	51,4%	52 _a	47,3%
	3	23 _a	21,5%	39 _b	35,5%
	5	29 _a	27,1%	19 _a	17,3%
7. Para usted, el consumo de alcohol ayuda a que las personas puedan enfrentar mejor los problemas	2	97 _a	90,7%	95 _a	86,4%
	3	6 _a	5,6%	10 _a	9,1%
	5	4 _a	3,7%	5 _a	4,5%
8. Para usted, el consumo de alcohol ayuda a que las personas se sientan más relajadas	2	64 _a	59,8%	65 _a	59,1%
	3	17 _a	15,9%	27 _a	24,5%
	5	25 _a	23,4%	18 _a	16,4%
9. Para usted, el consumo de alcohol ayuda a que las personas no se sientan solas	2	86 _a	80,4%	67 _b	60,9%
	3	8 _a	7,5%	28 _b	25,5%
	5	13 _a	12,1%	15 _a	13,6%
10. Para usted, el consumo de alcohol ayuda a enfrentar sentimientos de frustración, depresión y / o estrés.	2	84 _a	78,5%	73 _b	66,4%
	3	8 _a	7,5%	19 _b	17,3%
	5	14 _a	13,1%	17 _a	15,5%
11. Para usted, el consumo de alcohol hace que las personas mejoren su concentración	2	103 _a	96,3%	97 _a	88,2%
	3	2 _a	1,9%	4 _a	3,6%
	5	2 _a	1,9%	5 _a	4,5%
12. Para usted, el consumo de alcohol hace que las personas logren dormir mejor	2	85 _a	79,4%	75 _a	68,2%
	3	6 _a	5,6%	17 _b	15,5%
	5	15 _a	14,0%	12 _a	10,9%
13. El consumo de alcohol hace que las personas tengan problemas	2	11 _a	10,3%	14 _a	12,7%
	3	8 _a	7,5%	7 _a	6,4%
	5	88 _a	82,2%	85 _a	77,3%
14. El alcohol hace que las personas se metan en problemas con otras personas	2	8 _a	7,5%	9 _a	8,2%
	3	6 _a	5,6%	14 _a	12,7%
	5	92 _a	86,0%	83 _a	75,5%
15. El consumo de alcohol hace que las personas empeoren su relación de pareja	2	6 _a	5,6%	10 _a	9,1%
	3	9 _a	8,4%	13 _a	11,8%
	5	92 _a	86,0%	83 _a	75,5%
16. El consumo de alcohol hace que las personas se sientan avergonzadas	2	31 _a	29,0%	33 _a	30,0%
	3	28 _a	26,2%	44 _b	40,0%
	5	48 _a	44,9%	31 _b	28,2%
17. Para usted, el consumo de alcohol hace que las personas a menudo hagan cosas que luego	2	8 _a	7,5%	7 _a	6,4%
	3	6 _a	5,6%	11 _a	10,0%

lamentan	5	93 _a	86,9%	90 _a	81,8%
18. El consumo de alcohol hace que las personas tengan problema en sus trabajos	2	5 _a	4,7%	6 _a	5,5%
	3	3 _a	2,8%	8 _a	7,3%
	5	99 _a	92,5%	93 _a	84,5%
19. El consumo de alcohol hace que las personas cometan errores	2	5 _a	4,7%	6 _a	5,5%
	3	2 _a	1,9%	3 _a	2,7%
	5	100 _a	93,5%	99 _a	90,0%
20. El consumo de alcohol aumenta el riesgo de cáncer	2	15 _a	14,0%	10 _a	9,1%
	3	43 _a	40,2%	24 _b	21,8%
	5	49 _a	45,8%	74 _b	67,3%
21. El consumo de alcohol hace que las personas se vuelvan agresivas	2	4 _a	3,7%	9 _a	8,2%
	3	14 _a	13,1%	19 _a	17,3%
	5	89 _a	83,2%	81 _a	73,6%
22. Para usted, el consumo de alcohol causa accidentes de tránsito	2	2 _a	1,9%	5 _a	4,5%
	5	105 _a	98,1%	104 _a	94,5%
23. El consumo de alcohol disminuye el funcionamiento sexual	2	21 _a	19,6%	13 _a	11,8%
	3	24 _a	22,4%	33 _a	30,0%
	5	62 _a	57,9%	63 _a	57,3%
24. Para usted, el consumo de alcohol es malo para la salud	2	4 _a	3,7%	6 _a	5,5%
	3	16 _a	15,0%	18 _a	16,4%
	5	86 _a	80,4%	85 _a	77,3%
25. El consumo de alcohol aumenta el riesgo de enfermedades cardiovasculares	2	5 _a	4,7%	4 _a	3,6%
	3	27 _a	25,2%	17 _a	15,5%
	5	74 _a	69,2%	88 _a	80,0%
26. Para usted, el consumo de alcohol es malo para el hígado	2	1 _a	,9%	6 _a	5,5%
	3	5 _a	4,7%	7 _a	6,4%
	5	101 _a	94,4%	97 _a	88,2%
27. El consumo de alcohol hace que las personas no duerman bien	2	10 _a	9,3%	14 _a	12,7%
	3	27 _a	25,2%	31 _a	28,2%
	5	70 _a	65,4%	65 _a	59,1%
1. Yo preferiría que un familiar beba en casa antes que en lugares públicos	2	12 _a	11,2%	17 _a	15,5%
	3	24 _a	22,4%	20 _a	18,2%
	5	71 _a	66,4%	72 _a	65,5%
2. Yo preferiría que un familiar beba en fiestas o reuniones sociales antes que en casa sólo	2	37 _a	34,6%	33 _a	30,0%
	3	25 _a	23,4%	43 _b	39,1%
	5	44 _a	41,1%	33 _a	30,0%
3. Hay que emborracharse de vez en cuando ej. después de un gran logro	2	53 _a	49,5%	69 _a	62,7%
	3	24 _a	22,4%	26 _a	23,6%
	5	28 _a	26,2%	14 _b	12,7%

