



UNIVERSIDAD DE CHILE  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
CARRERA DE PSICOLOGÍA

# **Validación del Instrumento ASSIST en una Versión Autoadministrada en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.**

Memoria de Título de Pregrado

Autor: Lic. Ps. David Díaz R.

Profesor Patrocinante: Ps. Leonor Villacura A.

Profesional Colaborador: Ps. Fabiola Sánchez

2019

## Índice

Agradecimientos	5
I. Resumen	6
II. Presentación del Problema	7
III. Marco Teórico	10
1. Tipos de Consumo de Sustancias Psicoactivas	10
2. Sustancias Psicoactivas y Salud Pública	13
3. Problemas Relacionados con el Consumo de Sustancias Psicoactivas	17
4. Detección del Consumo de Sustancias Psicoactivas	24
5. Desarrollo Histórico del Instrumento ASSIST	26
5.1. Aplicación del Instrumento	27
5.2. Consideraciones Hacia el Usuario Cuando se Administra el Instrumento ASSIST	29
5.3. Presentación del ASSIST	30
5.4. Preguntas del ASSIST y su Fundamentación	31
5.5. Interpretación de las Puntuaciones del ASSIST	34
5.6. Intervención Breve	35
6. Validaciones del Instrumento ASSIST	36
6.1. Validación del ASSIST en su Aplicación en Otros Países	36
6.2. Validación del instrumento ASSIST en su Aplicación en Chile	36
7. Relevancia de la Configuración de ASSIST como un Instrumento Autoadministrado	44
IV. Objetivos	48
1. Objetivo General	48
2. Objetivos Específicos	48
V. Hipótesis	49
VI. Metodología	50

1. Definición de variables	50
2. Diseño de Investigación	51
3. Diseño Muestral	52
4. Instrumento	52
5. Análisis de la información	56
6. Procedimiento	57
VII. Resultados	59
1. Caracterización de la Muestra	59
2. Análisis Cuantitativos según frecuencia	60
2.1. Resultados Generales de Prevalencia de Vida de Consumo	60
2.1.1. Resultados de Prevalencia de Vida de Consumo según Sexo	62
2.1.2. Resultados de Prevalencia de Vida de Consumo según Rango Etario	62
2.1.3. Resultados de Prevalencia de Vida de Consumo según Carrera	62
2.1.4. Resultados de Prevalencia de Vida de Consumo según Ciclo Carrera	63
2.2. Resultados Generales de Consumo de Riesgo	63
2.2.1. Resultados de Prevalencia de Consumo de Riesgo según Sexo	64
2.2.2. Resultados de Prevalencia de Consumo de Riesgo según Rango Etario	66
2.2.3. Resultados de Prevalencia de Consumo de Riesgo según Carrera	68
2.2.4. Resultados de Prevalencia de Consumo de Riesgo según Ciclo Carrera	70
3. Análisis de la Consistencia Interna (Validez de Contenido)	72
4. Análisis de la Validez de Constructo	73
4.1 Análisis Factorial Exploratorio	73
4.1 Análisis Factorial Confirmatorio	77
VIII. Discusión y Conclusiones	84
IX. Bibliografía	96
X. Anexos	101
1. Carta De Autorización de Autoridades	101

2. Autorización de Autoridades Administrativas del Establecimiento Donde se Realizará la Investigación	105
3. Carta de Compromiso	108
4. Carta Informativa	110
5. Carta de Presentación	111
6. Consentimiento informado	113
7. Consideraciones Éticas	114
8. Instrumento ASSIST	120
9. Instrumento ASSIST-Lite	123
10. Cálculo Puntuación ASSIST	125
11. Curriculum Vitae de los Investigadores	126
11.1. Curriculum Vitae de Leonor Villacura	126
11.2. Curriculum Vitae de David Díaz	199
11.3. Curriculum Vitae de Fabiola Sánchez	201

## **Agradecimientos**

En primer lugar, agradezco a mis padres Haydeé y Jaime, por el cuidado durante toda mi formación como persona para llegar a este momento. Por su apoyo constante en los momentos difíciles en donde creí no poder continuar con la carrera, y desde ello su paciencia inmensurable y entendimiento de mi proceso. Finalmente, por la confianza entregada y sus deseos de entregar un buen futuro para su hijo.

Agradezco también a Leonor, por tener fe en mis capacidades como profesional, entregándome un espacio donde desarrollarme profesionalmente mientras cumplía este proceso. Considero profundamente su cariño entregado, que vio reflejado en los momentos difíciles de este trabajo, reafirmando constantemente mi valor como psicólogo e investigador, y reconocido al poner su atención en mí por sobre el vínculo profesional.

También agradezco a Cristina, por su amistad incondicional y su guía al llevarme a este espacio donde desarrollé esta investigación, ya sin ella no habría logrado avanzar a este punto. A Fabiola, ya que sin su ayuda en la metodología y construcción de la investigación habría sido un proceso aún más difícil, y que se ha convertido en una gran confidente y futura colega.

Finalmente agradezco a Fernando, a quien conocí al inicio de este proceso. Su persona, amor y fuerza vital me impulsaron a seguir avanzando este camino. Su amor me permitió expandir mi experiencia personal que estuvo estancada durante mucho tiempo, y su fuerte creencia de mi valor como persona y profesional me entregó la fuerza necesaria para creer en mis capacidades, trabajar y querer seguir desarrollándome como profesional.

Este ha sido un camino largo y difícil y del cual dude muchas veces, y sin el apoyo de estas y otras personas no habría logrado cambiar mi perspectiva y seguir avanzando en mi vida personal y profesional, por lo cual siempre tendrán un espacio inolvidable en mi corazón.

## I. Resumen del Proyecto

**Introducción:** El Test de Detección del Uso de Alcohol, Tabaco y Otras Sustancias (ASSIST, según sus siglas en inglés), construido por la OMS, se ha constituido como una de las herramientas principales para detectar el consumo de riesgo de una alta gama de sustancias y ha sido validado de forma internacional y nacional para su uso. Actualmente, en la Unidad de Psicología de Facultad de Medicina de la Universidad de Chile existe la necesidad de una herramienta de detección de consumo de rápida aplicación en contextos de atención universitaria debido a la alta prevalencia de consumo en universitarios y a las limitantes relacionadas con la alta demanda de atención y los recursos físicos y humanos de la Facultad de Medicina, con el fin de generar diagnósticos y programas de prevención, promoción y acompañamiento oportunos. Es por esto que se eligió el instrumento ASSIST para evaluar su uso en un contexto universitario en un formato autoadministrado. **Objetivo:** Se postuló la comprobación de un estándar de validez óptimo mediante el estudio de la validez interna y de constructo en un formato de aplicación autoadministrado de ASSIST. **Método:** Se realizó un estudio no experimental, transversal y de alcance descriptivo. Para el análisis de datos, se utilizó el programa SPSS v.22 y IBM AMOS v.22, aplicando los estadísticos Alfa de Cronbach, Análisis Factorial Exploratorio (AFE) y Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) para determinar la Validez y Confiabilidad, así como también pruebas no paramétricas para los análisis descriptivos. **Resultados:** Se reportó un Alfa de Cronbach total de ,873 encontrándose una buena validez interna del instrumento. El AFE entregó una validez de constructo positiva para 5 de las 10 sustancias revisadas, mientras que los resultados del AFC entregaron una buena validez de constructo para 4, descartándose la validez de la sustancia Anfetaminas. **Conclusiones:** Se confirmó la validez y confiabilidad de las sustancias Tabaco, Alcohol, Cannabis y Tranquilizantes, planteándose la adaptación a una versión autoadministrada abreviada (ASSIST-Lite) para su uso en contextos de población universitaria en carreras asociadas a salud, y sugiriendo la continuación de estudios de validación tomando considerando las limitantes reportadas en esta investigación.

**Palabras Clave:** ASSIST; Uso Sustancias; Autoadministrado; Salud Pública; Consumo de riesgo; Validación; Análisis Factorial, Estudiantes Universitarios; Chile  
ASSIST; Substance Use; Self-Administered; Public Health; Risk Use; Validation; Factorial Analysis, University Students; Chile

## **II. Presentación del problema**

El consumo de sustancias se ha entendido en la literatura como una problemática que puede llegar a tener graves consecuencias para la vida de la persona, que van desde dificultades de adaptación social, problemas de salud física y mental e incluso con posibilidades de muerte, lo que la ha establecido como un eje principal en la salud pública a nivel mundial (Organización mundial de la Salud [OMS] (2011). Un ejemplo claro se encuentra presente en el informe del año 2009, en el que se calificó el consumo de sustancias entre los 20 primeros factores de riesgo de muerte y discapacidad del mundo (OMS, 2011).

Como expresión de lo anterior, varias investigaciones internacionales han puesto como objeto de estudio la prevalencia del consumo de distintas sustancias con el fin de observar su posible riesgo. Por ejemplo, según el Instituto Nacional de Abusos de Drogas [NIDA] (2012), en el año 2010, en Estados Unidos 1 de cada 5 personas habitantes en el país es consumidora de alguna sustancia, un nivel alto en relación a la densidad de población del país. Por otro lado, según diversos estudios recopilados en Sepúlveda et al. (2011) se ha expresado una alta prevalencia de consumo de alcohol y tabaco. Más específicamente, en Latinoamérica, según el informe de la Unión de Naciones Suramericanas [UNASUR] y de la Organización de los Estados Americanos [OEA], (Cadena & Devia, 2013) que incluyó 20 países latinoamericanos con una muestra representativa para el estudio del consumo de sustancias (anfetaminas, éxtasis, cannabis, cocaína y opiáceos), se expresó un porcentaje alto de consumo de cocaína, cannabis y anfetaminas en las poblaciones estudiadas. Finalmente, en el contexto chileno, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol [SENDA], (2016) explica que existe un porcentaje del sobre 60% de consumo de sustancias lícitas, mientras que consumo de sustancias ilícitas va desde el 1,7% hasta el 5,9%, dependiendo de la sustancia. Esto demuestra la relevancia de investigar la temática del consumo en Chile, al comprender que más de la mitad de la población consume algún tipo de sustancia lícita o ilícita, lo que puede tener consecuencias importantes en la vida de los consumidores.

Con respecto a las consecuencias del consumo de sustancias, el Instituto Nacional de Abusos de Drogas [NIDA] (2012) destaca problemas tanto de características físicas como mentales, tales como enfermedades cardiovasculares, cáncer, VIH, depresión y ansiedad, que si bien no son necesariamente causa directa del consumo, si son altamente correlacionados a éste. Por otro lado, Birtel, Wood & Kempa (2017) expresa la problemática social ligada al consumo enmarcada

a través del estigma de consumo, que puede transformarse en un factor estresante que acentúa la conducta riesgosa y hace más propenso al consumidor a desarrollar comorbilidad con enfermedades físicas y mentales.

Finalmente, la falta de detección del consumo riesgoso es debido a que, desde el ámbito público, sólo se suele tomar estados tardíos de éste a la hora de intervenir, cuando se encuentra en estados de mayor gravedad, tal como la adicción y dependencia (OMS, 2011). Esto es porque hasta hace poco, no se ha considerado el consumo riesgoso como parte de las medidas necesarias para la prevención de enfermedades futuras. La OMS (1994) define el consumo riesgoso como un:

*“patrón de uso de sustancias que incrementa el riesgo de consecuencias peligrosas para el consumidor, la cual puede incluir consecuencias físicas, mentales y sociales.”*

Por otro lado, OMS (1994) define el abuso de sustancias como un

*“modo desadaptativo del uso de sustancias caracterizado por un consumo continuado y persistente que no puede ser detenido aún con el reconocimiento de los posibles problemas que conlleva para el consumidor, poniéndolo en riesgo físico, mental o social.”*

La diferencia entre estos términos es importante ya que, si bien el consumo riesgoso no está en esta etapa asociado a problemas de salud física, mental o social, si es considerado un factor de riesgo relevante si se mantiene su consumo, pudiendo afectar su calidad de vida.

El consumo riesgoso es de especial relevancia en la etapa universitaria de carreras de salud, al estar sometidos a una nueva etapa vinculada con altas cargas académicas, con estrés, ansiedad y trastornos de ánimo, así como el fácil acceso a sustancias y psicofármacos (Romero et al., 2009) (Riquelme et al., 2012). Estas carreras son uno de los grupos con mayor prevalencia de consumo, pero con menos investigaciones asociadas a este (Romero et al., 2009) lo que es un problema al ser futuros profesionales de espacios de salud pública. Si no existe una concientización del consumo riesgoso en la etapa formativa de los profesionales de la salud, será difícil el reconocimiento en su labor de otras personas con problemas similares, además del peligro personal sobre su consumo.

En la última década, se han formulado distintas herramientas de evaluación para el consumo de sustancias lícitas e ilícitas, que permitan una detección temprana de este y generar espacios de prevención e intervención. Toman especial relevancia aquellas herramientas de evaluación que puedan ser aplicadas en el espacio del contexto de salud pública, debido a que es la primera barrera de detección masiva de consumo y la que tiene mejor acceso a procedimientos de prevención e intervención temprana. La OMS (2011), tomando en consideración estos puntos, creó y refinó el instrumento ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test, según sus siglas en inglés) que permite detectar, desde la administración por un profesional de la salud, el nivel de riesgo de la mayoría de las principales sustancias lícitas e ilícitas de consumo actual, así como también dar directrices de distintos tipos de intervenciones asociados a éstas. La herramienta ha pasado por varios estudios de corrección y validación, siendo considerada una de las más completas y confiables.

Sin embargo, si bien este instrumento tiene validez internacional y también se ha revalidado específicamente en Chile por Soto-Brandt et al. (2014), se problematiza su administración actual en el contexto chileno. Esto debido al contexto de alta demanda del servicio público, el que atiende más de 13 millones de personas constituyentes al 75% de la población chilena descritos por el Fondo Nacional de Salud (2013), sumado a que el 90% de las personas atendidas por el sector público lo hace a través de la atención primaria de salud, se hace necesario el trabajo con instrumentos de cribado accesibles, rápidos en su aplicación y certeros en sus resultados (Soto-Brandt et al., 2014). Este estudio busca validar su aplicación en su forma autoadministrada, con el fin de reducir el tiempo en su aplicación y adecuarlo a la realidad del espacio público chileno, y más específicamente, en la población de estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. La muestra se ha seleccionado al ser un indicador tanto de la población asociada a consumo riesgoso por estudios anteriores, como también por su vinculación intrínseca con el espacio público en que el instrumento se aplicará en el futuro.

### III. Marco Teórico

#### **1) Tipos de Consumo de Sustancias Psicoactivas**

En primera instancia, es necesario definir que se considerará como sustancia psicoactiva, así como también las categorías definidas por las asociaciones de salud referidas al consumo de sustancias, con el fin de tener un concepto unificado sobre los elementos a tratar en esta investigación. Se tomarán en consideración las definiciones otorgadas por la Organización Mundial de la Salud [OMS] debido a su involucramiento en la salud pública, además del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol [SENDA] chileno, al tomar categorías otorgadas por las instituciones anteriores y adaptarlas al contexto chileno.

Se considera, según la OMS (1994), una sustancia psicoactiva aquella que, cuando se consume, afecta procesos mentales tales como la cognición y la afectividad. Es un término neutro que adjudica todo tipo de sustancia sea esta legal o ilegal, mientras se encuentre dentro de la política de consumo de drogas. El uso de sustancias psicoactivas está definido a través de distintos patrones de consumo, así como también de distintos niveles de frecuencia.

En relación a los patrones de consumo, se definen de la siguiente manera (OMS, 1994):

- Consumo experimental: Término inexacto referido a un consumo extremadamente infrecuente o inconstante que no califica para un consumo abusivo, por lo que no causa problemas para el consumidor. Se entiende como un consumo de bajo riesgo.
- Consumo de riesgo: Es un patrón de consumo de sustancias que aumenta el riesgo de sufrir consecuencias nocivas de carácter físico, mental y social para el consumidor, aunque no exista ningún trastorno actual. Se considera relevante su uso en la salud pública y es utilizado por la OMS.
- Consumo problemático: Patrón de consumo de sustancias que genera problemas individuales o colectivos, de salud o sociales. Es un término utilizado desde los años 60' que se asociaba al consumo de alcohol sin referir como una enfermedad.
- Consumo Perjudicial: Patrón de consumo de sustancia psicoactiva que causa daño a la salud, pudiendo este ser carácter físico o mental. A su vez, se presentan frecuentemente consecuencias sociales negativas, pero no son suficientes por sí mismas para caracterizar el consumo de perjudicial.

- Dependencia: Referido a la necesidad incontrolable de consumir sustancias de forma repetida para generar sensación de bienestar o evitar el malestar. La dependencia a sustancias conlleva un conjunto de síntomas cognitivos, fisiológicos y de comportamiento que denotan un deterioro del control sobre el consumo de la sustancia a pesar de las consecuencias adversas que produzca. La dependencia puede ser psicológica, expresada en el deterioro del control sobre el consumo de sustancias, mientras que la dependencia fisiológica se refiere a la tolerancia a los efectos de esta y la generación de síndromes de abstinencia al consumo de la sustancia.
- Adicción: consumo repetido de una o varias sustancias psicoactivas, hasta el punto que el consumidor se intoxica constantemente y muestra un deseo compulsivo de consumir la sustancia, con una gran dificultad para interrumpir o modificar voluntariamente su consumo y se muestra decidido a obtenerlas por cualquier medio. Por lo general hay una tolerancia a los efectos del consumo y un síndrome de abstinencia que ocurre frecuentemente cuando se interrumpe este. Finalmente, la vida está dominada por el consumo hasta llegar a excluir todas las demás actividades y responsabilidades, lo que se significa como perjudicial tanto para el individuo como la sociedad.

SENDA (2019) también ha aunado diferentes patrones de consumo. Entre ellos refiere:

- Consumo experimental: Consumo en situaciones de contacto inicial con una o varias sustancias, que pueden derivar en el abandono o prolongación del consumo de esta.
- Consumo ocasional: Uso intermitente de la sustancia sin periodicidad fija con largos intervalos de abstinencia. Suele ser en contexto grupal y con conocimiento del efecto de la sustancia. No existe un hábito de consumo establecido.
- Consumo Habitual: Consumo frecuente de sustancias, cuyos indicadores son la extensión de contextos de consumo, el uso individual y en contexto social; el conocimiento de efectos y la búsqueda consciente de estos; la capacidad de poder abandonar el hábito desde el autocontrol.
- Consumo problemático: Consumo recurrente de sustancias que producen efectos perjudiciales a la persona o el entorno de esta. Las áreas principales afectadas con este tipo de consumo son incumplimiento de obligaciones, riesgos de salud, problemas legales y conductas antisociales y problemas sociales o interpersonales.
- Consumo Perjudicial: Uso de sustancias psicoactivas que causa daño a la salud, pudiendo ser éste de carácter físico o mental.

- **Abuso de sustancias:** Desde el DSM-IV, se considera un patrón desadaptativo de consumo que conlleva un deterioro o malestar significativo, expresado en uno o más problemas presentes en un periodo de 12 meses en el menos de una de las siguientes categorías: incapacidad de cumplir obligaciones principales; consumo en situaciones de riesgo; problemas legales o consumo a pesar de dificultades sociales o interpersonales asociadas.
- **Adicción:** Estado psíquico o físico resultante de la interacción entre un organismo vivo y una sustancia psicoactiva, caracterizada por producir modificaciones en la conducta y reacciones desde un deseo incontrolable de consumo de sustancias con fin de experimentar nuevamente los efectos y evitar el malestar de su privación.

En base a lo anterior, se puede observar que existen terminologías similares referidas a la forma de consumo, como por ejemplo entre consumo problemático y consumo perjudicial. Estas formas similares de entender el consumo, pero con distinta denominación están determinadas por las organizaciones de salud. La mayoría de estas definiciones adhieren el componente de salud física como mental, además de la situación social del consumidor y el nivel de autocontrol que tiene el sujeto sobre el consumo de sustancias psicoactivas. Es por esto que se agruparon los tipos de consumo en las siguientes categorías:

- **Consumo experimental:** Patrón de consumo extremadamente infrecuente o inconstante relacionado principalmente al primer contacto con algún tipo de sustancia. No causa problemas para el consumidor en la medida que no sea un consumo desmedido, pero puede derivar a un consumo prolongado
- **Consumo Habitual:** Patrón de consumo frecuente de una sustancia, cuyos indicadores son el aumento de contextos de consumo, el uso individual y en contexto social; el conocimiento de efectos y la búsqueda consciente de estos; y la capacidad de poder abandonar el hábito desde el autocontrol.
- **Consumo de riesgo:** Patrón de consumo de sustancias que aumenta el riesgo de sufrir consecuencias nocivas de carácter físico, mental y social para el consumidor, aunque no exista ningún trastorno actual. Se considera relevante su uso en la salud pública.
- **Consumo Perjudicial:** Patrón de consumo de sustancia psicoactiva que causa daño a la salud del consumidor, pudiendo este ser carácter físico y/o mental, con posibilidades de consecuencias negativas en el contexto social. Signos de este tipo de consumo son el

incumplimiento de obligaciones laborales/educativas, aumento de riesgos de salud, problemas legales, conductas antisociales y problemas sociales o interpersonales.

- Adicción: Patrón de consumo repetido de una o varias sustancias psicoactivas, hasta el punto que el consumidor se intoxica constantemente y muestra un deseo compulsivo de consumir la sustancia, con una gran dificultad para interrumpir o modificar voluntariamente su consumo y se muestra decidido a obtenerlas por cualquier medio, por lo cual modifica su conducta anterior al consumo. Por lo general hay una tolerancia a los efectos del consumo y un síndrome de abstinencia que ocurre frecuentemente cuando se interrumpe este. La vida del consumidor está dominada por el uso de sustancias psicoactivas, hasta llegar a excluir todas las demás actividades y responsabilidades lo que se significa como perjudicial tanto para el individuo como la sociedad.

A la fecha, la OMS clasifica las sustancias psicoactivas según su capacidad de generar dependencia física en el individuo, agrupadas en las siguientes categorías (OMS, 2011):

- Grupo 1: Opiáceos (opio, heroína, morfina, etc);
- Grupo 2: Barbitúricos (depresores) y Alcohol;
- Grupo 3: Cocaína y Anfetaminas; y
- Grupo 4: Asilo lisérgico (LSD), Cannabis y Mescalina.

## **2) Sustancias Psicoactivas y Salud Pública**

El consumo de sustancias se ha configurado como un tema de gran relevancia en el marco de salud pública tanto de forma internacional, al estar asociado directamente a una fuerte carga en los sistemas públicos. En 2004, el consumo de tabaco, alcohol y sustancias ilegales equivalía respectivamente a 8,7%, 3,8% y 0,4% de todas las muertes registradas en el mundo, y a 3,7%, 4,5% y 0,9%, respectivamente, de los años de vida ajustados en función de la discapacidad [AVAD]. Según el informe de la OMS del año 2009 sobre los riesgos de la salud en el mundo, el consumo de sustancias se encuentra entre los 20 primeros factores de riesgo de muerte y discapacidad (OMS, 2011).

En Estados Unidos, aproximadamente 22,6 millones de personas eran consumidores de sustancias ilícitas, lo que equivale una media de 1 de cada 5 personas habitantes el país, mientras que 23,1 millones de personas mayores de 12 años no han recibido tratamiento por

consumo problemático de sustancias o alcohol (NIDA, 2012). Según diversos estudios recopilados por Sepúlveda et al. (2011) existe un alto consumo de alcohol en distintas poblaciones internacionales. Un estudio longitudinal en Dublín de 29 años de duración clarificó un consumo de 9,2% de tabaco y un 82,5% de alcohol en la población elegida. Un estudio de la Universidad de Zaragoza califica que 17,3% de las personas de la universidad fuma tabaco diariamente y 66,2% ha abusado del consumo de alcohol. En la Universidad de Sao Paulo, Brasil, un 86% de los estudiantes tiene una prevalencia en el consumo de alcohol, un 65% en tabaco y 28,5 en cannabis.

En Latinoamérica, según el informe de UNASUR y OEA (Cadena & Devia, 2013) se expresa que, de un análisis de 20 países latinoamericanos con una muestra con un rango de edad de 18 a 69 años en donde se indagó sobre consumo de anfetaminas, éxtasis, cannabis, cocaína y opiáceos, se consideraron como relevantes los siguientes resultados:

- El cannabis se constituye como la sustancia más consumida, con un promedio de 30,6% de la población de todos los países estudiados, siendo los principales consumidores Brasil, Uruguay y Chile.
- Respecto al consumo de cocaína, los países con mayor porcentaje consumidor fueron Uruguay, Brasil, Panamá y Chile, siendo el consumo sudamericano un 27% del consumo total americano.
- La tercera sustancia más consumida en América Latina son las anfetaminas (0,74% de la población), con un nivel cercano a la cocaína.
- Uruguay y Chile poseen índices altos de consumo en las sustancias que no son anfetaminas, mientras que el salvador es inversamente proporcional a este hecho.

Respecto al consumo de sustancias específicamente en Chile, el último informe publicado por el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA, 2016) explicita el porcentaje de población consumidora de sustancias lícitas e ilícitas tomando como muestra el censo 2002 actualizado al 2015. Esta muestra los siguientes porcentajes de prevalencia en consumo anual:

- Alcohol: 79,9%
- Tabaco: 64,1%
- Cocaína: 5,9%

- Cannabis: 14,5%
- Pasta Base: 2,2%
- Tranquilizantes sin receta: 1,7%
- Otras Sustancias: no significativo

Según el estudio de población general chilena (SENDA, 2016) que evaluó la prevalencia de vida de consumo y su relación con variables de sexo y edad, se expresó una prevalencia de vida de consumo de tabaco del 64,1%, con diferencias por sexo significativas entre 22,7% en hombres y 19,7% en mujeres, con prevalencias de consumo de jóvenes de 18 a 25 años menores a las reportadas en el resto de la población general. Respecto a alcohol, se presentó una prevalencia de vida de consumo 79,9%, con diferencias significativas por sexo entre hombres (52,6%) y mujeres (39,3%), sin datos significativos respecto al tramo de edad de 18 a 25 años. Respecto a cannabis, se observó una prevalencia de vida de cannabis 35,7%, con una mayor prevalencia de consumo de hombres (18,4%) frente a mujeres (8,1%) y con el grupo de edad 19 a 25 años una prevalencia de 33,8%, siendo significativamente mayor que otros tramos de edad. Respecto a cocaína, la prevalencia de vida de consumo” se encontró en 5,9%, con una diferencia por sexo significativa entre hombres (1,6%) y mujeres (0,5%) y con prevalencias según tramos de esas mayores en el grupo de 26 a 34 años con 2,1%, seguido por jóvenes (1,8%). Finalmente, no se apreciaron consumos significativos para otras sustancias estudiadas, solo siendo las más relevantes la prevalencia de vida de tranquilizantes llegando al 4,2% con una tendencia ascendente; mientras que la otra tasa más alta es la de analgésicos sin receta médica que llegan a 2,3%. A su vez, no se observan diferencias significativas en las brechas por sexo, edad, ni nivel socioeconómico para 2016. Esto califica el estudio sobre el consumo de sustancias como relevante para la población chilena, con el fin de estudiar las incidencias del consumo en la sociedad actual. Lo anterior se condice con la percepción de riesgo del consumo de sustancias tomada en el mismo estudio en el cual el Alcohol (88%), Tabaco (84%) y cocaína (65,5%), presentan una alta percepción de riesgo comparado con otras sustancias, como cannabis (29%) (SENDA, 2016). Otros investigadores chilenos mencionan que el consumo de sustancias en Chile es más prevalente entre los 18 y 25 años, con un mínimo del 30% de la población total con un consumo considerado riesgoso, especialmente asociado a sustancias lícitas (alcohol y tabaco), mientras que existe una tendencia exponencial del consumo de cannabis y alcohol (Riquelme et al., 2012).

Otros estudios chilenos toman relevancia en la etapa universitaria respecto al consumo, y especialmente en el ámbito de la salud debido que están sometidos a altas demandas

académicas asociadas a cargas de estrés, ansiedad y trastornos de ánimo, sumado a su acceso a psicofármacos y otras sustancias con mayor facilidad (Romero et al., 2009) (Riquelme et al., 2012). En Romero et al. (2009) se considera que las carreras de salud constituyen el segundo grupo más alto de consumo de sustancias en relación al tipo de carrera (el primero siendo ciencias sociales y humanidades) pero siendo uno de los grupos menos estudiados, lo que toma importancia con su desempeño futuro en áreas de salud relacionadas a este problema y su representación en la investigación.

Riquelme et al. (2012) reportó en su estudio que el 58.5% de los estudiantes participantes manifestó haber consumido sustancias psicoactivas al menos una vez en la vida. En los últimos 12 meses, los participantes refieren haber consumido sustancias como alcohol (92.7%), tabaco (43.8%) y cannabis (24%). Con respecto a la carrera de procedencia del estudiante, mientras que en medicina el 72.1% de los jóvenes sí ha consumido alguna vez en su vida una sustancia psicoactiva, en el caso de enfermería esta proporción decrece al 54.5%. Se consideró importante que la mayoría de las mujeres en la muestra refirió haber consumido sustancias psicoactivas al menos una vez en su vida., lo cual concuerda con reportes a nivel mundial, en los que la prevalencia de consumo en mujeres ha aumentado para distintas sustancias psicoactivas en relación a la de los hombres.

Sepúlveda et al. (2011) reportó que una población universitaria chilena una alta prevalencia de consumo de alcohol (94,6%), cannabis (51,3%) alucinógenos (26%), tranquilizantes (13,8%) y Cocaína (5,3%). Se encontraron diferencias significativas según sexo en el consumo de cocaína y alucinógenos al encontrar que, del consumo total de la sustancia, aproximadamente sobre un 70% de los consumidores eran hombres. Por otro lado, se encontró que el consumo de alcohol y cannabis es superior en este tipo de población que la población chilena tanto general como en la subpoblación de 19 a 25 años.

Romero et al. (2009) en un estudio en la Pontificia Universidad Católica de Chile que buscó observar la prevalencia de vida de consumo de sustancias y la relación a los años de carrera y sexo, encontró una prevalencia de vida de tabaco de 53,6%, con un aumento exponencial a medida del años cursado, con una disminución desde el cuarto año y un aumento máximo en el séptimo año (40,5%); una prevalencia de vida en alcohol de 92%, sin diferencias significativas en ninguna de las variables estudiadas, presentándose una prevalencia actual entre el 66% al 89% según año de carrera; una prevalencia de vida de cannabis de 33%, con una menor prevalencia el primer año (26,5%) y la mayor presenta en el séptimo año (51,4%); una

prevalencia de vida de tranquilizantes de 6,9%, siendo el primer año quien presenta menor consumo (6%) y el séptimo año quien presenta mayor prevalencia (32,4%); y con resultados no apreciables para anfetaminas y cocaína (menor al 2%). El autor explica que no quedan claras las causas por las cuales el consumo de cannabis es igual entre mujeres y hombres, pero lo entiende desde la tendencia que se ha observado en los consumos de alcohol y tabaco en otros estudios.

Finalmente, en el primer estudio de drogas de educación superior en Chile (SENDA, 2019) se entregaron resultados que expresaron una prevalencia de consumo en la población universitaria de un 68% para el alcohol, 50% para cannabis, 10% para opiáceos y rondando el 5% para cocaína, tranquilizantes y alucinógenos. además de denotar diferencias en la prevalencia de consumo diferenciadas por sexo y por edad, en el que los hombres tienen tener una mayor prevalencia de consumo tanto en alcohol como cannabis, y en el que las personas en un rango de edad de 23 a 24 años tienen una mayor prevalencia de consumo de las sustancias mencionadas respecto a los otros grupos etarios.

En la Universidad de Chile no se han realizado estudios profundizados respecto al consumo de sustancias en facultades afines a medicina, sin embargo, en el Informe Estadístico Final 2018 presentado por la Unidad de Psicología DAEC (2018) de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, correspondiente a una muestra clínica de estudiantes que han asistido a atención psicológica a la Unidad de Psicología DAEC, se observó una prevalencia de consumo de riesgo de cannabis de 32% y consumo de riesgo de alcohol de 23% a través del instrumento ASSIST, lo que corresponde a porcentajes altos de consumo para las sustancias respectivas.