Tabla 15. Test de proporciones para grupo intervenido pre-intervención y grupo intervenido post-intervención

	Grupo				
		Grupo Int. Post		Grupo Cont. Post	
		n	% del N total de columna de capa	n	% del N total de columna de capa
1. Para usted, el consumo de alcohol hace que las personas se sientan con más confianza en sí mismas	2	54 _a	49,1%	61 _a	38,4%
	3	23 _a	20,9%	28 _a	17,6%
	5	32 _a	29,1%	69 _b	43,4%
2. Para usted, el consumo de alcohol hace que las personas se sientan más felices	2	51 _a	46,4%	55 _b	34,6%
	3	29 _a	26,4%	48 _a	30,2%
	5	29 _a	26,4%	55 _a	34,6%
3. Para usted, el consumo de alcohol hace que las personas sean más divertidas	2	39 _a	35,5%	44 _a	27,7%
	3	38 _a	34,5%	51 _a	32,1%
	5	32 _a	29,1%	63 _a	39,6%
4. Para usted, el consumo de alcohol hace que las personas les sea más fácil acercarse a los demás	2	34 _a	30,9%	42 _a	26,4%
	3	33 _a	30,0%	37 _a	23,3%
	5	42 _a	38,2%	79 _a	49,7%
5. Para usted, el consumo de alcohol hace que las personas se relajen	2	47 _a	42,7%	49 _b	30,8%
	3	37 _a	33,6%	49 _a	30,8%
	5	25 _a	22,7%	60 _b	37,7%
6. Para usted, el consumo de alcohol hace que las personas sean menos aburridas	2	52 _a	47,3%	59 _a	37,1%
	3	39 _a	35,5%	51 _a	32,1%
	5	19 _a	17,3%	48 _b	30,2%
7. Para usted, el consumo de alcohol ayuda a que las personas puedan enfrentar mejor los problemas	2	95 _a	86,4%	124 _a	78,0%
	3	10 _a	9,1%	24 _a	15,1%
	5	5 _a	4,5%	9 _a	5,7%
8. Para usted, el consumo de alcohol ayuda a que las personas se sientan más relajadas	2	65 _a	59,1%	78 _a	49,1%
	3	27 _a	24,5%	45 _a	28,3%
	5	18 _a	16,4%	35 _a	22,0%
9. Para usted, el consumo de alcohol ayuda a que las personas no se sientan solas	2	67 _a	60,9%	94 _a	59,1%
	3	28 _a	25,5%	38 _a	23,9%
	5	15 _a	13,6%	26 _a	16,4%
10. Para usted, el consumo de alcohol ayuda a enfrentar sentimientos de frustración, depresión y / o estrés.	2	73 _a	66,4%	107 _a	67,3%
	3	19 _a	17,3%	23 _a	14,5%
	5	17 _a	15,5%	28 _a	17,6%
11. Para usted, el consumo de alcohol hace que las personas mejoren su concentración	2	97 _a	88,2%	144 _a	90,6%
	3	4 _a	3,6%	10 _a	6,3%

	5	5 _a	4,5%	2 _a	1,3%
12. Para usted, el consumo de alcohol hace que las personas logren dormir mejor	2	75 _a	68,2%	103 _a	64,8%
	3	17 _a	15,5%	32 _a	20,1%
	5	12 _a	10,9%	21 _a	13,2%
13. El consumo de alcohol hace que las personas tengan problemas	2	14 _a	12,7%	26 _a	16,4%
	3	7 _a	6,4%	26 _b	16,4%
	5	85 _a	77,3%	104 _b	65,4%
14. El alcohol hace que las personas se metan en problemas con otras personas	2	9 _a	8,2%	20 _a	12,6%
	3	14 _a	12,7%	27 _a	17,0%
	5	83 _a	75,5%	109 _a	68,6%
15. El consumo de alcohol hace que las personas empeoren su relación de pareja	2	10 _a	9,1%	14 _a	8,8%
	3	13 _a	11,8%	25 _a	15,7%
	5	83 _a	75,5%	117 _a	73,6%
16. El consumo de alcohol hace que las personas se sientan avergonzadas	2	33 _a	30,0%	54 _a	34,0%
	3	44 _a	40,0%	61 _a	38,4%
	5	31 _a	28,2%	42 _a	26,4%
17. Para usted, el consumo de alcohol hace que las personas a menudo hagan cosas que luego lamentan	2	7 _a	6,4%	15 _a	9,4%
	3	11 _a	10,0%	26 _a	16,4%
	5	90 _a	81,8%	117 _a	73,6%
18. El consumo de alcohol hace que las personas tengan problema en sus trabajos	2	6 _a	5,5%	15 _a	9,4%
	3	8 _a	7,3%	13 _a	8,2%
	5	93 _a	84,5%	130 _a	81,8%
19. El consumo de alcohol hace que las personas cometan errores	2	6 _a	5,5%	12 _a	7,5%
	3	3 _a	2,7%	17 _b	10,7%
	5	99 _a	90,0%	129 _b	81,1%
20. El consumo de alcohol aumenta el riesgo de cáncer	2	10 _a	9,1%	19 _a	11,9%
	3	24 _a	21,8%	54 _b	34,0%
	5	74 _a	67,3%	85 _b	53,5%
21. El consumo de alcohol hace que las personas se vuelvan agresivas	2	9 _a	8,2%	12 _a	7,5%
	3	19 _a	17,3%	40 _a	25,2%
	5	81 _a	73,6%	105 _a	66,0%
22. Para usted, el consumo de alcohol causa accidentes de tránsito	2	5 _a	4,5%	6 _a	3,8%
	3	0 ¹	0,0%	8 _a	5,0%
	5	104 _a	94,5%	143 _a	89,9%
23. El consumo de alcohol disminuye el funcionamiento sexual	2	13 _a	11,8%	39 _b	24,5%
	3	33 _a	30,0%	49 _a	30,8%
	5	63 _a	57,3%	69 _b	43,4%
24. Para usted, el consumo de alcohol es malo para la salud	2	6 _a	5,5%	17 _a	10,7%
	3	18 _a	16,4%	21 _a	13,2%
	5	85 _a	77,3%	119 _a	74,8%
25. El consumo de alcohol aumenta el riesgo de	2	4 _a	3,6%	12 _a	7,5%

enfermedades cardiovasculares	3	17 _a	15,5%	31 _a	19,5%
	5	88 _a	80,0%	114 _a	71,7%
26. Para usted, el consumo de alcohol es malo para el hígado	2	6 _a	5,5%	7 _a	4,4%
	3	7 _a	6,4%	14 _a	8,8%
	5	97 _a	88,2%	136 _a	85,5%
27. El consumo de alcohol hace que las personas no duerman bien	2	14 _a	12,7%	31 _a	19,5%
	3	31 _a	28,2%	44 _a	27,7%
	5	65 _a	59,1%	82 _a	51,6%
1. Yo preferiría que un familiar beba en casa antes que en lugares públicos	2	17 _a	15,5%	39 _a	24,5%
	3	20 _a	18,2%	30 _a	18,9%
	5	72 _a	65,5%	83 _a	52,2%
2. Yo preferiría que un familiar beba en fiestas o reuniones sociales antes que en casa sólo	2	33 _a	30,0%	51 _a	32,1%
	3	43 _a	39,1%	46 _a	28,9%
	5	33 _a	30,0%	55 _a	34,6%
3. Hay que emborracharse de vez en cuando ej. después de un gran logro	2	69 _a	62,7%	85 _a	53,5%
	3	26 _a	23,6%	39 _a	24,5%
	5	14 _a	12,7%	28 _a	17,6%
4. La venta legal de alcohol debería estar prohibida	2	57 _a	51,8%	69 _a	43,4%
	3	40 _a	36,4%	46 _a	28,9%
	5	12 _a	10,9%	37 _b	23,3%
5. El alcohol es siempre perjudicial, independiente de la cantidad, la frecuencia y la duración del consumo	2	34 _a	30,9%	41 _a	25,8%
	3	17 _a	15,5%	28 _a	17,6%
	5	59 _a	53,6%	87 _a	54,7%
6. Es mejor nunca probar el alcohol	2	50 _a	45,5%	42 _b	26,4%
	3	39 _a	35,5%	62 _a	39,0%
	5	21 _a	19,1%	51 _b	32,1%

Como se puede observar, los resultados son mixtos. Por un lado, en la comparación al interior del grupo intervenido (pre y post intervención) se aprecia algunas respuestas, principalmente del componente normativo, que muestran una actitud negativa al alcohol en el pre-intervención (es decir, una actitud hacia el no consumo). Por otro lado, un par de preguntas con parte del componente cognitivo de la actitud negativa hacia el alcohol que favorecen en el post intervención. Una posible explicación para esta diferencia puede estar relacionada a un posible mayor sesgo de deshabilitación social en preguntas del componente normativo, siendo un mejor indicador de actitud negativa el componente cognitivo. Se discutirá posteriormente este punto.

Respecto de la segunda comparación, todas las diferencias significativas de actitud negativa hacia el alcohol favorecen al grupo intervenido post intervención.