Estos estudios demuestran una clara prevalencia del consumo de diversas sustancias en ámbito internacional y nacional que, de calificarse como un consumo riesgoso, pueden causar consecuencias negativas importantes en las personas. Se considera como un problema de especial importancia su abordaje en la salud primaria chilena y especialmente en el contexto universitario, en donde se presentan con mayor prevalencia este tipo de consumos.

### **3) Problemas Relacionados con el Consumo de Sustancias Psicoactivas**

El consumo de sustancias psicoactivas es un factor importante de riesgo en el ámbito de salud física y mental, así como el social, económico y legal. Existe una tendencia exponencial al consumo de sustancias a través de los años, lo que agrava el riesgo de las consecuencias

negativas del consumo (OMS, 2011). Por ejemplo, el Instituto Nacional de Abusos de Drogas de E.E.U.U [NIDA] (2012) menciona como principales problemas desde el nivel de salud física y mental, el contraer enfermedades cardiovasculares, cáncer, VIH, depresión, ansiedad y varios más, mientras que la acción de consumir tiende a estar ligada también a problemas legales, económicos o psicosociales.

Es importante entender el aspecto cualitativo de estos cambios en la vida del consumidor. Fernández, Fernández & Castro (2016) presentan dos definiciones posibles para entender este aspecto, desde el concepto de calidad de vida:

- Desde Ann Bowlings, un concepto representativo de las respuestas individuales a los efectos físicos, mentales y sociales que la enfermedad produce sobre la vida diaria que influye sobre la medida en que se puede conseguir satisfacción personal con las circunstancias vitales
- Desde la OMS, entendida como la percepción personal de un individuo de su situación de vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses.

Mientras que la definición de la OMS otorga un significado neutral del entendimiento de las percepciones personales, se considera la conceptualización de Bowlings, debido a que, en casos de consumo riesgoso o dependencia de sustancias, existe un deterioro del bienestar físico y mental de la persona, que es acentuado por los problemas sociales, legales y psicológicos del mismo consumo.

Teniendo en consideración el impacto que tienen las sustancias psicoactivas en la salud, es necesario clarificar cuales son las complicaciones que tienen a la hora de direccionar el trabajo con consumidores de éstas. Según Birtel, Wood & Kempa (2017), las personas con dependencia física o psicológica a sustancias tienen dos complicaciones principales: desde el tratamiento de la condición, que conlleva problemas de salud física y salud mental; y desde los estigmas sociales asociados a la diagnosis de dependencia, que impacta aún más su salud física y mental. El estigma de los problemas de consumo, al poder ser internalizados e introyectados, pueden convertirse en un factor estresor importante, encasillando en categorías sociales poco valoradas al consumidor. Esto puede generar devaluación de la identidad social, provocar baja autoestima y sentimientos de vergüenza que derivan en ansiedad y depresión, distancia social y falla en la

búsqueda de ayuda, entre otros. Se puede entender entonces, que además del factor de salud física y mental, existen factores sociales, legales y culturales que inciden en la calidad de vida del individuo.

La OMS ha definido las principales consecuencias de la dependencia a las sustancias más relevantes en el consumo de psicoactivos a nivel mundial, las cuales son:

**Productos de tabaco:** Productos derivados del tabaco son los que causan el mayor número de muertes por uso de sustancias en el mundo, lo que los hace un eje importante en la salud pública. Los problemas del consumo de tabaco abarcan todo el rango de edad, debido al posible consumo pasivo (infantil, adulto y adulto mayor) y genera dificultades a largo plazo como alta presión sanguínea, diabetes y asma, entre otros. Es importante destacar que el consumo en mujeres embarazadas puede provocar aborto espontáneo, parto prematuro o hijos con bajo peso al momento de éste (OMS, 2011).

**Los riesgos asociados con el consumo de tabaco son:**

- *Envejecimiento prematuro y arrugas en la piel*
- *Condición física inferior y tiempos de recuperación más largos después de un resfriado o gripe*
- *Infecciones respiratorias y asma*
- *Alta presión sanguínea, diabetes mellitus*
- *Aborto espontáneo, parto prematuro y bebés de bajo peso al nacer*
- *Enfermedades renales*
- *Enfermedades crónicas de las vías respiratorias, entre ellas enfisema*
- *Enfermedades cardíacas, apoplejías, enfermedades cardiovasculares*
- *Cáncer de pulmón, vejiga, mama, boca, garganta y esófago*

**Alcohol:** El consumo riesgoso de alcohol está asociado a diversos problemas para sus consumidores. Desde el ámbito de la salud, son una causa importante de enfermedades prematuras y muerte; desde el ámbito social son una fuente importante de problemas en relaciones interpersonales y adaptación a los distintos medios en los que se debe desenvolver (OMS, 2011). Se comprende que estos problemas se suman a los que llevan al consumo riesgoso de alcohol, por lo cual la calidad de vida de un sujeto afectado por la sustancia se reduce considerablemente.

Debido al consumo legal de esta sustancia, la tolerancia y dependencia en altos niveles de consumo, se puede generar síndrome de abstinencia llegando a necesitar asistencia médica de emergencia. Esta situación, denominada delirium tremens, causa temblores, sudor, ansiedad, náusea, vómito, diarrea, insomnio, dolor de cabeza, hipertensión, alucinaciones y convulsiones (OMS, 2011).

**Los riesgos asociados con consumo riesgoso de alcohol son:**

- *Resacas, conducta violenta y agresiva, accidentes y lesiones, náusea y vómito*
- *Disminución en el desempeño sexual, envejecimiento prematuro*
- *Problemas digestivos, úlceras, inflamación del páncreas, alta presión sanguínea*
- *Ansiedad y depresión, dificultades en las relaciones personales, problemas económicos y laborales*
- *Dificultad para recordar cosas y resolver problemas*
- *Deformidades y daño cerebral en los bebés de mujeres embarazadas*
- *Daño cerebral permanente que lleva a la pérdida de memoria, déficits cognitivos y desorientación*
- *Apoplejía, daño muscular y en los nervios*
- *Enfermedad del hígado y el páncreas*
- *Cáncer de boca, garganta y mama*
- *Suicidio*

**Cannabis:** Si bien el cannabis no posee una alta probabilidad de muerte por su uso exclusivo, al ser la sustancia ilegal más consumida mundialmente puede ser combinada con otro tipo de sustancias, lo que aumenta el riesgo. Sumado a esto, existen consecuencias negativas para la salud con su uso, tales como efectos similares al tabaco en embarazadas o el aumento de complicaciones en enfermedades existentes tales como alta presión sanguínea, enfermedades cardíacas, respiratorias o cáncer (OMS, 2011).

**Los riesgos asociados con el consumo de cannabis son:**

- *Problemas de atención y motivación*
- *Ansiedad, paranoia, pánico, depresión*
- *Disminución de la memoria y de la capacidad para resolver problemas*
- *Presión sanguínea alta*

- *Asma y bronquitis*
- *Psicosis, en particular en personas con historial personal o familiar de esquizofrenia*
- *Enfermedades cardíacas y enfermedad pulmonar obstructiva crónica*
- *Cáncer de las vías respiratorias superiores y de garganta*

**Cocaína:** El consumo de cocaína, al igual que el alcohol, se relaciona con varios problemas mentales y físicos. Sujetos que consumen son más propensos a conductas de riesgo que atentan su salud física, así como también el deterioro del sistema cardiovascular. Al ser una sustancia de efecto rápido y poca duración, aumenta el riesgo de sobredosis y dependencia física y psicológica (OMS, 2011).

**Los riesgos asociados con el consumo de cocaína son:**

- *Dificultad para dormir, aceleramiento del corazón, dolores de cabeza, pérdida de peso*
- *Aletargamiento, hormigueo, piel húmeda, rascarse o arrancarse la piel*
- *Ansias o deseo intenso, estrés por el estilo de vida*
- *Accidentes y lesiones, problemas económicos*
- *Cambios del estado de ánimo: ansiedad, depresión, manías*
- *Paranoia, pensamientos irracionales, dificultad para recordar cosas*
- *Conducta agresiva y violenta*
- *Psicosis después del consumo repetido de altas dosis*
- *Muerte repentina por enfermedades cardiovasculares agudas*

**Estimulantes de tipo anfetamina:** Sustancias de este tipo (anfetaminas, dexafetamina, metanfetamina y éxtasis) poseen efectos similares a los de la cocaína tanto a nivel físico como mental, considerándose uno de los más importantes el daño a las células cerebrales debido a sus componentes o a la malnutrición provocada por su uso (OMS, 2011). Desde el punto de vista social, está relacionado a problemas interpersonales, económicos y de trabajo/estudios mientras que desde el mental al agravamiento de trastornos previos.

**Los riesgos asociados con el consumo de estimulantes de tipo anfetamina son:**

- *Dificultad para dormir, pérdida de apetito y peso, deshidratación, reducción de la resistencia a las infecciones*
- *Tensión en la mandíbula, dolores de cabeza, dolor muscular*
- *Cambios del estado de ánimo: ansiedad, depresión, agitación, manías, pánico*

- *Temblores, latido irregular del corazón, falta de aliento*
- *Dificultad para concentrarse y recordar cosas*
- *Paranoia, conducta agresiva y violenta*
- *Psicosis después del consumo repetido de altas dosis*
- *Daño cerebral permanente*
- *Daño hepático, hemorragia cerebral, muerte repentina por enfermedades cardiovasculares agudas*

**Inhalantes:** Se consideran inhalantes todas las sustancias inhalables, sin importar su acción farmacológica. Su uso es principalmente por jóvenes debido a su fácil acceso, pero puede ser prolongado hasta la edad adulta por su situación económica o factores socioculturales. Estas sustancias no poseen gran capacidad de dependencia física, pero su uso puede conllevar efectos graves a la salud (OMS, 2011).

**Los riesgos asociados con el consumo de inhalantes son:**

- *Síntomas semejantes a los de la gripe, sinusitis, sangrado de nariz*
- *Náusea y vómito, indigestión, úlceras estomacales, diarrea*
- *Mareo y alucinaciones, náusea, aletargamiento, desorientación, visión borrosa*
- *Dolores de cabeza, accidentes y lesiones, conducta impredecible y peligrosa*
- *Dificultades para la coordinación, reacciones lentas, poco abastecimiento de oxígeno al cuerpo*
- *Pérdida de la memoria, confusión, depresión, agresión, cansancio extremo*
- *Delirios, convulsiones, coma, daño en los órganos (corazón, pulmones, hígado, riñones)*
- *Muerte por insuficiencia cardíaca*

**Tranquilizantes y pastillas para dormir:** En esta categoría se incluyen las benzodiazepinas y compuestos relacionados no neurolépticos. Si bien suelen ser recetados, su uso sin prescripción o fuera de las dosis recomendadas puede causar tolerancia y dependencia en un corto período de tiempo con un pronunciado síndrome de abstinencia. Efectos tales como ansiedad, insomnio, depresión o ataques de pánico afectan gravemente la salud mental del individuo, y pueden llevar a causar riesgo de muerte si se combinan con otras sustancias como el alcohol (OMS, 2011).

**Los riesgos asociados con el consumo de tranquilizantes y pastillas para dormir son:**

- *Aletargamiento, mareo y confusión*

- *Dificultad para concentrarse y recordar cosas*
- *Náusea, dolores de cabeza, paso inestable*
- *Problemas para dormir*
- *Ansiedad y depresión*
- *Tolerancia y dependencia después de un período corto de tiempo*
- *Síntomas de abstinencia severos*
- *Sobredosis y muerte si se consumen con alcohol, opiáceos y otras sustancias depresoras*

**Alucinógenos:** Sustancias como LSD, psilocibina y psilocina (hongos psicotrópicos), ketamina, PCP y mescalina abarcan esta categoría. Su principal uso es para alterar la percepción de realidad del consumidor mediante la distorsión sensorial. Estas generan alucinaciones, distorsiones de procesos cognitivos, de la conciencia del sí mismo y estado anímico, entre otros. Estos efectos suelen ser de difícil predicción debido a la variabilidad según la persona, y si bien no suelen provocar dependencia física, pueden provocar el agravamiento de trastornos de salud mental como la esquizofrenia (OMS, 2011).

**Los riesgos asociados con el consumo de alucinógenos son:**

- *Cambios visuales, auditivos, táctiles y olfativos, conducta impredecible*
- *Dificultad para dormir*
- *Náusea y vómito*
- *Taquicardia y alta presión sanguínea*
- *Cambios del estado de ánimo*
- *Ansiedad, pánico, paranoia*
- *Visiones retrospectivas*
- *Empeoramiento de los síntomas de enfermedades mentales, como esquizofrenia*

**Opiáceos:** Se consideran opiáceos todos los agentes depresores del sistema nervioso central. Su uso es usualmente mediante la inyección o fumar, lo cual al igual que en otras sustancias, supone un riesgo a la salud física del individuo. Si bien su uso puede ser legal en ciertos contextos de salud debido a sus efectos, ASSIST toma el uso fuera de los parámetros de salud. Dentro de los benzodiazepinas se encuentra la heroína al poseer un efecto inmediato en el cuerpo, supone un riesgo mayor a sobredosis, especialmente si su uso es combinado con otras sustancias (OMS, 2011).

### **Los riesgos asociados con el consumo de opiáceos son:**

- *Comezón, náusea y vómito*
- *Aletargamiento, constipación, caries, períodos menstruales irregulares*
- *Dificultad para concentrarse y recordar cosas*
- *Depresión, disminución del impulso sexual, impotencia*
- *Dificultades económicas, comisión de delitos*
- *Estrés en las relaciones personales*
- *Problemas para conservar el trabajo y en la vida familiar*
- *Tolerancia, dependencia, síndrome de abstinencia*
- *Sobredosis y muerte por paro cardíaco*

**Otras Sustancias:** Aquí se consideran todas las sustancias que no entren en categorías anteriores, tales como GBH, Kava, Cafeína, entre otras. GBH es considerado un anestésico similar al alcohol de alto riesgo, debido a que puede producir efectos similares a convulsiones y los niveles necesarios para alcanzar su efecto son muy cercanos a los necesarios para generar sobredosis (OMS, 2011). Al igual que el alcohol y benzodiazepinas, tiene gran probabilidad de provocar tolerancia, dependencia y síndrome de abstinencia

#### **4) Detección del Consumo de Sustancias Psicoactivas**

Ligado al aspecto de protocolos de salud es importante el reconocimiento de consumo de sustancias desde la atención primaria ya que se constituye como una primera barrera de prevención, entregando un factor de especial relevancia a la hora de la adherencia al tratamiento de consumo: el apoyo social. Esto es explicitado en Birtel et al. (2017), quien califica que las personas poseen una necesidad fundamental de ser aprobados por los grupos sociales a los que pertenecen, por lo que el consumo y el estigma asociado a este influyen en este ámbito, ya que la falta de apoyo social en personas consumidoras de sustancias se ha asociado a diversas enfermedades de carácter mental. La atención primaria se constituye como un apoyo en sí mismo, pero también puede ayudar a través de las intervenciones psicoeducativas a que personas significativas para el sujeto se puedan transformar en una fuente de apoyo social, contrarrestando el estigma que puede generar su consumo, reduciendo estrés en su salud y entregando posibles herramientas para copar con el problema.

Desde la detección temprana del consumo de riesgo, existen estudios asociados a la efectividad de intervenciones breves, los que prueban cambios en la conducta de consumo, tales como la reducción del nivel de consumo de sustancias legales como el tabaco y el alcohol (Madras, Compton, Avula, Stegbauer, Stein & Clark, 2009) (Humenuik, Dennington, Ali & ASSIST study group, 2008) así como también en la reducción del consumo de sustancias ilícitas (Babor, McRee, Kassebaum, Grimaldi, Ahmed & Bray, 2007) (Bernstein, Bernstein, Tassiopoulos, Heeren, Levenson, Hingson & Bernstein, 2005) (Bernstein, Edwards, Dorman, Heeren, Bliss & Bernstein, 2009).

Los criterios para determinar si se debe hacer la aplicación de un instrumento de detección de sustancias son (OMS, 2011):

- *El consumo es un problema considerable que daña la salud y el bienestar de los individuos y de la comunidad.*
- *Hay tratamientos o intervenciones aceptables y disponibles para los usuarios con resultados positivos.*
- *La identificación e intervención tempranas tendrán mejores resultados que el tratamiento posterior.*
- *Siempre hay un instrumento de detección disponible que sea adecuada para los usuarios.*
- *El instrumento de detección debe estar disponible a un costo razonable.*

Actualmente en Chile, existen 4 instrumentos validados en Chile para la detección temprana del consumo de sustancias: Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test [ASSIST], Alcohol Use Disorders Identification Test [AUDIT], Car, Relax, Alone, Forget, Friends, Trouble [CRAFFT] y Guía de detección de Consumo Problemático de Alcohol y Drogas en Adolescentes [DEP ADO], siendo ASSIST el que acabar un mayor número de sustancias en su cribado (SENDA, 2019). ASSIST surge como una respuesta a la necesidad de una detección de nivel de consumo de forma internacional, debido a la alta demanda en la salud pública mundial relacionado al consumo de sustancias psicoactivas (OMS, 2011). Este es un instrumento de detección de las principales sustancias psicoactivas consumidas, y actualmente se encuentra en su versión 3.1, consistente en un cuestionario de alternativas administrado por un profesional de la salud compuesto por 8 preguntas culturalmente neutrales, las cuales abarcan el consumo de las siguientes sustancias:

- Tabaco
- Alcohol
- Cannabis
- Cocaína
- Estimulantes de tipo anfetamina
- Inhalantes
- Tranquilizantes o pastillas para dormir (benzodiazepinas)
- Alucinógenos
- Opiáceos
- Otras Sustancias

## **5) Desarrollo Histórico del Instrumento ASSIST**

Los instrumentos anteriores existentes para la detección del consumo de sustancias presentaban ciertas limitantes, las que fueron tomadas en el desarrollo del instrumento ASSIST. Por ejemplo, el Índice de Severidad de Adicción (ASI) y el Módulo de Abuso de Sustancias de la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI-SAM) si bien son detallados, requieren mucho tiempo en su administración los que los hace poco prácticos en la atención primaria de salud. Otros instrumentos como CAGE, adaptado en inclusión de sustancias (CAGE-AID) se concentran sólo en dependencia de éstas, por lo que son menos útiles para identificar un consumo riesgoso previo a la dependencia. Los instrumentos de detección de consumo autoadministrados, por otro lado, poseen una limitante transcultural al ser desarrolladas en los Estados Unidos y no han sido validadas en otros países hasta el momento (OMS, 2011).

ASSIST nace como resultado del trabajo de la OMS para la expansión de estas y otras instrumentos de detección de sustancias, así como su intervención en relación a instrumentos anteriores como AUDIT (instrumento de identificación de trastornos por consumo de alcohol). El éxito de este y otros instrumentos en la detección e intervención sobre problemas relacionados a sustancias en la atención primaria de salud sirvieron para el progreso en creación de ASSIST (OMS, 2011).

El desarrollo del ASSIST ha consistido, a la actualidad, de tres fases de desarrollo:

La **fase I** consistió en la creación de la versión 1.0 de ASSIST con el fin de administrar rápidamente instrumentos de diagnóstico de consumo de sustancias comunes y psicoactivas en centros de atención primaria de salud con intervenciones asociadas a sus resultados y con relevancia transcultural. Esta versión se construyó entre 1997 y 1998, incluyendo 12 preguntas evaluadas en distintos países (Australia, Brasil, India, Irlanda, Israel, Palestina, Puerto Rico, Reino Unido y Zimbabwe) con el fin de otorgar diversidad cultural y de hábitos de consumo, los cuales fueron sometidos a pruebas de confiabilidad y factibilidad. Posteriormente se realizó la versión 2.0, que redujo el ítem de preguntas a 8 en base a la retroalimentación de la primera versión (OMS, 2011).

Posteriormente, durante la **fase II**, entre 2000 y 2002 se realizó un estudio internacional (Australia, Brasil, E.E.U.U, India, Reino Unido, Tailandia y Zimbabwe) de validación del instrumento dentro de servicios de atención primaria de salud y de tratamiento contra las drogas, los que entregaban información sobre distintos hábitos de consumo. El resultado del estudio demostró la validez de ASSIST, y delimitó las puntuaciones de riesgo “Bajo”, “Moderado” y “Alto” en su versión 3.0. Finalmente, la versión 3.1 de ASSIST fue realizada para su uso en la atención primaria y centros de salud, a diferencia de la 3.0 cuyo uso es investigativo. Los participantes de estos centros redujeron el consumo al tener intervenciones vinculadas al ASSIST (OMS, 2011).

La **fase III** del estudio, realizado entre 2003 y 2007 en Australia, Brasil, E.E.U.U. e India, consistió en una prueba aleatoria controlada con fin de investigar la efectividad de intervenciones breves vinculadas a las puntuaciones del cuestionario relacionadas al consumo de riesgo moderado de cannabis, cocaína, estimulantes de tipo anfetamina u opiáceos (OMS, 2011). Los resultados expresaron que la intervención breve sobre el uso de sustancias ilegales redujo considerablemente la puntuación del instrumento a los 3 meses en comparación al grupo control. Por otro lado, el 80% de los participantes que recibieron intervención mencionaron intentar reducir el consumo de sustancias e hicieron comentarios positivos sobre el impacto de la intervención (OMS, 2011).

### **5.1. Aplicación del Instrumento**

El instrumento puede ser administrado por cualquier profesional de salud que se encuentre ante personas con indicios de consumo de sustancias. Es importante su uso en atención primaria, ya que problemas comunes vistos en esta instancia pueden verse empeorados por el consumo de

sustancias psicoactivas, por lo que su detección temprana ayuda a sobrellevar estas u otras situaciones (OMS, 2011).

El test puede ser administrado a cualquier persona al ser de carácter transcultural, pero se considera relevante su uso en espacios donde es más propenso el uso de sustancias. Es de vital importancia aplicar el instrumento a las personas aun cuando no haya indicios claros de dependencia, ya que pueden obviarse porcentajes importantes de población en riesgo a un consumo peligroso. Se debe conocer la edad legal del consumo de sustancias para realizar intervenciones asociadas a las disposiciones legales de donde se aplique el instrumento.

El instrumento puede ser aplicado dentro de los siguientes contextos (OMS, 2011):

- A todos los usuarios de programas de detección para la promoción de la salud desde la etapa de jóvenes adultos.
- En el marco de la atención primaria y otros con una alta proporción de consumidores de sustancias, por ejemplo: servicios de salud de universidades, clínicas de enfermedades de transmisión sexual (ETS), zonas rojas y servicios de salud mental.
- Usuarios cuyo motivo de consulta sugiera que tiene relación o que puede tenerla con el consumo de sustancias.
- Prisioneros recién encarcelados cuyo delito pueda estar relacionado con el consumo de sustancias.
- Usuarios cuya enfermedad se empeoraría por el consumo de sustancias.
- Mujeres embarazadas.

Los resultados del ASSIST en base a las 8 preguntas indica 3 niveles de riesgo respecto a la sustancia identificada, denominados “Bajo, “Moderado” y “Alto”, asociados a si el consumo es peligroso y causa posible daño físico o mental en el presente o futuro, como se comprende desde la definición de consumo de riesgo. El nivel de riesgo conlleva los niveles de intervención de “no tratamiento”, “Intervención breve” o “Derivación a un servicio especializado” respectivamente, con el fin de hacer consciente los posibles problemas y dar acciones a tomar frente al consumo. El instrumento también entrega información respecto a la historia del usuario respecto al consumo de sustancias y a los problemas relacionados en los últimos 3 meses, así como también identificar posibles problemas relacionados al consumo de las sustancias (OMS, 2011).

Las preguntas realizadas para recabar la información son:

- **(P1):** ¿Cuáles sustancias han consumido alguna vez a lo largo de la vida?
- **(P2):** ¿Con qué frecuencia se ha consumido sustancias en los últimos tres meses, lo que indica las sustancias más importantes para el estado de salud actual?
- **(P3):** ¿Con qué frecuencia se ha sentido un fuerte deseo o ansias de consumir cada sustancia en los últimos tres meses?
- **(P4):** ¿Con qué frecuencia el consumo de sustancias ha causado problemas en los últimos tres meses?
- **(P5):** ¿Con qué frecuencia se dejó de hacer lo que se esperaba habitualmente por el consumo de sustancias en los últimos tres meses?
- **(P6):** Si algún amigo, familiar o alguien más ha mostrado preocupación por los hábitos de consumo y qué tan reciente ha sido.
- **(P7):** Si se ha intentado alguna vez reducir o eliminar el consumo de sustancia y no se ha logrado y qué tan reciente ha sido.
- **(P8):** Si alguna vez ha consumido alguna sustancia por vía inyectada y qué tan reciente ha sido.

## **5.2. Consideraciones Hacia el Usuario Cuando se Administra el Instrumento ASSIST**

El instrumento ASSIST puede ser realizada sola o en conjunto a una batería de instrumentos en el ámbito de salud médica o mental. Para que las respuestas dadas sean más honestas, se recomienda que el entrevistador se entrene en lo siguiente:

- *Demuestra que escucha al usuario;*
- *Es amigable e imparcial;*
- *Muestra sensibilidad y empatía hacia el usuario;*
- *Da información sobre el instrumento de detección;*
- *Explica cuidadosamente los motivos por los que pregunta sobre el consumo de sustancias;*
- *Explica al usuario los límites de confidencialidad.*

Es importante relacionar que la detección del consumo de sustancias y sus problemas como parte del conjunto de estudios sobre la salud de la persona, así como también la confirmación de la confidencialidad de los resultados y su retroalimentación es crucial para una mejor disposición

a la aplicación del instrumento ASSIST. Eso es debido a que ciertos factores que pueden limitar las respuestas si no se aclaran estos puntos, como la legalidad de ciertas sustancias (OMS, 2011).

### 5.3. Presentación del ASSIST

El ASSIST puede ser leído o parafraseado por el profesional de la salud a cargo, mientras se entregue la tarjeta de respuestas, explique la lista de sustancias y términos utilizados, se diferencie entre las preguntas sobre los últimos 3 meses versus las de toda la vida, explique el consumo sin receta en las preguntas que correspondan y explique los límites existentes en la confidencialidad del instrumento (OMS, 2011). Hasta la actualidad, ASSIST sólo ha sido validado en forma de entrevista para su aplicación masiva, al no haber estudios previos exclusivamente sobre un método de autoadministración. Las ventajas del formato de entrevistas están asociadas a permitir aplicarla a distintos niveles de alfabetización, la aclaración de preguntas y la adaptación al espacio sociocultural en que están envueltas las personas que realizan la aplicación del instrumento.

Se debe ser consciente de evitar influenciar en las respuestas del entrevistado, el tener que guiar o parafrasear las preguntas realizadas de forma neutral y tener en consideración incongruencias entre los resultados y el discurso de la persona para su posterior análisis. La puntuación de los resultados se debe hacer en relación a las siguientes categorías, las cuales son (OMS, 2011):

- **Nunca:** la sustancia no ha sido consumida en lo absoluto en los últimos tres meses (puntuación = 0);
- **Una o dos veces:** la sustancia se ha consumido un total de una a dos veces en los últimos tres meses (puntuación = 2);
- **Mensualmente:** la sustancia se ha consumido un promedio de una a tres veces al mes en los últimos tres meses, lo que resulta en un total de tres a nueve veces en los últimos tres meses (puntuación = 3);
- **Semanalmente:** la sustancia se ha consumido un promedio de una a cuatro veces por semana en los últimos tres meses (puntuación = 4);
- **Diariamente o casi diariamente:** la sustancia se ha consumido un promedio de cinco a siete días por semana en los últimos tres meses (puntuación = 6).

Actualmente, según la tabla actualizada a Chile por Soto-Brandt et al. (2014), el puntaje difiere dependiendo de cada pregunta; éstos quedarían determinados en:

- **Nunca:** todos los ítems = 0;
- **Una o dos veces:** P2=2, P3=4, P4=4, P5=5,
- **Mensualmente:** P2=3, P3=4, P4=5, 5=6
- **Semanalmente:** P2=4, P3=5, P4=6, P5=7
- **Diariamente o casi diariamente:** P2=6, P3=6, P4=7, 5=8,
- **No, nunca:** todos los ítems = 0
- **Si, en los últimos 3 meses:** P6=6, P7=3
- **Sí, pero no en los últimos 3 meses:** P6=6, P7=3

La excepción es la P8, que posee un puntaje de 0/2/1 respectivamente, pero debe ser pesquisada para ser evaluada.

#### **5.4. Preguntas del ASSIST y su Fundamentación**

##### ***P1 A lo largo de la vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (solo las que consumió sin receta médica)***

Se realiza para observar el número de sustancias consumida en la vida, independiente de su frecuencia, con el fin de generar una historia vital en relación al consumo de sustancias de riesgo. Se considera una pregunta de filtro ya que indica sobre qué sustancias se preguntará a continuación y en caso de que no consuma ninguna, se pedirá una confirmación sobre sus respuestas (OMS, 2011).

##### ***P2 En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha consumido las sustancias que mencionó?***

Se realiza para todas las sustancias que el usuario mencionó haber consumido en la vida. Es el siguiente filtro que determina si se preguntarán las preguntas 3, 4 y 5. En caso de responder nunca en el consumo de las sustancias en los últimos 3 meses, se debe dirigir a la pregunta 6 (OMS, 2011).

##### ***P3 En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha sentido un fuerte deseo o ansias de consumir?***

Se realiza para corroborar consumo de alto riesgo o dependencia a las sustancias especificadas. Ambos estados están asociados con un deseo o ansias fuertes, por lo que se desliga de un consumo moderado, leve u oportunista (que se da por el contexto y no por dependencia). Puntuaciones altas en este ítem están relacionadas a un consumo frecuente, problemas anteriores con las sustancias o el uso de sustancias inyectadas (OMS, 2011).

***P4 En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia el consumo le han causado problemas de salud, sociales, legales o económicos?***

Se realiza para determinar si el uso de sustancias genera problemas a la persona y la frecuencia de estos en los últimos 3 meses. Es importante la labor vinculatoria del entrevistador respecto a los problemas del consumidor y el uso de sustancias, debido a la posible disociación entre estos por la persona (OMS, 2011). Si no se tiene consciencia de esto, es posible que exista una puntuación más baja en el ítem y, en consecuencia, un resultado erróneo en el instrumento.

***P5 En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que habitualmente se esperaba de usted por el consumo?***

Se realiza para comprender si el consumo de sustancias interfiere en la vida diaria de la persona, conllevando problemas personales, de salud o sociales debido a los efectos del consumo durante los últimos 3 meses. En caso de que no hagan ninguna labor de trabajo o estudio, se deben considerar actividades vitales como parte del quehacer habitual.

El tabaco no se incluye como parte del ítem debido a que fumadores no suelen dejar de cumplir sus obligaciones por el consumo de esta sustancia. Sin embargo, en estados de consumo que generan compromisos físicos se entiende que es necesaria la derivación a centros especializados (OMS, 2011).

***P6 ¿Un amigo, un familiar o alguien más ha mostrado alguna vez preocupación por sus hábitos de consumo?***

Se realiza para saber si otras personas han denotado preocupación por un posible consumo riesgoso de la persona en alguna etapa de la vida. Si bien esta pregunta no da una puntuación mayor en relación a las preguntas sobre los últimos 3 meses, es un indicador importante de problemas sociales previos respecto al consumo de la persona (OMS,2011).

***P7 ¿Ha intentado alguna vez reducir o eliminar el consumo (sustancia) y no lo ha logrado?***

Se realiza para indicar la dependencia o el consumo de alto riesgo, así como también entender si existe pérdida de control sobre el consumo en la vida de la persona según lo indicado en la pregunta 1. Es importante esta pregunta debido a que la dependencia a sustancias está correlacionada a intentos pasados no exitosos de parar el consumo, especialmente en personas que no han tenido intentos exitosos en un periodo de 3 meses ya son más propensos un consumo frecuente y a recaídas. mientras que los intentos exitosos no se registran en la pregunta (OMS, 2011).

Los usuarios pueden obtener una puntuación 0 en esta pregunta por tres posibles motivos:

- No es necesario que reduzcan el consumo,
- Son usuarios felices, es decir, aún no han llegado a la etapa de querer evitar consumo,
- Redujeron el consumo exitosamente la primera vez que lo intentaron.

#### **P8 *¿Alguna vez ha consumido alguna sustancia por vía inyectada?***

Se realiza esta pregunta con el fin determinar consumo de alto riesgo o dependencia, debido a los peligros explicados anteriormente por la forma de aplicación y efectos de las sustancias consumidas.