IX. CONCLUSIONES

Los resultados observados, si bien no son del todo concluyentes, permiten sugerir que una intervención como la implementada pudo mostrar resultados positivos en modificar la actitud hacia el consumo de alcohol. Como se anticipó en el diseño del estudio, tanto por la dosis de la intervención, como por la complejidad de realizarlo en el contexto laboral, no se esperaba un cambio en el nivel de consumo, pero sí en la actitud hacia el consumo de alcohol, como en cierta forma lo representan los resultados observados. Adicionalmente, desde el punto de vista psicométrico, en el contexto de una intervención, es posible plantear que las preguntas de actitud más relacionadas al componente normativo son más susceptibles de sesgo de deseabilidad social, es decir, responder lo que se esperaría como correcto, lo que explicaría una tendencia en todos los grupos comparados hacia aquellas respuestas, y también la diferencia al interior del mismo grupo intervenido. Sin embargo, el componente más cognitivo podría ser más robusto y menos sujeto a sesgo.

En cualquier caso, los resultados deben ser analizados a la luz de las limitaciones de este estudio. Primero, se trata de un ensayo clínico en grupos no comparables (cuasi-experimento). Segundo, se aplica en el contexto laboral en un tema de reconocido estigma, por lo que el sesgo de reporte está seguramente presente. Tercero, como muestran los datos, el grupo intervenido no es necesariamente el mismo en la segunda medición, lo que podría generar una dilución del efecto de la intervención. Es decir, muchos de los que recibieron la intervención no necesariamente respondieron la encuesta post-intervención, reduciendo la magnitud del efecto si lo hubo, dado que se incorporaron participantes que no habían recibido la intervención inicial, o sólo recibieron parte de ella. Esto es posible dado que la estructura de trabajos por turnos no asegura que sean los mismos en ambas oportunidades, pese a que se intentó. Asimismo, dado el compromiso con la confidencialidad, se decidió no identificar a las personas, y así facilitar la participación y una mejor respuesta a los cuestionarios. Ello, además, implicó que el análisis sólo se pueda realizar como muestras independientes. Cuarto, como consecuencia de lo anterior, no se pudo garantizar que la dosis de la intervención fue la misma para todos los participantes en el grupo intervenido.

Pese a lo anterior, se debe destacar el éxito en la implementación de una intervención compleja como la de este estudio, que es aún más compleja considerando que se realiza en el contexto laboral, donde no necesariamente hay incentivos a implementar intervenciones de este tipo. De este modo, y pese a las dificultades, el lugar de trabajo participante fue extraordinariamente facilitador para completar el estudio. Asimismo, los resultados muestran cierta consistencia en las respuestas de consumo y de actitud, lo que abre una posibilidad importante y necesaria de seguir desarrollando esta línea de trabajo, y permite plantear que la intervención podría ser efectiva.

En resumen, este estudio piloto resulta un excelente primer paso en el desarrollo y evaluación de metodologías de intervención en prevención del consumo de alcohol en el entorno laboral.

X BIBLIOGRAFÍA:

1. Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible 2007. Departamento de Epidemiología. Agosto 2008. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. Consultado en Julio 2010. Disponible en: <http://epi.minsal.cl/epi/html/invest/cargaenf2008/minuta21-07-2008.pdf>
2. CONACE. Décimo Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile 2010. Disponible en: <http://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2013/10/InformeEjecutivoENPG2012.pdf>
3. Asociación Chilena de Seguridad. Sexto Estudio de Prevalencia de Consumo de Alcohol y Otras Drogas en Trabajadores Chilenos, 2012. Disponible en: <http://www.achs.cl/portal/ACHS-Corporativo/Documents/VIESTUDIOALCOHOLYDROGASTRABAJADORES.pdf>
4. European Alcohol and Health Forum. Alcohol, Work and Productivity, Scientific Opinion of the Science Group of the European Alcohol and Health Forum. 2011. Disponible en http://ec.europa.eu/health/alcohol/docs/science_02_en.pdf
5. Roche AM et al. Workers' drinking patterns: the impact on absenteeism in the Australian workplace. *Addiction*, 2008, 103:738-748.
6. Ramchand R, Pomeroy A, Arkes J. The Effects of Substance Use on Workplace Injuries. RAND Center for Health and Safety in the Workplace, 2009. Disponible en http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/occasional_papers/2009/RAND_OP247.pdf
7. OMS. The ASSIST project - Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test. The Effectiveness of a Brief Intervention for Illicit Drugs Linked to the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) in Primary Health Care Settings: A Technical Report of Phase III Findings of the WHO ASSIST Randomized Controlled Trial. 2007. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist/en/
8. Poblete F, Zuzulich S, Galarce M, Villarroel L. Efectividad De Una Intervención Breve Asociada A Un Test De Screening (Assist) Para Usuarios Con Riesgo Intermedio En Consumo De Alcohol Y Sustancias. Informe Final 2013. Documento interno SENDA, aun no publicado.
9. Roman P, Blum T. The Workplace and Alcohol Problem Prevention. *Alcohol Res Health*. 2002;26(1):49-57.
10. Anderson P. Alcohol and the Workplace. World Health Organization, 2012. Disponible en: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/policy/10-action-areas-of-the-european-action-plan-to-reduce-the-harmful-use-of-alcohol-20122020/community-and-workplace-action/alcohol-in-the-european-union.-consumption,-harm-and-policy-approaches-2012/alcohol-and-the-workplace>
11. Hermansson U, Helander A, Brandt L, Huss A, Rönnerberg S. Screening and brief intervention

- for risky alcohol consumption in the workplace: results of a 1-year randomized controlled study. *Alcohol Alcohol*. 2010 May-Jun;45(3):252-7
12. Webb G, Shakeshaft A, Sanson-Fisher R, Havard A. A systematic review of work-place interventions for alcohol-related problems. *Addiction*. 2009 Mar;104(3):365-77
 13. Bennett JB, Patterson CR, Reynolds GS, Wiitala WL, Lehman WE. Team awareness, problem drinking, and drinking climate: workplace social health promotion in a policy context. *Am J Health Promot*. 2004 Nov-Dec;19(2):103-13.
 14. Merrick ES1, Volpe-Vartanian J, Horgan CM, McCann B. Alcohol & drug abuse: Revisiting employee assistance programs and substance use problems in the workplace: key issues and a research agenda. *Psychiatr Serv*. 2007 Oct;58(10):1262-4.
 15. Ochoa Enriqueta, Madoz Gúrpide Agustín. Consumo de alcohol y otras drogas en el medio laboral. *Med. segur. trab.* 2008 ; 54(213): 25-32. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2008000400003&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2008000400003>.
 16. Schomerus G1, Lucht M, Holzinger A, Matschinger H, Carta MG, Angermeyer MC. The stigma of alcohol dependence compared with other mental disorders: a review of population studies. *Alcohol Alcohol*. 2011 Mar-Apr;46(2):105-12.
 17. Schomerus G1, Corrigan PW, Klauer T, Kuwert P, Freyberger HJ, Lucht M. Self-stigma in alcohol dependence: consequences for drinking-refusal self-efficacy. *Drug Alcohol Depend*. 2011 Mar 1;114(1):12-7.
 18. K Glanz, B.K Rimer, & FM Lewis (eds.) (2002). *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice*. 3rd Ed. San Francisco, CA:Josey-Bass.
 19. Flick, U., *Introducción a la Investigación Cualitativa*, Ediciones Morata S. L., Madrid, 2004.
 20. CONACE. *Orientaciones Generales para La Detección Precoz del Consumo de Drogas*. 2012.
 21. Ajzen I, Fishbein M. *Understanding Attitudes and predicting social behavior*. 1980, Prentice-Hall, NJ.
 22. [Stacy AW](#), [Bentler PM](#), [Flay BR](#). Attitudes and health behavior in diverse populations: drunk driving, Alcohol use, binge eating, marijuana use, and cigarette use. [Health Psychol](#). 1994 Jan;13(1):73-85.
 23. Wallace D, Paulson R, Lord C, Bond C. Which Behaviors Do Attitudes Predict? Meta-Analyzing the Effects of Social Pressure and Perceived Difficulty. *Review of General Psychology*, Vol 9(3), Sep 2005, 214-227.
 24. Roek MA, Spijkerman R, Poelen EA, Lemmers L, Engels RC. The unique contribution of

- attitudes toward non-alcoholic drinks to the prediction of adolescents' and young adults' alcohol consumption. *Addict Behav.* 2010 Jun;35(6):651-4.
25. Bertholet N, Gaume J, Faouzi M, Daeppen JB, Gmel G. Perception of the amount of drinking by others in a sample of 20-year-old men: the more I think you drink, the more I drink. *Alcohol Alcohol.* 2011 Jan-Feb;46(1):83-7.
 26. Cunningham JA, Neighbors C, Wild TC, Humphreys K. Normative misperceptions about alcohol use in a general population sample of problem drinkers from a large metropolitan city. *Alcohol Alcohol.* 2012 Jan-Feb;47(1):63-6.
 27. Francalanci C, Chiassai S, Ferrara G, Ferretti F, Mattei R. Scale for the measurement of attitudes towards alcohol. *Alcohol Alcohol.* 2011 Mar-Apr;46(2):133-7
 28. Streiner D, Norman G. Health measurement scales: A practical guide to their development and use 4 edition ed. USA: Oxford University Press; 2008.
 29. Cook DA, Beckman TJ. Current concepts in validity and reliability for psychometric instruments: Theory and application. *Am J Med.* 2006 Feb;119(2):166.e7,166.16.
 30. McDowell I. Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires. 3 edition ed. USA: Oxford University Press; 2006
 31. Goldberg, D., Gater, R., Sartorius, N., Ustun, T., Piccinelli, M., Gureje, O., et al. (1997). The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychol Med* 27, 191-197.
 32. Marchand A, Parent-Lamarche A, Blanc ME. Work and high-risk alcohol consumption in the Canadian workforce. *International Journal of Environmental Research and Public Health.* 2011;8(7):2692–2705
 33. López M, Laviana M, Fernández L, López A, et al. La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 2008;28(101):43-83.
 34. Anderson P, Gual A, Colon J. Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas. Washington, D.C.: OPS, 2008. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_atencion_primaria.pdf
 35. Greenhalgh T. et al (2004). Diffusion of Innovations in Service Organizations: Systematic Review and Recommendations. *The Milbank Quarterly*, Vol. 82, No. 4, pp. 581–629

ANEXOS

ANEXO 1: ENCUESTA APLICADA



“Evaluación de una intervención organizacional para desarrollar una actitud hacia la prevención del consumo de alcohol en el contexto laboral”

i. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

Anote en el casillero el número de la alternativa que corresponda.