Esta pregunta no se suma a las puntuaciones finales del uso, pero indica la necesidad de más evaluaciones y tratamiento especializado (OMS, 2011). En caso de dar resultados positivos, se debe:

- *Explicar los riesgos asociados con inyectarse y los procedimientos para inyectarse con menos riesgo.*
- *Recomendar La realización de la prueba de VIH y hepatitis B y C.*
- *Constatar la frecuencia y los hábitos de inyectarse en los últimos tres meses de la sustancia inyectada con más frecuencia. Los hábitos de inyectarse ayudarán a determinar si el usuario requiere ser derivado a algún servicio de tratamiento especializado.*

Las sustancias más inyectadas son los opiáceos, anfetaminas, cocaína y benzodiacepinas. Para efectos de la intervención, los usuarios que se han inyectado en promedio más de cuatro veces al mes en los últimos tres meses deben ser derivados a algún servicio de tratamiento especializado (OMS, 2011).

## 5.5. Interpretación de las Puntuaciones del ASSIST

ASSIST utiliza la asignación de distintos niveles de riesgo según la puntuación de las preguntas, las cuales están acompañadas de varios niveles de intervención. Los niveles de riesgo se entienden por “Bajo”, “Moderado” y “Alto” asociados a los niveles de intervención “No tratamiento”, “Intervención breve” y “Derivación a un centro especializado”, respectivamente (OMS, 2011).

Algunas de las limitaciones de las evaluaciones de riesgo son la multidimensionalidad del problema del consumo riesgoso, en el que pueden obviarse ciertos factores importantes a la hora de intervenir a los usuarios, tales como la comorbilidad psiquiátrica, historial familiar, estado socioeconómico, entre otros. Es por eso, si bien ASSIST es un instrumento de corte psicométrico, también se apoya en la experticia del profesional de la salud para el entendimiento de factores subjetivos importantes a la hora de la realización de la posible intervención (OMS, 2011).

Se consideran los niveles de riesgo de la siguiente manera, adaptados en contexto chileno por Soto-Brandt et al. (2014):

- **Riesgo bajo:** Comprende a los usuarios con una puntuación  $X < 3$  o  $X < 10$  en caso de alcohol. El riesgo de presentar problemas con el consumo es bajo en este nivel, tanto de forma presente como futura.
- **Riesgo moderado:** Comprende a los usuarios con una puntuación  $4 < X < 21$  o  $11 > x < 21$  en caso de alcohol. Las personas en este nivel pueden presentar algunos problemas, y existe un riesgo en presentar problemas asociados en el consumo si se prolonga en el tiempo el nivel de consumo actual, especialmente en personas con historial de dependencia.
- **Riesgo alto:** Comprende a los usuarios con una puntuación de  $X \geq 21$  en cualquier sustancia. Implica un alto riesgo de dependencia a la sustancia especificada y la presencia de al menos un tipo de problema asociado al consumo de esta. Personas que se inyectan más de 4 veces en los últimos 3 meses también se incluyen en este nivel.

## 5.6. Intervención Breve

Dentro de cualquier intervención, debe tomarse siempre en consideración la estructura base de cualquier tipo de intervención breve, expuesta por NIDA (2012). Esta considera 5 elementos fundamentales para una intervención exitosa, y está compuesta de:

- Preguntar ya que nos permite obtener más información sobre el consumo de sustancias
- Aconsejar al paciente a generar cambios si está permitido
- Asegurar la disponibilidad del paciente de cambiar su comportamiento luego del aconsejamiento
- Asistir al paciente en los posibles cambios, si está permitido
- Organizar las condiciones para la evaluación y el posible tratamiento de la persona

Según el nivel de riesgo entregado por los resultados del ASSIST, se han determinado 3 tipos de intervenciones asociadas al nivel de riesgo, las cuales son maleables según la experticia del profesional de la salud respecto a la condición de la persona entrevistada. NIDA (2012) también promueve la indagación en caso de que los resultados de instrumento no coincidan con la percepción personal de la persona, en caso de posibles errores en la tabulación o ignorancia de los riesgos respecto a sustancias específicas.

- **Riesgo bajo:** Se debe aplicar a los usuarios el tratamiento normal para el cual asistieron y ser informados de sus resultados si es posible. La mayor intervención realizable es el refuerzo del bajo o nulo consumo de sustancias peligrosas, debido a la baja posibilidad de situaciones de riesgo (OMS, 2011).
- **Riesgo moderado:** En el caso de la existencia de un riesgo moderado, se debe realizar una intervención breve consistente en entregar una retroalimentación del riesgo sobre el consumo vinculada a un refuerzo positivo de la reducción o detención del consumo. Tanto en este nivel como en el siguiente debe prestar atención a la comorbilidad con otros problemas de salud física o mental (NIDA, 2012). Se ha comprobado que la intervención breve vinculada a ASSIST resulta ser eficaz para que los usuarios reduzcan considerablemente el consumo de sustancias (OMS, 2011). En caso de una puntuación de riesgo moderado que involucre el uso de sustancias por medio de inyección, se debe informar sobre los riesgos y problemas asociados con esta forma de consumo, así como

también la recomendación de la aplicación de test de VIH y Hepatitis B y C (OMS, 2011) (NIDA, 2012).

- **Riesgo alto:** En el caso de situaciones de alto riesgo, también se debe realizar una intervención breve, focalizada a reforzar la evaluación y tratamiento detallado respecto al consumo de riesgo. Por lo general no existe conciencia de muchos riesgos respecto a las sustancias consumidas, por lo que NIDA (2012) recomienda psicoeducación respecto a los problemas que puede causar o exacerbar este tipo de sustancias. Es importante dar la información pertinente para un oportuno tratamiento según las posibilidades del usuario y las capacidades de los centros establecidos en los lugares de atención. En caso de que no exista la posibilidad de derivación, se recomienda entregar la mayor cantidad de herramientas disponibles dentro de la atención primaria de salud.
- **Excepciones:** Es probable que un usuario no haya consumido cierta sustancia en los últimos tres meses y que aún tenga una puntuación de '6' para esa sustancia, lo que lo colocaría en el grupo de 'riesgo moderado'. Esta situación puede surgir si el usuario, actualmente abstemio, tuvo problemas en el pasado por el consumo de la sustancia y se le dio una puntuación de '3' a las preguntas 6 y 7 ('sí, pero no en los últimos tres meses'). Es importante estimularlos y hacerles ver que se les reconoce el esfuerzo que han hecho por mantener una continua abstinencia. No es probable que estos usuarios requieran una intervención completa, pero se les debe informar sobre sus puntuaciones y explicarles que están en la categoría de riesgo moderado. Es importante hacerles saber que corren un riesgo mayor debido a sus problemas anteriores con la sustancia, y que por lo tanto deben permanecer alertas (OMS, 2011).

## 6) Validación del instrumento ASSIST

### 6.1. Validación del instrumento en otros países

Considerando que el instrumento ASSIST fue desarrollado por la OMS con el objetivo de poder ser utilizado en diferentes grupos de personas y contextos debido a su estándar neutro de aplicación, a la fecha, este ha sido validado en su aplicación en diferentes países con éxito.

En España, la validación realizada por Rubio, Martínez, Martínez, Ponce, De la Cruz, Jurado, Rigabert & Zarco (2014) consistió en una muestra de 485 participantes de diversos centros de salud y atención especializada. La muestra se constituyó por 52.6 % de hombres y 47,4% de

mujeres. La edad promedio de los participantes fue de 49,9 años, con una desviación estándar de 18,85 años. La investigación utilizó los siguientes instrumentos para el análisis de datos: ASSIST v3.0, Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI-Plus), Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), The Revised Fagerstrom Tolerance Questionnaire-Smoking (RTQ) y Severity Dependence Scale (SDS).

Se realizó validez concurrente mediante los resultados de los instrumentos aplicados mediante correlación de Pearson. Los resultados expresados en la tabla 1 demuestran una significativa correlación entre los resultados de los instrumentos.

<b>Tabla 1. Correlaciones entre los puntajes específicos para las sustancias evaluadas por ASSIST, AUDIT, RTQ y SDS según el grupo diagnóstico</b>			
	<b>Casos con abuso o dependencia</b>	<b>Casos con abuso</b>	<b>Casos con dependencia</b>
<b>Alcohol: ASSIST y AUDIT</b>	N=112 .812**	.580**	.873**
<b>Tabaco: ASSIST y RTQ</b>	N= 225 .799**	.567**	.713**
<b>Cannabis: ASSIST y SDS</b>	N= 69 .759**	.879**	.654**
<b>Cocaína: ASSIST Y SDS</b>	N=56 .854**	.822**	.836*
<b>Anfetaminas: ASSIST y SDS</b>	N=10 .392**	.311*	.412**
<b>Tranquilizantes: ASSIST y SDS</b>	N=71 .419**	.409**	.469**
N= número de casos; *P<.05, **P<.01			

La validez interna se realizó a través de Alfa de Cronbach. Los resultados mostraron una alta consistencia por los puntajes de alto riesgo con un coeficiente de .93. Por otro lado, también se presentó consistencia interna por ítems de sustancias, con .86 para tabaco, .89 para alcohol, .87 para cannabis, .97 para cocaína, .96 para anfetamina, .95 para inhalantes .95, .86 para tranquilizantes, and .96 para opioides. Debido a casos insuficientes, no se pudo calcular puntaje para alucinógenos. Finalmente, la validez discriminante de los puntajes se realizó a través del análisis Receiving Operating Characteristic (ROC) en la tabla 2, la que demostró que el instrumento es capaz de distinguir entre uso, abuso y dependencia. (Rubio et al., 2014)

Tabla 2. Discriminación entre consumo y trastornos de consumo por análisis ROC utilizando puntos de corte basados en el estudio y los recomendados por la validación original.								
	Trastornos de consumo							
	AUC	P	P. Corte	Sensibilidad	Especificidad	P. Corte (*)	Sensibilidad	especificidad
Tabaco	.641	<.05	5	94	62	4	97	62
Alcohol	.849	<.05	9,5	95	84	11	63	89
Cannabis	.913	<.05	3,5	99	90	4	98	91
Cocaína	.892	<.05	4,5	98	89	4	100	89
Anfetaminas	.983	<.05	3	99	98	4	97	98
Tranquilizantes	.920	<.05	3	99	91	4	95	92

(\*) Puntajes de corte validación original; AUC= área bajo la curva ROC

En Francia, Khan, Chatton, Nallet, Broers, Thorens, Achab-Arigo, Poznyak, Fleischmann, Khazaal & Zullino (2011) realizó una validación con una muestra de 150 participantes de distintas áreas del hospital de la Universidad de Geneva. La muestra consistió en un 64% de hombres y 46% de mujeres con una edad promedio de 41 años. Se utilizaron los siguientes instrumentos para la investigación: ASSIST, Addiction Severity Index (ASI), Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI-Plus), Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) and Revised Fagerstrom Tolerance Questionnaire-Smoking (RTQ). Se buscó comprobar validez concurrente y validez interna, así como también en los ítems que se pudiese, sensibilidad y capacidad discriminativa.

Se realizó validez concurrente mediante los resultados de los instrumentos aplicados mediante correlación de Pearson. Se pudo comprobar una alta correlación de los resultados de los instrumentos. Khan et al. (2011) presenta en tabla 3 algunos de estos resultados:

Tabla 3. Correlaciones entre los puntajes específicos de ASSIST con otros puntajes de Instrumentos similares de grupos diagnósticos.			
	Uso	Abuso	Dependencia
Alcohol: ASSIST y ASI	.77	.43	.68
Alcohol: ASSIST y AUDIT	.63	.72	.45
Opioides: ASSIST y ASI	.66	(-)	.09
(-) Grupo Vacío			

La validez interna fue revisada a través del coeficiente Alfa de Cronbach que presentó una alta consistencia interna mediante un puntaje de .91, mientras que las consistencias por sustancia variaron desde .74 a .96, exceptuando el ítem de inhalantes que no se pudo calcular. Respecto a la sensibilidad discriminativa, se realizó a través de ROC el análisis de alcohol y cannabis debido a lo pequeña de la muestra, mostrando significancia en su factor discriminante (Khan et al., 2011).

Newcombe, Humeniuk & Ali (2005) realizó la validación del instrumento ASSIST en Australia. La investigación se realizó con una muestra de 150 personas pertenecientes a grupos de atención primaria y tratamiento de adicción, con un porcentaje equitativo de Hombres y mujeres y una edad promedio de 30,6 años (con desviación estándar de 7,7 años). Se aplicó la siguiente batería de pruebas para el análisis de datos: ASSIST, Addiction Severity Index-Lite Version (ASI-Lite), Severity of Dependence of Substance Scale (SDS), MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI-Plus), Drug Abuse Screening Test (DAST), The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), Revised Fagerstorm Tolerance Questionnaire (RTQ) y The Maudsley Addiction Profile (MAP). Se buscó analizar datos respecto a validez concurrente, Validez discriminativa y Validez de Constructo.

En relación a la validez concurrente, la comparativa con distintos instrumentos mostró una alta correlación entre los puntajes del ASSIST respecto a éstos. Respecto a la validez de constructo, esta fue calculada a través de una comparativa con ASI-Lite y MAP, presentando alta correlación en sus resultados. Finalmente, respecto a la validez discriminante, los resultados fueron limitados, sólo pudiendo explorar alcohol mediante ROC, considerándose que la sensibilidad y especificidad de los valores podría no ser óptima en algunos casos. (Newcombe et al., 2005)

Humeniuk, Ali, Babor, Farrell, Formigoni, Jittiwutikarn, De Lacerda, Ling, Marsden, Monteiro, Hiwatiwa, Pal, Poznyak & Simon (2008), por otro lado, realizó una validación internacional del instrumento. La muestra clínica consistió en 1.047 participantes, con un porcentaje masculino de 66% y porcentaje femenino de 34% y con una edad promedio de 30,4 años (con una desviación estándar de 8,2 años). Se utilizaron los siguientes instrumentos para el estudio: ASSIST; Addiction Severity Index-Lite (ASI-Lite); el Severity of Dependence Scale (SDS); MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI-Plus); Rating of Injection Site Condition (RISC); Drug Abuse Screening Test (DAST); Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT); Revised Fagerstrom Tolerance Questionnaire (RTQ); y Maudsley Addiction Profile (MAP). Se buscó analizar la validez concurrente, validez de constructo y validez discriminatoria.

Respecto a la validez concurrente, la investigación demostró correlaciones significativas entre los puntajes de ASSIST y ASI-Lite ( $r=.76-.88$ ), SDS ( $r=.59$ ), AUDIT ( $r=.82$ ) and RTQ ( $r=.78$ ); con mayor puntaje de diagnóstico de abuso y dependencia en ASSIST frente al MINI-plus ( $P<0.001$ ).

La validez de constructo fue establecida mediante el coeficiente Alfa de Cronbach y la Comparación con MINI-Plus en escalas de riesgo. Respecto al coeficiente Alfa de Cronbach, este mostró una buena especificidad global (.89) mientras que por sustancias también (Tabaco .8, alcohol .84, cannabis .86, cocaína .93, anfetaminas .94, inhalantes .93, tranquilizantes .89, alucinógenos .77 y opioides .94.). Respecto a la comparación con MINI-plus, se expresó con una correlación significativa entre los puntajes de ASSIST y análisis de factores de riesgo del desarrollo de problemas de alcohol y sustancias ( $r=.48-.76$ ). La validez discriminante fue confirmada en relación a la discriminación sobre uso, abuso y dependencia mediante análisis ROC, estableciendo puntajes de corte con buena especificidad (50%-96%) y sensibilidad (54-97%) para la mayoría de las sustancias. (Humeniuk et al., 2008)

Por otro lado, se realizó una validación en público objetivo asociados a los grupos de riesgo, como lo es la atención primaria adolescente. Gryczynski, Gwin, Kelly, Kirk, O'grady & Schwartz (2015) realizaron una validación del instrumento ASSIST en un grupo estadounidense de atención primaria en adolescentes compuesta de 525 casos, en los que se buscó determinar la validez concurrente, validez interna, validez discriminante y precisión diagnóstica. La muestra consistió en 525 participantes de los cuales 54% pertenece al sexo femenino y 46% al masculino. Se utilizaron los siguientes instrumentos para la recolección de datos: ASSIST, CRAFFT screening tool, e ítems del Composite International Diagnostic Interview (CIDI).