1. Edad:

1. Hasta 25 años
2. 26 a 35 años
3. 36 a 45 años
4. 46 a 55 años
5. 56 a 65 años
6. Mayor de 65 años

2. Estado civil:

1. Soltero
2. Casado
3. Separado o anulado
4. Viudo
5. Conviviente

3. Sexo:

1. Masculino
2. Femenino

4. Nivel educacional:

1. Sin estudios
2. Básica incompleta
3. Básica completa
4. Media incompleta
5. Media completa
6. Técnico incompleto (1 a 3 años)
7. Universitaria incompleta o técnico completa.
8. Universitaria completa o más

ii. PARTE 1

A) En base al siguiente enunciado, marque la opción que más se adecue a su sentir u opinión, siendo 1 totalmente en desacuerdo y 5 totalmente en acuerdo

1. Para usted, el consumo de alcohol hace que las personas se sientan con más confianza en sí mismas	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en desacuerdo ni de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
	1	2	3	4	5

2. Para usted, el consumo de alcohol hace que las personas se sientan más felices	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en desacuerdo ni de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
	1	2	3	4	5

3. Para usted, el consumo de alcohol hace que las personas sean más divertidas	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en desacuerdo ni de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
	1	2	3	4	5

4. Para usted, el consumo de alcohol hace que las personas les sea más fácil acercarse a los demás	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en desacuerdo ni de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
	1	2	3	4	5

5. Para usted, el consumo de alcohol hace que las personas se relajen	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en desacuerdo ni de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
	1	2	3	4	5

6. Para usted, el consumo de alcohol hace que las personas sean menos aburridas	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en desacuerdo ni de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
	1	2	3	4	5

7. Para usted, el consumo de alcohol ayuda a que las personas puedan enfrentar mejor los problemas	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en desacuerdo ni de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
	1	2	3	4	5

8. Para usted, el consumo de alcohol ayuda a que las personas se sientan más relajadas	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en desacuerdo ni de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
	1	2	3	4	5

9. Para usted, el consumo de alcohol ayuda a que las personas no se sientan solas	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en desacuerdo ni de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
	1	2	3	4	5

10. Para usted, el consumo de alcohol ayuda a enfrentar sentimientos de frustración, depresión y / o estrés.	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en desacuerdo ni de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
	1	2	3	4	5

11. Para usted, el consumo de alcohol hace que las personas mejoren su concentración	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en desacuerdo ni de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
	1	2	3	4	5

12. Para usted, el consumo de alcohol hace que las personas logren dormir mejor	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en desacuerdo ni de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
	1	2	3	4	5

13. El consumo de alcohol hace que las personas tengan problemas	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en desacuerdo ni de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
	1	2	3	4	5

14. El alcohol hace que las personas se metan en problemas con otras personas	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en desacuerdo ni de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
	1	2	3	4	5

15. El consumo de alcohol hace que las personas empeoren su relación de pareja	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en desacuerdo ni de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
	1	2	3	4	5

16. El consumo de alcohol hace que las personas se sientan avergonzadas	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en desacuerdo ni de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
	1	2	3	4	5

17. Para usted, el consumo de alcohol hace que las personas a menudo hagan cosas que luego lamentan	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en desacuerdo ni de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
	1	2	3	4	5

18. El consumo de alcohol hace que las personas tengan problema en sus trabajos	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en desacuerdo ni de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
	1	2	3	4	5

19. El consumo de alcohol hace que las personas cometan errores	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en desacuerdo ni de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
	1	2	3	4	5

20. El consumo de alcohol aumenta el riesgo de cáncer	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en desacuerdo ni de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
	1	2	3	4	5

21. El consumo de alcohol hace que las personas se vuelvan agresivas	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en desacuerdo ni de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
	1	2	3	4	5

22. Para usted, el consumo de alcohol causa accidentes de tránsito	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en desacuerdo ni de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
	1	2	3	4	5

23. El consumo de alcohol disminuye el funcionamiento sexual	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en desacuerdo ni de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
	1	2	3	4	5

24. Para usted, el consumo de alcohol es malo para la	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

salud	ni de acuerdo				
	1	2	3	4	5

25. El consumo de alcohol aumenta el riesgo de enfermedades cardiovasculares	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en desacuerdo ni de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
	1	2	3	4	5

26. Para usted, el consumo de alcohol es malo para el hígado	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en desacuerdo ni de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
	1	2	3	4	5

27. El consumo de alcohol hace que las personas no duerman bien	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en desacuerdo ni de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
	1	2	3	4	5

B) PARTE 2

En base a las siguientes preguntas, marque la alternativa que más se adecue a su sentir u opinión.