Respecto a la validez interna, analizada a través del coeficiente Alfa de Cronbach, presentó buena consistencia en relación a cada sustancia (.87 para tabaco, .72 para alcohol y .88 para cannabis). La validez concurrente fue realizada a través del coeficiente de Pearson, demostrando buena validez ( $r=.41-.76$ ;  $p<.001$ ). Respecto a la validez discriminante respecto a los puntajes de corte, se realizó análisis ROC, en los que ASSIST demostró precisión en la identificación de problemas con tabaco, alcohol y cannabis (sensibilidad=95%-100%; especificidad=79%-93%), pero con poca efectividad en puntajes de corte bajos. (Gryczynski et al., 2015)

Finalmente, el autor realizó un análisis factorial confirmatorio (CFA) con los ítems de tabaco, alcohol y cannabis respecto a los factores de riesgo de cada sustancia, con un posterior análisis factorial exploratorio para confirmar la estructura del ASSIST, los cuales expresaron poca adecuación al modelo planteado, según los resultados expresados en la tabla 4.

Tabla 4. Cargas Factoriales ASSIST				
	Factor 1 (riesgo tabaco)	Factor 2 (riesgo alcohol)	Factor 3 (Riesgo Cannabis)	Comunalidades
<b>Tabaco</b>				
P2	.63	-.03	.31	.31
P3	.86	.08	.06	.15
P4	.67	-.03	-.12	.64
P6	.51	.04	.18	.59
P7	.81	.04	-.03	.35
<b>Alcohol</b>				
P2	<-.01	.33	.40	.63
P3	-.05	.54	.23	.59
P4	.03	.52	-.02	.72
P5	.05	.67	-.04	.54
P6	-.11	.45	.29	.67
P7	.03	.60	-.12	.67
<b>Cannabis</b>				
P2	-.11	-.08	1.0	.10
P3	.16	.02	.74	.29
P4	.52	-.12	.27	.55
P5	.31	.05	.44	.53
P6	.08	.08	.67	.44
P7	.23	-.05	.58	.48
Varianza	4.99	2.87	5.25	
Proporción	.57	.33	.60	

Otros autores, a diferencia de los estudios comparativos con otros instrumentos de detección de sustancias, han puesto énfasis en la metodología de Análisis Factorial en la validación del instrumento. Pérez, Calzada, Rovira & Torrico (2012) realizaron una investigación que buscó evaluar empíricamente que la estructura del instrumento ASSIST interpreta sus puntajes correctamente para su uso como herramienta de cribado de información. Este objetivo fue estudiado mediante la realización de un análisis factorial exploratorio (AFE) y análisis factorial confirmatorio (AFC) debido a que cumplen funciones complementarias en el análisis. El AFE genera una serie de dimensiones latentes en una serie de puntuaciones, pero tiene problemas relacionados a generar dimensiones sin un criterio estadístico determinado, la mala interpretación de la relación entre los ítems y los factores cuando esta es baja y la mantención de asunciones estadísticas poco realistas. Por otro lado, el AFC se genera desde una hipótesis previa de un número determinado de dimensiones en una estructura latente de datos, con una estipulación e interpretación determinada entre las relaciones de las variables observadas y las dimensiones presentes. Esto, sumado a que tiene pruebas de bondad de ajuste entre la estructura analizada y los datos obtenidos, permite suplir algunas de las falencias del AFE para un análisis más completo de la estructura.

La muestra utilizada en la investigación fue dividida en dos mediante un muestreo estratificado con afijación proporcional, tomando como estratos el sexo y la edad de los participantes. Una mitad fue utilizada para la realización de un AFE con fin de detectar la estructura latente de la escala, mientras que con la otra se hizo un AFC para evaluar la estructura resultante del análisis anterior. Por otro lado, se analizó la consistencia interna mediante el coeficiente Alfa de Cronbach (Pérez et al., 2012)

En relación al AFE, cuyo objetivo es determinar el posible número de factores extraíbles, presentó el primer factor con un autovalor de 2,834, explicando un 47,4% de la varianza, siendo el único con un valor mayor al esperable, por lo que se postuló el uso de una estructura unidimensional. Respecto al AFC, planteado con una estructura unidimensional, expresó resultados positivos excepto en el indicador de la prueba de  $\chi^2$ . Los resultados de la investigación demostraron una alta fiabilidad y bondad de ajuste a la estructura unidimensional, otorgando validez al uso de la suma de los ítems para la interpretación correcta de las puntuaciones propuestas.

## **6.2. Validación del instrumento en Chile**

Actualmente, la aplicación del instrumento ASSIST en su forma convencional ha sido validada en Chile en Soto-Brandt et al. (2014) para la identificación del riesgo asociado al consumo de sustancias en población adulta chilena de diferentes ámbitos de atención de salud. El instrumento fue adaptado en su lenguaje al contexto chileno, con una muestra  $n=400$  y compuesta por 211 participantes de centros de atención primaria, 97 participantes de centros de tratamiento de drogas (Ambulatorios y residenciales), 73 participantes del ámbito laboral y 19 participantes del ámbito policial (comisarías). De la población estudiada, 56% fueron mujeres y la media de edad fue de 32.9 años con una desviación estándar de 10.1 (Soto-Brandt et al., 2014).

Los resultados de la investigación comprobaron la validez del instrumento en su versión aplicada por profesional de salud. Respecto a la validez interna de ASSIST, tanto para el puntaje total como por sustancia específica fue adecuado en la muestra estudiada. El Alfa de Cronbach para el puntaje total fue de .91, para tabaco de .87, alcohol .93, cannabis .95, cocaína .98, anfetaminas .98, inhalantes .90, tranquilizantes .97, alucinógenos .98, y opiáceos .98.

La correlación test-re-test fue positiva, ya que Las correlaciones (CCI) para las cuatro sustancias con mayor prevalencia fueron: .63 (Intervalo de confianza del 95% [IC95%] .38 a .87; F 7.08;  $p < .001$ ) para tabaco .66 (IC95% .46 - .86; F 7.33;  $p < .001$ ), para alcohol .74 (IC95% .44 a 1.03; F 11.81;  $p < .001$ ) para cannabis y .80 (IC95% .57 a 1.01; F 12.35;  $p < .001$ ) para cocaína-pasta base y cocaína. Las otras sustancias de las sustancias no se describieron ya que su prevalencia en el re-test fue baja (menor al 3%). Soto-Brandt et al., 2014).

Respecto a la validez concurrente con los resultados de los instrumentos de control ejercidos *Addiction Severity Index* (ASI-Lite); *Severity of Dependence Scale* (SDS); *Mini-International Neuropsychiatric Interview* (MINI-Plus); AUDIT; y *Revised Fagerstrom Tolerance Questionnaire Smoking* (RTQ). Los resultados en la comparación con Mini-Plus, abuso y dependencia a través de la Pearson demuestran entre el puntaje para dependencia ASSIST y el puntaje para el diagnóstico de síntomas de dependencia alcohol del MINI-Plus fue de  $r = .66$  ( $p < .001$ ). La correlación observada entre el puntaje para abuso del ASSIST y el puntaje para el diagnóstico de abuso del MINI-Plus fue de  $r = .65$  ( $p < .001$ ). Los resultados de la comparación con ASI-Lite. SDS. RTQ y AUDIT a través de la correlación entre el puntaje del ASSIST y índice de severidad de adicción medido a través del ASI-Lite para las cuatro sustancias más prevalentes tuvo un rango entre .66 y .83 ( $p < .001$ ). La correlación  $r$  de Pearson entre el puntaje total del ASSIST y el puntaje total del instrumento SDS fue de .65 ( $p < .001$ ). La correlación entre el puntaje para tabaco del ASSIST y el puntaje total del instrumento RTQ fue de .60 ( $p < .001$ ). Por último, el puntaje total ASSIST para alcohol y el puntaje total del AUDIT fue de  $r = .84$  ( $p < .001$ ) (Soto-Brandt et al., 2014).

Finalmente, respecto a la validez discriminante del instrumento ASSIST. se analizó los resultados del análisis ROC para tabaco, alcohol, cannabis y cocaína, siendo el resto descartados por insuficiencia en las puntuaciones del instrumento. El resto de las sustancias no se analizaron debido al insuficiente número de casos. La sensibilidad y especificidad para la distinción entre riesgo bajo y medio fue sobre el 80% con excepción de la especificidad para alcohol (78.7%) y para cocaína (66.1%). La sensibilidad y especificidad del punto de corte propuesto por OMS para el riesgo alto ( $\geq 27$  puntos) fue de 7.8% y 93.3% para tabaco, 75.0% y 67.8% para alcohol, 35.0% y 100.0% para cannabis, y 60.8% y 87.5% para cocaína. En base a los resultados del análisis ROC se consideró un nuevo puntaje de corte ( $\geq 21$  puntos) que balanceara con mayor equilibrio entre sensibilidad y especificidad (Soto-Brandt et al, 2014).

## **7) Relevancia de la Configuración del ASSIST como un Instrumento Autoadministrado**

Para efectos de esta investigación, es importante entender la relevancia que posee el adaptar el instrumento ASSIST en una versión autoadministrada en contraste con la versión actual realizada por un profesional de la salud. Delker, Aharonovich & Hasin (2016), en su investigación sobre las posibles ventajas y dificultades que tienen los distintos modos de aplicación de instrumentos de detección de consumo explica que, en el caso de instrumentos de detección de consumo administradas por un entrevistador, se tiende a ayudar a pacientes a recordar eventos con el fin de una entrega de información más fidedigna respecto al consumo, desde una entrevista semiestructurada. El fin principal del entrevistador en la administración del test es la creación de un buen vínculo y confianza con el participante. Esto asegura respuestas más honestas y clarificaciones de posibles confusiones del participante respecto a lo que cada pregunta busca.

La ventaja principal de esta metodología es proveer asistencia a personas con dificultades cognitivas para poder responder los ítems de los instrumentos, mientras que una posible desventaja es que puedan disminuir su reporte de consumo desde la necesidad de presentarse a otro de una forma aceptable socialmente. Otra desventaja es que, debido a la estructura semiabierta de esta modalidad, evita que exista una completa estandarización en la aplicación del instrumento más allá de las preguntas predeterminadas lo que puede derivar en resultados no agrupables en su totalidad por estadísticas del sistema de salud. Sin embargo, en pruebas de validez del uso de esta metodología se muestra como un instrumento confiable (Derkel et al., 2016).

En Molina, Fernández, Delgado y Martín (2010) se explica que instrumentos de detección de consumo autoadministrados tienden a que participantes respondan con menor fidelidad los comportamientos socialmente no aceptados, lo que no se condice con la literatura actual. Derkel et al. (2016) mencionan que el no estar en la presencia de un entrevistador les permite una respuesta con mayor privacidad y reduce la amenaza de prejuicio de aceptabilidad social. Por otro lado, en McNelly, Strauss, Wright, Rotrosen, Khan, Lee & Gourevich (2014) se reafirma que este tipo de administración causa respuestas más honestas y certeras con un mejor reporte del uso de sustancias. Otros instrumentos de detección de consumo autoadministrados como el Resumen del Uso de Sustancias (SUBS) o instrumentos de 1 ítem computarizadas han demostrado un buen rendimiento, lo que les entrega confiabilidad (Wu, Mcnelly, Subramanian, Sharma, VanVeldhuisen & Schwartz, 2016). Finalmente, una ventaja importante respecto a esta

modalidad es la estandarización de un protocolo de respuestas, lo que permite un mejor cuerpo de información para un posterior análisis (Delker et al., 2016).

Sin embargo, una dificultad de esta modalidad de aplicación es relegar el entendimiento correcto de las preguntas a los participantes tanto desde su habilidad cognitiva como de su disposición personal, lo que puede derivar en problemas si no está adaptado de buena forma al grupo al que esté dirigido, pudiendo causar errores en el cuerpo de información obtenido. Factores como la edad, escolaridad, situación socioeconómica o problemas mentales preexistentes son elementos que se deben evaluar a la hora de tomar la información desde esta metodología. En la actualidad no existen muchos estudios que tomen estas variables en validación de instrumentos autoadministrados. (Delker et al., 2016)

Otros estudios anteriores han demostrado que los participantes tienden a reportar mayores frecuencias de consumo de alcohol y sustancias a través de cuestionarios autoadministrados en relación a entrevistas (Delker et al., 2016). Bajo la misma línea Downey, Sun, Dismukes & Hong (2018) en su estudio comparativo de administración de un instrumento autoadministrado en relación a un instrumento administrado por un profesional, encontró que participantes del grupo autoadministrado tendían a usar los servicios de atención primaria posterior a su aplicación, lo que se condice con otros estudios que expresan la utilidad del uso de instrumentos autoadministrados para el reconocimiento del consumo problemático y su asociación con problemas mentales.

Si bien ambas metodologías buscan desde distintos medios evitar el reporte falso de consumo, es importante discernir en qué espacios es más efectivo un tipo de aplicación que la otra, ya que existen investigaciones que demuestran la confiabilidad de ambos tipos de instrumentos. Por ejemplo, un factor importante es la demanda del espacio en que se aplican los instrumentos, así como la capacitación del personal y los recursos dados para la aplicación. Desde el punto de vista de atención primaria, instrumentos como el AUDIT y AUDIT-C han sido recomendadas para la revisión del consumo de alcohol y han sido implementadas en espacios médicos, mientras que instrumentos que evalúan el consumo de otras sustancias, como el instrumento de 10 ítems DAST han sido desarrolladas y validadas en espacios de atención primaria pero no han sido adoptadas por todos los espacios para obtener resultados estandarizados a poblaciones más grandes. ASSIST, como se explicó anteriormente, se configura como un instrumento que es capaz de abordar distintos tipos de sustancia validada internacionalmente, pero su aplicación por

entrevista dificulta su uso en espacios de atención primaria por el tiempo que demora su aplicación y el análisis de resultados por el entrevistador. Es por esto que la falta de instrumentos rápidos de revisión de consumo de sustancias de largo alcance (aparte de instrumentos de detección asociadas a alcohol y tabaco) se ha constituido como un problema en la eficiencia de los espacios médicos generales (McNelly et al., 2014). Si bien la ASSIST en su configuración estándar se constituye como un instrumento administrado por un profesional, es importante saber cómo otras herramientas se han validado en su forma autoadministrada a la hora de comprender si este instrumento puede configurarse como uno aplicable bajo esta metodología para mejorar su efectividad en el contexto chileno.

Existen diversos estudios en los últimos años que han estudiado la validación de instrumentos autoadministrados para el reconocimiento del consumo de diversas sustancias. Molina et al., (2010) menciona que los instrumentos autoadministrados son las más utilizadas para estudiar el consumo de tabaco con investigaciones que comprueban su validez. En su estudio respecto al consumo de tabaco, comprobó la validez de la herramienta al tener una alta sensibilidad y especificidad de los resultados.

Tiet, Leyva, Moos & Smith (2017), realizaron una adaptación del Test de Revisión de Abuso de Drogas (DAST) a una versión de 2 ítems. Esto debido a que las versiones anteriores (28 y 10 ítems, respectivamente) si bien estaban validadas en diversos estudios y suelen utilizarse en el auto-reporte del consumo, se encontraban con el problema de ser muy largos en su aplicación en espacios de salud con alta demanda. Esto ocurre con otros instrumentos con buena confiabilidad, como lo es el AUDIT, por ejemplo. Los resultados de esta investigación mostraron que, a pesar de la brevedad de su aplicación, la información entregada era sensitiva y específica al uso de sustancias en distintas categorías (edad, raza/etnia, estado civil, entre otros), lo que otorgó una buena validación.

Wu et al. (2016) realizó un estudio de validación de la herramienta del uso/mal uso de tabaco, alcohol, medicinas prescritas y otras sustancias (TAPS) adaptada a partir de una versión resumida de ASSIST v3.0, especificada a una muestra estadounidense, que podía ser autoadministrada o por un profesional. Si bien esta investigación no entregó resultados de la validación de la adaptación del instrumento, es un antecedente relevante a tomar en el que ASSIST se ha constituido como un instrumento integral que busca ser adaptado a distintos medios para mejorar su efectividad.