1. Yo preferiría que un familiar beba en casa antes que en lugares públicos
 - a. Totalmente en desacuerdo
 - b. En desacuerdo
 - c. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - d. De acuerdo
 - e. Totalmente de acuerdo

2. Yo preferiría que un familiar beba en fiestas o reuniones sociales antes que en casa sólo
 - a. Totalmente en desacuerdo
 - b. En desacuerdo
 - c. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - d. De acuerdo
 - e. Totalmente de acuerdo

3. Hay que emborracharse de vez en cuando ej. después de un gran logro
 - a. Totalmente en desacuerdo
 - b. En desacuerdo
 - c. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - d. De acuerdo
 - e. Totalmente de acuerdo

4. La venta legal de alcohol debería estar prohibida
 - a. Totalmente en desacuerdo
 - b. En desacuerdo
 - c. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - d. De acuerdo
 - e. Totalmente de acuerdo

3. En los últimos tres meses, ¿Con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias por consumir bebidas alcohólicas?
- | | |
|---|------------------------|
| 0 | Nunca |
| 3 | 1 o 2 veces |
| 4 | Mensualmente |
| 5 | Semanalmente |
| 6 | Diario o casi a diario |
4. En los últimos tres meses, ¿Con qué frecuencia ha tenido problemas de salud, sociales, legales o económicos debido al consumo de bebidas alcohólicas?
- | | |
|---|------------------------|
| 0 | Nunca |
| 4 | 1 o 2 veces |
| 5 | Mensualmente |
| 6 | Semanalmente |
| 7 | Diario o casi a diario |
5. En los últimos tres meses, ¿Con qué frecuencia dejó de hacer lo que normalmente se esperaba de usted a causa del consumo de bebidas alcohólicas?
- | | |
|---|------------------------|
| 0 | Nunca |
| 5 | 1 o 2 veces |
| 6 | Mensualmente |
| 7 | Semanalmente |
| 8 | Diario o casi a diario |
6. ¿Alguna vez amigos, familiares o alguien más le han mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas?
- | | |
|---|---------------------------------------|
| 0 | No, Nunca |
| 6 | Sí, en los últimos tres meses |
| 3 | Sí, pero NO en los últimos tres meses |

7. ¿Alguna vez ha intentado controlar, reducir o dejar de consumir bebidas alcohólicas y NO lo ha logrado?

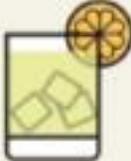
- | | |
|---|---------------------------------------|
| 0 | No, Nunca |
| 6 | Sí, en los últimos tres meses |
| 3 | Sí, pero NO en los últimos tres meses |

PARTE 4

Observando la lámina adjunta a continuación y su equivalencia en tragos, conteste las siguientes preguntas. Marque con una X la alternativa que más represente su situación.

CERVEZA			
			
Lata de cerveza 1 TRAGO	Shot pequeño 1 y 1/2 TRAGOS	Shot grande 3 TRAGOS	Botella de cerveza 3 TRAGOS

VINO			
			
Copa de vino Media caña, jote 1 TRAGO	Vaso de vino Caña 2 TRAGOS	Botella de vino 6 TRAGOS	Caja de vino Tetrapack 8 TRAGOS

LICOR			
			
Cortado de licor. Pisco, ron, aguardiente	Combinado simple 1 TRAGO	Combinado fuerte Cabezón	Botella de licor 17 TRAGOS

1. En el **ÚLTIMO MES**, recuerde el último DÍA que consumió alcohol (el día más reciente) ¿Cuántos **TRAGOS** de alcohol tomó durante ese día?
 - a. No ingerí bebidas alcohólicas en el último mes
 - b. 1 a 2 tragos
 - c. 3 a 4 tragos
 - d. 5 a 7 tragos
 - e. 8 o más tragos

2. Centrándose en la última SEMANA DE DESCANSO ¿Cuántos **TRAGOS** de alcohol tomó durante esa semana? Calcule el total de tragos considerando los 7 días
 - a. No ingerí bebidas alcohólicas
 - b. 1 a 7 tragos en la semana
 - c. 8 a 14 tragos en la semana
 - d. 15 a 20 tragos en la semana
 - e. 21 o más tragos en la semana

!!! Muchas Gracias por su tiempo!!!

Programa Proyecto

Taller de desarrollo de un plan de marketing interno con líderes locales del entorno laboral

Ubicación: Faena el “Encuentro”

Número de Participantes: 6

Objetivo del taller:

- Entregar herramientas de difusión a los trabajadores, sobre el consumo de alcohol.
- Empoderar como líderes a los participantes, para transmitir las consecuencias negativas que tiene el consumo de alcohol.
- Utilizando la matriz de comunicación en salud, se construye en conjunto un modelo de logro de objetivos de comunicación, a la vez que se define aspectos del mensaje, fuente, canales de difusión y alcance.
- Los resultados son los siguientes:

N°	CANAL DE DIFUSIÓN	MENSAJE	UBICACIÓN O TIEMPO	OBJETIVO
1	Grabación	20 frases sobre las consecuencias del consumo de alcohol.	La grabación será mostrada en los televisores que están en el casino, teniendo acceso para todos. En cada obra, se acercará un representante del grupo de líderes para preguntarles aleatoriamente a los trabajadores, cuáles creen ellos que son las consecuencias negativas más significativas que tiene el consumo de alcohol.	Esta actividad tiene como objetivo captar el interés y tomar conciencia sobre los factores negativos que tiene el consumo de alcohol en la vida de cada persona.