Finalmente, Mcneely et al. (2014) realizó una adaptación del ASSIST a un modo autoadministrado mediante la tecnología A-CASI, la cual es una modalidad de entrevista asistida por audio computacional para como una forma de lograr llegar a distintos niveles educacionales. (Delker et al., 2016) El estudio evaluó su aplicación con un re-test del instrumento, para permitir observar la confiabilidad de la medición de sus datos. Los resultados mostraron una buena confiabilidad mediante este método en la atención pública estadounidense.

En el contexto chileno existe actualmente una necesidad de evaluar la validez de instrumentos estandarizadas respecto al consumo de sustancias. Desde 2009, SENDA lanza el sistema de manejo del tratamiento e información (SISTRAT) para monitorear la demanda y entrega de tratamiento de trastornos de uso de sustancias en el servicio de salud pública y en el privado. Actualmente 270 proveedores reportan a este sistema, que constituyen el 90% de los centros de tratamiento del país (Castillo-Carniglia, Marín, Soto-Brandt, Donoso, Piñol, San Martín & Portilla, 2015).

Si bien existen análisis de confiabilidad y validez de algunos instrumentos aplicados por estos espacios, tal es el caso de la versión chilena de TOP, es importante validar otros instrumentos aplicados en espacios que reportan información para estas instituciones. En el caso de ASSIST, si bien es un instrumento estandarizado de forma internacional en la detección del consumo de sustancias, es necesario validar nuevas formas en su aplicación que sean adecuadas al contexto en que está siendo aplicada. (Castillo-Carniglia et al., 2015). Esto puede ayudar al desarrollo de batería de instrumentos de detección de consumo aplicables a distintos espacios, que entregue información con mayor facilidad de ser recolectada y ver como distintos espacios actúan sobre el consumo de riesgo de sustancias.

El uso de instrumentos estandarizados no sólo ayuda al monitoreo del proceso terapéutico de los pacientes en centros de atención, sino que también asistir en los programas de tratamiento. Se constituye como una problemática el que no haya un acceso general a instrumentos estandarizados que ayuden al seguimiento del tratamiento, tanto en el conocimiento del consumo como los riesgos asociados este y los cambios en su calidad de vida.

## **IV. Objetivos**

### **Objetivo General:**

1. Validar el instrumento ASSIST en su versión autoadministrada en los estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

### **Objetivos Específicos:**

1. Determinar la validez interna del instrumento ASSIST total y para cada sustancia en su aplicación autoadministrada en la población de estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.
2. Contrastar los resultados de validez interna con estudios de validación del instrumento ASSIST en su aplicación original.
3. Determinar la validez de constructo del instrumento ASSIST en su aplicación autoadministrada en la población de estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad De Chile.
4. Contrastar los resultados de validez de constructo con estudios de validación del instrumento ASSIST en su aplicación original.

## **V. Hipótesis**

Si las investigaciones son de carácter psicométrico, de alcance descriptivo o de carácter correlacional, no es necesaria la construcción de una hipótesis, a menos que se pronostiquen datos. (Hernández, Fernández y Baptista, 2010). Desde lo último, se espera que los resultados de la investigación entreguen resultados de comportamiento estadístico óptimo según la metodología de validación interna mediante coeficiente Alfa de Cronbach, así como también de Validez de constructo mediante Análisis Factorial Exploratorio y Análisis Factorial Confirmatorio, otorgando validez a la forma autoadministrada del instrumento ASSIST en la muestra de estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

## **VI. Metodología**

### **1) Definición de variables**

**Definición conceptual de Consumo de Riesgo:** Se define como un patrón de consumo de sustancias que aumenta el riesgo de sufrir consecuencias nocivas de carácter físico, mental y social para el consumidor, aunque no exista ningún trastorno actual reconocible. Se considera relevante su uso en la salud pública (OMS, 2011). Este será analizado a través del instrumento ASSIST en su versión modificada para el contexto chileno.

**Definición operacional de Consumo de Riesgo:** Puntaje total obtenido de la sumatoria de los valores escogidos del conjunto de 6 ítems por sustancia, para las 10 sustancias del instrumento ASSIST desarrollado por la OMS. (2011)

**Definición conceptual de categoría de gravedad de Consumo de Riesgo:** Diferentes categorías de gravedad propuestas por la OMS. (2011)

**Definición operacional de categoría de gravedad de Consumo de Riesgo:** Los puntajes de cortes que definen las categorías de gravedad para cada sustancia son: 0 a 3 para riesgo leve; 4-20 para riesgo moderado; 21 a 39 para riesgo algo. La excepción a estos rangos es en la sustancia alcohol, en la que las categorías de riesgo son 0 a 10 para riesgo leve; 11 a 20 para riesgo moderado y 21 a 39 para riesgo alto. (Soto-Brandt et al., 2014)

**Definición conceptual de Validez:** Se define como el grado en que la evidencia y la teoría sostienen la interpretación de las puntuaciones del instrumento para el uso particular en el que ha sido diseñado, siendo ésta una propiedad circunstancial de la interpretación que realizamos del mismo (Pérez et al., 2012). Esta será desarrollada a través de la validez interna y la validez de constructo.

**Definición conceptual de Validez Interna:** Se define como la mantención de la consistencia interna, pertinente a la interrelación de los ítems en un test en el que todos miden el mismo concepto o constructo. (Tavakol & Dennick, 2011).

**Definición Operacional de Validez Interna:** Se operacionalizará la variable de validez interna a través del estadígrafo Alfa de Cronbach (Hernández et al., 2010).

**Definición conceptual de Validez de Constructo:** Se define como la determinación del correcto significado de las puntuaciones desde una base racional, que permite juzgar la relevancia y representatividad del contenido del test y establecer hipótesis predictivas que, a su vez, pueden contribuir a discernir la naturaleza del constructo (Pérez-Gil, Chacón & Moreno, 2000).

**Definición Operacional de Validez de Constructo:** Se operacionalizará la validez del constructo a través del Análisis Factorial Exploratorio (AFE) por ejes principales con rotación oblimin, en conjunto con la evaluación a través del Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) por medio de los estadígrafos Chi-Cuadrado de Pearson, Contrast Media-Induced Nephropathy (CMIN), Comparative Fit Index (CFI), Tucker-Lewis Index (TLI) y Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) (Pérez-Gil, Chacón & Moreno, 2000).

## **2) Diseño de Investigación**

El enfoque empleado en este estudio fue de carácter cuantitativo, al buscar sólo la validez de la aplicación del instrumento mediante la relación de las variables esperadas a través de métodos estadísticos (Hernández et al., 2010).

Se planteó el uso de una metodología no experimental, transversal y de alcance descriptivo. Esta investigación no utilizó manipulación intencional de las variables, por tanto, se consideró de tipo transversal, debido a que buscó recolectar información respecto a las variables en el momento actual para evaluar la validez de la aplicación del instrumento ASSIST en una forma autoadministrada. El alcance de la investigación fue de carácter descriptivo, ya que buscó estudiar relación de las variables que constituyen la validez de la aplicación del instrumento (Hernández et al., 2010).

### **3) Diseño Muestral**

La muestra está conformada por estudiantes universitarios de género mixto de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. El procedimiento de muestreo fue seleccionado en la población de estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile debido a: existir antecedentes actuales a consumo de sustancias en un nivel de riesgo tales como Cannabis, Alcohol y Tranquilizantes, además de no existir un método estandarizado de rápida aplicación para la detección de consumo de riesgo en relación demanda actual del espacio (Unidad de Psicología DAEC, 2018); No existir otros antecedentes que permitan realizar un screening general de la situación de consumo actual en la Facultad, tomando en consideración investigaciones chilenas previas respecto al riesgo actual de este tipo de población (Romero et al., 2009) (Sepúlveda et al., 2011) (Riquelme et al., 2012), lo cual da por cuenta la necesidad de elección de este público objetivo para suplir estas falencias. Se decidió por un muestreo de carácter probabilístico con un marco muestral delimitado por asignación aleatoria simple con el fin de conseguir una estimación de la población seleccionada con un nivel de confiabilidad de 95% (Hernández et al., 2010).

La selección de la muestra fue de tipo probabilística, debido a que se invitó a participar voluntariamente a la población de estudio para la aplicación del instrumento ASSIST.

El cálculo del tamaño mínimo de la muestra es de 340 sujetos con un 95% de confianza, asumiendo un nivel de error muestral de 5,00 % y una estimación de probabilidad del 50,00%, según la teoría del límite central (TLC). Bajo los mismos criterios, el tamaño muestral mínimo para la representatividad de cada carrera perteneciente a la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile fue de 40 sujetos (Hernández et al., 2010).

### **4) Instrumento**

El instrumento utilizado para operacionalizar la variable de consumo de riesgo ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test, según sus siglas en inglés) utilizado para la detección de las principales sustancias psicoactivas consumidas y desarrollado por la OMS, que actualmente se encuentra en su versión 3.1 (OMS, 2011).

El desarrollo del ASSIST ha consistido, a la actualidad, de tres fases de desarrollo. La **fase I** consistió en la creación de la versión 1.0 de ASSIST con el fin de administrar rápidamente pruebas de diagnóstico de consumo de sustancias comunes y psicoactivas en centros de atención primaria de salud con intervenciones asociadas a sus resultados y con relevancia transcultural. Esta versión se construyó entre 1997 y 1998, incluyendo 12 preguntas evaluadas en distintos países y posteriormente se realizó la versión 2.0, que redujo el ítem de preguntas a 8. Posteriormente, durante la **fase II**, entre 2000 y 2002 se realizó un estudio internacional de validación del instrumento dentro de servicios de atención primaria de salud y de tratamiento contra las drogas. El resultado del estudio demostró la validez internacional de ASSIST, y delimitó las puntuaciones de riesgo “Bajo”, “Moderado” y Alto” en su versión 3.0. Finalmente, la versión 3.1 de ASSIST fue realizada para la adaptación de su uso en la atención primaria y centros de salud, a diferencia de al 3.0 cuyo uso es investigativo (OMS, 2011). La **fase III** del estudio, realizado entre 2003 y 2007, consistió en la realización de una investigación respecto a la eficacia de las intervenciones breves vinculadas al consumo de consumo de riesgo moderado de las sustancias evaluadas por ASSIST. Los resultados expresaron que la intervención breve sobre el uso de sustancias ilegales redujo considerablemente la puntuación del instrumento a los 3 meses en comparación al grupo control. Por otro lado, el 80% de los participantes que recibieron intervención mencionaron intentar reducir el consumo de sustancias e hicieron comentarios positivos sobre el impacto de la intervención (OMS, 2011).

Este instrumento en su versión oficial consiste en un cuestionario de alternativas administrado por un profesional de la salud compuesto por 8 preguntas culturalmente neutrales, las cuales abarcan el consumo de las siguientes sustancias (OMS, 2011):

- Tabaco
- Alcohol
- Cannabis
- Cocaína
- Estimulantes de tipo anfetamina
- Inhalantes
- Tranquilizantes o pastillas para dormir (benzodiacepinas)
- Alucinógenos
- Opiáceos
- Otras Sustancias

Los resultados del ASSIST en base a las 8 preguntas indica 3 niveles de riesgo respecto a la sustancia identificada, denominados “Bajo”, “Moderado” y “Alto”, que determinan si existe un nivel riesgo y el posible daño físico o mental en el presente o futuro, como se comprende desde la definición de consumo de riesgo. Los niveles de riesgo respectivos conllevan los niveles de intervención de “no tratamiento”, “Intervención breve” o “Derivación a un servicio especializado”, con el fin de hacer consciente los posibles problemas y dar acciones a tomar frente al consumo. El instrumento también entrega información respecto a la historia del usuario respecto al consumo de sustancias y a los problemas relacionados en los últimos 3 meses, así como también identifica posibles problemas relacionados al consumo de las sustancias (OMS, 2011).

Se consideran los niveles de riesgo de la siguiente manera, con puntaje adaptado según los resultados de la validación en el contexto chileno (Soto-Brandt et al., 2014):

- **Riesgo bajo:** Comprende a los usuarios con una puntuación  $X < 3$  o  $X < 10$  en caso de alcohol. El riesgo de presentar problemas con el consumo es bajo en este nivel, tanto de forma presente como futura.
- **Riesgo moderado:** Comprende a los usuarios con una puntuación  $4 < X < 21$  o  $11 > x < 21$  en caso de alcohol. Las personas en este nivel pueden presentar algunos problemas, y existe un riesgo en presentar problemas asociados en el consumo si se prolonga en el tiempo el nivel de consumo actual, especialmente en personas con historial de dependencia.
- **Riesgo alto:** Comprende a los usuarios con una puntuación de  $X \geq 21$  en cualquier sustancia. Implica un alto riesgo de dependencia a la sustancia especificada y la presencia de al menos un tipo de problema asociado al consumo de esta. Personas que se inyectan más de 4 veces en los últimos 3 meses también se incluyen en este nivel.

Asimismo, se consideraron los puntajes del instrumento según la validación en Chile propuesta por el autor, el que refiere:

- **Nunca:** todos los ítems = 0;
- **Una o dos veces:** P2=2, P3=4, P4=4, P5=5,
- **Mensualmente:** P2=3, P3=4, P4=5, 5=6

- **Semanalmente:** P2=4, P3=5, P4=6, P5=7
- **Diariamente o casi diariamente:** P2=6, P3=6, P4=7, 5=8,
- **No, nunca:** todos los ítems = 0
- **Si, en los últimos 3 meses:** P6=6, P7=3
- **Sí, pero no en los últimos 3 meses:** P6=6, P7=3

Siendo la excepción P8, que posee un puntaje de 0/2/1 respectivamente.

Según el nivel de riesgo entregado por los resultados del ASSIST, se han determinado 3 tipos de intervenciones asociadas al nivel de riesgo respectivas al nivel anterior:

- **Riesgo bajo:** Se debe aplicar a los usuarios el tratamiento normal para el cual asistieron y ser informados de sus resultados si es posible. La mayor intervención realizable es el refuerzo del bajo o nulo consumo de sustancias peligrosas, debido a la baja posibilidad de situaciones de riesgo (OMS, 2011).
- **Riesgo moderado:** En el caso de la existencia de un riesgo moderado, se debe realizar una intervención breve consistente en entregar una retroalimentación del riesgo sobre el consumo vinculada a un refuerzo positivo de la reducción o detención del consumo (OMS, 2011). Tanto en este nivel como en el siguiente debe prestar atención a la comorbilidad con otros problemas de salud física o mental (NIDA, 2012).
- **Riesgo alto:** En el caso de situaciones de alto riesgo, también se debe realizar una intervención breve, focalizada a reforzar la evaluación y tratamiento detallado respecto al consumo de riesgo. Por lo general no existe conciencia de muchos riesgos respecto a las sustancias consumidas, por lo que NIDA (2012) recomienda psicoeducación respecto a los problemas que puede causar o exacerbar este tipo de sustancias.
- **Excepciones:** Es probable que un usuario no haya consumido cierta sustancia en los últimos tres meses y que aún tenga una puntuación de '6' para esa sustancia, lo que lo colocaría en el grupo de 'riesgo moderado'. Esta situación puede surgir si el usuario, actualmente abstemio, tuvo problemas en el pasado por el consumo de la sustancia y se le dio una puntuación de '3' a las preguntas 6 y 7 ('sí, pero no en los últimos tres meses'). Es importante estimular y hacer ver que se les reconoce el esfuerzo que han hecho por mantener una continua abstinencia. Se debe informar sobre sus puntuaciones y explicarles que están en la categoría de riesgo moderado. Es importante hacerles saber

que corren un riesgo mayor debido a sus problemas anteriores con la sustancia, y que por lo tanto deben permanecer alertas (OMS, 2011).

Para su adaptación a una versión autoadministrada y tomando en consideración los recursos disponibles para la investigación, se decide construir una adaptación digital del instrumento por medio de la herramienta Google Forms. Esta adaptación tomó como base la estructura de las indicaciones y preguntas realizadas en el formato original de su aplicación, a excepción de la pregunta 8, cuya puntuación dependía de una pesquisa cualitativa por el entrevistador en el formato original propuesto por la OMS (2011). Es por esto que, tomando en consideración la adaptación en Chile del instrumento la que determina un puntaje de “0/2/1” respectivamente para las respuestas “no, nunca/sí, en los últimos 3 meses, sí, pero no en los últimos 3 meses” con una pesquisa cualitativa del tipo de sustancia y nivel riesgo (Soto-Brandt et al., 2014), se decide sumar a cada escala de sustancia el ítem 8, con el fin de poder cuantificar el número de respuestas positivas del ítem, sin necesidad de una pesquisa cualitativa en una aplicación digital. Finalmente, se decide luego de un periodo de evaluación piloto del instrumento digital el ser obligatorio responder las preguntas equivalentes al puntaje 0 (“No, nunca he consumido/No he consumido en los últimos 3 meses/No, nunca”) de todas las escalas no consumidas, con fin de homogeneizar la entrega de respuestas para evitar problemas de computación y el análisis de resultados.