N°	CANAL DE DIFUSIÓN	MENSAJE	UBICACIÓN O TIEMPO	OBJETIVO
2	Obra de Teatro	Tema: repercusiones en el sistema familiar cuando existe consumo de alcohol.	Se realizará en el momento de las charlas integrales, día Jueves 05 de Octubre.	Los mismos trabajadores representarán la realidad que vive la mayoría. Por ejemplo, cuando bajan de la mina, la mayoría toman alcohol en el aeropuerto, llegando a sus hogares en condiciones no óptimas. El objetivo es que cada trabajador se vea reflejado y logre darse cuenta del

				daño que causa en su sistema familiar y social.

N°	CANAL DE DIFUSIÓN	MENSAJE	UBICACIÓN O TIEMPO	OBJETIVO
3	Pendón	<p>NO MÁS...</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de Memoria • Depresión • Personalidad más agresiva • Desintegración Familiar • Baja Productividad Laboral • Disfunción Sexual • Cirrosis Hepática <p>PENDIENTE, PONER IMAGEN DE MAYOR IMPACTO</p>	El Pendón será ubicado en el Casino de los trabajadores de la Mina.	Mostrar las consecuencias físicas y psicológicas que conllevan el consumo de alcohol no controlado. Todo trabajador tendrá acceso a esta información, ya que el lugar de ubicación permite que todos los vean.

N°	CANAL DE DIFUSIÓN	MENSAJE	UBICACIÓN O TIEMPO	OBJETIVO
4	Folleto 1	<p>“Por qué tanto sacrificio, si por UN TRAGO, perdemos TODO”</p> <p>PENDIENTE AGREGAR IMAGEN</p>	Los trabajadores que fueron asignados como líderes, serán los encargados de entregar estos folletos informativos. Estos se harán entrega en cualquier momento que se considere adecuado.	Generar conciencia en la toma de decisión a la hora de tomar alcohol.

N°	CANAL DE DIFUSIÓN	MENSAJE	UBICACIÓN O TIEMPO	OBJETIVO
5	Folleto 2	<p>Nombrar todas las consecuencias que tiene el consumo de Alcohol.....</p> <ul style="list-style-type: none"> • Depresión • Disfunción Sexual • Violencia 	Los trabajadores que fueron asignados como líderes serán los encargados de entregar estos folletos informativos. Estos ser harán entrega junto con las toallas	Generar conciencia en la toma de decisión a la hora de tomar alcohol.

		intrafamiliar <ul style="list-style-type: none"> • Cirrosis Hepática • Soledad • Personalidad más agresiva • Accidentes de tránsito • Embarazo no deseado • Hipertensión • Deterioro en la memoria y atención 	de manos.	
		PENDIENTE AGREGAR IMAGEN		

N°	CANAL DE DIFUSIÓN	MENSAJE	UBICACIÓN O TIEMPO	OBJETIVO
6	Llaveros	“Tú decides: Familia o alcohol.”	Los trabajadores que fueron asignados como líderes harán entrega de estos regalos.	Generar conciencia en la toma de decisión a la hora de tomar alcohol.

N°	CANAL DE DIFUSIÓN	MENSAJE	UBICACIÓN O TIEMPO	OBJETIVO
7	Stickers	“¿Qué sería más difícil para ti, dejar el alcohol o perder a tu familia?”	Los trabajadores que fueron asignados como líderes harán entrega de estos regalos.	Generar conciencia en la toma de decisión a la hora de tomar alcohol.

N°	CANAL DE DIFUSIÓN	MENSAJE	UBICACIÓN O TIEMPO	OBJETIVO
8	Afiche Informativo 1	“En tus bajadas, no bajes tantas botellas.” PENDIENTE AGREGAR IMAGEN; MINERO CON SU BOLSO BAJANDO DE LA MINA	Esta información será puesta en el Diario mural, container, buses, casino.	Generar conciencia en la toma de decisión a la hora de tomar alcohol.

N°	CANAL DE DIFUSIÓN	MENSAJE	UBICACIÓN O TIEMPO	OBJETIVO

9	Afiche Informativo 2	<p>“¿Quieres que tus hijos sigan tus pasos?”</p> <p>PENDIENTE AGREGAR IMAGEN; DE UN GRUPO DE JOVENES BEBIENDO Y UN ADULTO BEBIENDO, AMBAS CON UNA IMAGEN DE IMPACTO.</p>	Esta información será puesta en el Diario mural, container, buses, casino.	Generar conciencia en la toma de decisión a la hora de tomar alcohol.
---	----------------------	--	--	---

N°	CANAL DE DIFUSIÓN	MENSAJE	UBICACIÓN O TIEMPO	OBJETIVO
10	Habilitar un MURAL en el paradero			