Respecto a las intervenciones propuestas que deben realizarse de los resultados del instrumento (OMS, 2011), para esta investigación se realizó una retroalimentación estandarizada de las categorías de riesgo por medio digital a través de la plataforma Gmail asociada a Google Forms, descartándose la devolución del ítem 8 producto de las dificultades de su aplicación desde el método seleccionado, ya que originalmente se evalúa cualitativamente con un administrador de forma presencial quien debe profundizar la información, aspecto que no puede ser desarrollado en forma digital desde los recursos disponibles en esta investigación.

## **5) Análisis de la Información**

El análisis estadístico de los datos para analizar las características psicométricas del instrumento ASSIST fue realizado con el programa estadístico IBM SPSS Statistics versión 22.0. Para determinar la distribución muestral se aplicó las pruebas de normalidad Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk (Ghasemi & Zahediasl, 2012). Para el análisis de las variables sociodemográficas

se utilizó análisis de frecuencias, medidas de tendencia central y pruebas no paramétricas para muestras independientes U de Mann-Whitney y Kruskal Wallis Berlanga. & Rubio (2011).

La consistencia interna de las dimensiones del ASSIST para evaluar consumo de riesgo fue realizada con el estadígrafo Alfa de Cronbach y el coeficiente de fiabilidad por mitades de Guttman (Hernández et al., 2010).

Para determinar la validez de constructo se revisó la adecuación de la muestra mediante las pruebas de Barlett y KMO, estadísticos que contrastan si las correlaciones parciales entre las variables son pequeñas y si la matriz de correlaciones es una matriz de identidad, respectivamente, y que permiten conocer si la base de datos cumple con los requisitos para llevar a cabo un análisis factorial. Si dan valores esperables las pruebas anteriores, se evalúa con un Análisis Factorial Exploratorio (AFE) por medio de la prueba de Ejes Principales con rotación Oblimin Directo a partir de las características de la distribución (Lloret, Ferreres, Hernández, & Tomás-Marco, 2014) y la validación del modelo por medio del Análisis Factorial Confirmatorio con el programa IBM SPSS AMOS versión 22.0 (Arbuckle, 2013).

## **6) Procedimiento**

En primera instancia, se realizó el proyecto de investigación para ser presentado a las autoridades del comité de ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, el cual fue presentado el 6 de diciembre de 2018. Fueron entregadas correcciones al proyecto el 10 de enero de 2019, las cuales fueron respondidas el 19 de marzo de 2019. Estas fueron aceptadas el 11 de abril de 2019, tras lo que se dio paso a la confirmación de la aplicación del proyecto de investigación.

Luego de la aceptación del proyecto por las autoridades del comité de ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, se comenzó un proceso de difusión de información y aplicación del instrumento de forma simultánea, que se llevó a cabo durante aproximadamente un mes y medio, desde el 11 abril al 31 mayo de 2019. La difusión fue multiaxial, a través de medios físicos como posters y flyers distribuidos a las Escuelas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, así como también a través de medios digitales, mediante la plataforma U-Campus y distribución a través de los canales oficiales de cada Escuela, con el fin de abarcar a la mayor diversidad posible de estudiantes. La difusión incluyó el propósito del estudio, su

alcance y acerca de la importancia que los alumnos participaran en él. También se indicó que la aplicación del instrumento sería online, así como también el enlace al consentimiento informado y al instrumento mismo.

Simultáneamente a la difusión, a los estudiantes de pregrado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile interesados en la participación de la investigación, se les hizo posible participar a través de la plataforma digital para acceder a la aplicación del instrumento ASSIST, al cual pudieron acceder luego de la lectura y confirmación del consentimiento informado sobre su participación.

El Instrumento ASSIST estuvo disponible para ser contestado durante el período de un mes y medio, simultáneo al proceso de difusión de la investigación. Durante este período, se realizó la retroalimentación del instrumento a los estudiantes que lo solicitaron mediante entrega digital. Después de terminado este proceso de aplicación, se realizó la recolección de datos a través de una base de datos Excel. Finalmente, los datos recopilados fueron analizados a través del método de validación del instrumento estipulado por los análisis estadísticos a través del programa SPSS v.22 y IBM SPSS AMOS v.22.

El proceso de análisis de resultados fue realizado desde mediados de mes de junio hasta finales del mes agosto del año 2019, en conjunto con la metodóloga Ps. Fabiola Sánchez y David Díaz, durante el que se realizaron los análisis estadísticos pertinentes a la investigación tomando en consideración los recursos disponibles por los investigadores.

## VII. Resultados

### 1. Caracterización de la Muestra

La muestra cuyos resultados serán analizados a continuación, corresponde a 396 estudiantes de las carreras de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile que aceptaron participar del estudio y contestaron el instrumento ASSIST en su versión autoadministrada y de manera digital. Las edades fluctuaron entre los 18 y los 31 años, con una edad promedio de 21, 2 años y una desviación estándar de 2,6 años. Del total de participantes 284 fueron mujeres, con una edad promedio de 21,3 años y una desviación estándar de 2,6 años, constituyendo el 71,7% de la muestra; mientras que 112 fueron hombres, con una edad promedio de 21,7 años y una desviación estándar de 2,6 años, correspondientes al 28,3% restante. (Véase tabla 1)

Indicador	Total	Hombre	Mujer
N	396	112	284
Edad Promedio	21,2	21,7	21,4
Desviación Estándar	2,6	2,6	2,6

En la tabla 2, se puede observar la distribución según la distintas las variables de sexo, edad, carrera y año de carrera dado que diversos estudios de consumo de sustancias en población universitaria chilena han tomado algunas de estas variables para la comprensión de estas conductas y se hace necesario tener información respecto a cómo se comporta esta población para su comparación (Sepúlveda et al., 2011), (Riquelme et al., 2012), (Romero et al., 2009), (SENDA, 2016) (SENDA, 2019).

La distribución de los estudiantes según su carrera a la que pertenecen fue de un 23,7% de Medicina, un 17,9% de Tecnología Médica, un 14,9% de Enfermería, un 13,4% de Terapia Ocupacional, un 12,4% de Nutrición y Dietética, un 8,6% de Obstetricia y Puericultura, un 5,1% de Fonoaudiología y un 4% de Kinesiología.

Debido a la cantidad de sujetos en la muestra, se decidió agrupar las edades presentes en el estudio en rangos por mitades, encontrándose un 84% de la población en el rango de 18 a 25 años y un 26% de la población en el rango de 26 a 31 años.

Debido a la cantidad de la muestra, los años de carrera se agruparon en ciclos. Ciclo I agrupa a los primeros años (1er y 2do año) correspondiente al 49,2% de la muestra, Ciclo II representa al punto medio de la carrera (3er año) correspondiente al 21,7%, el Ciclo III agrupa a los años de finalización (4to-5to año) correspondiente al 24,2%, mientras que el Ciclo IV agrupa a aquellos que no se encuentran en ninguna de las anteriores (Licenciatura, titulación y otros), correspondiente al 24,8%.

<b>Tabla 2. Estadístico Descriptivo distribución según carrera, rango etario y ciclo carrera.</b>		
<b>Indicador</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Carrera</b>		
Enfermería	59	14,9
Fonoaudiología	20	5,1
Kinesiología	16	4
Medicina	94	23,7
Nutrición y Dietética	49	12,4
Obstetricia y Puericultura	34	8,6
Tecnología Médica	71	17,9
Terapia Ocupacional	53	13,4
<b>Rango Etario</b>		
18 a 25 años	331	83,6
26 a 31 años	28	7,1
Perdidos	37	9,3
<b>Ciclo Carrera</b>		
Ciclo I	195	49,2
Ciclo II	86	21,7
Ciclo III	96	24,2
Ciclo IV	19	24,8

## **2. Análisis Cuantitativos según frecuencia**

### **2.1. Resultados generales de prevalencia de consumo**

Del total de la muestra, las sustancias con mayor prevalencia de vida de consumo son: alcohol (95,5%), seguido por cannabis (66,7%), tabaco (62,3%), Tranquilizantes (27,8%), Alucinógenos (11,4%) y Anfetaminas (11,2%). El resto de las sustancias presentan una prevalencia de vida consumo menor al 5%. (Véase tabla 1)

**Tabla 1. Prevalencia de al menos un uso a lo largo de la vida, por sustancia.**

Variable	N	Tabaco %	Alcohol %	Cannabis %	Cocaína %	Anfetaminas %	Inhalantes %	Tranquilizantes %	Alucinógenos %	Opiáceos %	Otros %
<b>Total</b>	396	62,3	95,4	66,7	5,8	11,1	3,3	27,8	11,4	1,5	5
<b>Sexo</b>											
Mujer	284	59,9	95,1	63,4	3,5	10,9	2,1	29,2	8,1	1,1	3,9
Hombre	112	68,8	96,4	75	11,6	11,6	6,3	21,4	19,6	2,7	4,5
<b>P Value</b>		,105	,789	,033*	,004**	,86	,056*	,32	,002**	,357	,781
<b>Chi² de Pearson</b>		2,686	,349	4,880	9,600	0,39	4,300	1,049	10,628	1,41	0,072
										7	
<b>Edad</b>											
18-25 años	331	61,3	95,2	67,7	5,7	10,9	3,3	26,6	10,3	1,8	4,5
26-31 años	28	82,1	96,4	75	10,7	17,9	3,6	46,4	25	0	3,6
Perdidos	37	10,1	9,6	9,3	9,3	9,3	9,6	9,3	9,3	9,3	9,3
Total	359	62,9	95,3	68,2	6,1	11,4	3,4	28,1	11,4	1,7	4,5
<b>P Value</b>		,4	1	,5	,399	,34	1	,03*	,02*	1	1
<b>Chi² de Pearson</b>		4,813	,09	,639	1,110	1,24	,005	5,027	5,536	,516	,056
						4					
<b>Carrera</b>											
Enfermería	59	59,3	89,7	62,7	10,2	11,9	3,4	28,8	8,5	1,7	5,1
Fonoaudiología	20	70	90	65	15	20	15	35	15	10	1
Kinesiología	16	68,8	87,5	81,3	12,5	6,3	6,3	18,8	12,5	6,3	18,8
Medicina	94	54,3	96,5	68,1	4,3	12,8	1,1	27,7	14,9	1,1	2,1
Nutrición	49	63,3	98	67,3	2	12,2	0	26,5	10,2	0	0
Obstetricia	34	76,5	100	67,6	8,8	8,8	8,8	35,3	8,8	0	2,9
T. Médica	71	61,4	100	64,8	5,6	12,7	2,8	32,4	8,5	1,4	1,4
T. Ocupacional	53	66	92,5	66	0	3,8	1,9	17	13,2	0	6,7
Perdidos		0,8	0,3				0,3				
<b>P Value</b>		,45	,032*	,94	,1	,58	,02*	,53	,88	,04*	,006**
<b>Chi² de Pearson</b>		6,755	15,370	2,204	11,973	5,58	15,815	6,6031	2,2995	14,2	19,974
						6				92	
<b>Año Carrera</b>											
Ciclo I	195	63,2	95,4	59	4,6	9,2	2,6	28,2	5,6	1,5	3,6
Ciclo II	86	61,6	95,3	73,3	4,7	14	3,5	19,8	12,8	3,5	5,8
Ciclo III	96	63,2	95,8	76	8,3	9,4	3,1	31,3	16,7	0	3,1
Ciclo IV	19	52,6	94,7	68,4	8,7	26,3	10,5	42,1	36,8	0	5,3
Perdidos		0,8	0,3				0,3				
<b>P Value</b>		,83	,99	,013**	,45	,1	,32	,15	,00**	,26	,78
<b>Chi² de Pearson</b>		,871	,060	10,696	2,610	6,14	3,472	5,289	21,440	4,01	1,081
						2				4	

### **2.1.1. Resultados de Prevalencia de Vida de Consumo según Sexo**

Se puede observar que existen diferencias significativas por sexo en el uso de cannabis, alucinógenos, cocaína e inhalantes, presentando los hombres una mayor prevalencia de vida de consumo de estas sustancias respecto a sus pares mujeres.

Por otro lado, del porcentaje total de la muestra femenina, se puede observar una alta prevalencia de vida de consumo de alcohol (95,1%), seguido de tabaco (59,9%), tranquilizantes (29,1%) y anfetaminas (10,9%). Del porcentaje total de la muestra masculina, se puede observar una alta prevalencia de vida de alcohol (96,4%), seguido de cannabis (75%), tabaco (68,8%), tranquilizantes (21,4%), alucinógenos (19,6%), cocaína (11,6%) e inhalantes (11,6%). (Véase tabla 1)

### **2.1.2. Resultados de Prevalencia de Vida de Consumo según Rango Etario**

Se observaron diferencias significativas en el uso de tranquilizantes y alucinógenos, teniendo mayor prevalencia de vida de ambas sustancias los estudiantes pertenecientes al rango de 26 a 31 años.

En relación al Rango de 18 a 25 años, se puede observar una alta prevalencia de vida de consumo de alcohol (95,2%), seguido de tabaco (67,7%) y cannabis (61,3%), tranquilizantes (26,6%) y anfetaminas (10,9%). Respecto al rango de 26 a 31 años, se presenta una alta prevalencia de vida de consumo en las sustancias de alcohol (96,4%), seguido de tabaco (82,1%), cannabis (75%), tranquilizantes (46,4%), alucinógenos (25%) y anfetaminas (17,9%). (Véase tabla 1)

### **2.1.3. Resultados de Prevalencia de Vida de Consumo según Carrera**

Existen diferencias significativas entre las prevalencias de vida de los estudiantes según su carrera de pertenencia en otras sustancias, inhalantes, alcohol y opiáceos. Respecto a las carreras de Obstetricia y puericultura, Fonoaudiología y Kinesiología, no se pueden aseverar resultados debido a debido a incumplir con el tamaño muestral mínimo propuesto para su representatividad (Hernández et al., 2006).

Las sustancias con mayor porcentaje de prevalencia de vida respecto a la carrera perteneciente son: alcohol, tabaco, cannabis y tranquilizantes. Respecto a alcohol, las carreras con más alta prevalencia de vida son Tecnología Médica, Obstetricia y Puericultura (100%) y Nutrición (98%).

Respecto a tabaco, las carreras con más alta prevalencia de vida son Obstetricia y Puericultura (76,5%), Fonoaudiología (70%) y Kinesiología (68,8%). Respecto a la prevalencia del consumo de cannabis, las carreras con más alta prevalencia de vida fueron Kinesiología (81,3%), Medicina (81,3%) y Obstetricia y Puericultura (67,6%). Respecto a tranquilizantes, las carreras con más alta prevalencia de vida son Obstetricia y Puericultura (35,3%), Fonoaudiología (35%) y Tecnología Médica (32,4%). (Véase tabla 1)

#### **2.1.4. Resultados de Prevalencia de Vida de Consumo según Ciclo Carrera**

Existen diferencias significativas en las prevalencias de vida de los estudiantes según el ciclo de carrera en las sustancias de alucinógenos y cannabis. Respecto a cannabis existe al menos un 60% de prevalencia de vida en su consumo, siendo el ciclo III quien presenta mayor prevalencia de vida (76%), mientras que en alucinógenos el ciclo IV presenta mayor prevalencia de vida de consumo (36,4%) que los ciclos restantes.

Las sustancias con mayor porcentaje de prevalencia de vida son alcohol, cannabis, tabaco y tranquilizantes. Respecto a alcohol, todos los ciclos presentan una prevalencia de vida de consumo mayor al 90%, pero quien presenta mayor prevalencia es el ciclo III (95,8%). Respecto a cannabis, todos los ciclos presentan una prevalencia de vida de consumo sobre al 50%, pero quienes presentan mayor prevalencia de vida de consumo son el ciclo III (76%) y el ciclo II (73,3%). Respecto a tabaco, todos los ciclos presentan una prevalencia de vida de consumo sobre el 50%, pero quienes presentan mayor prevalencia de vida de consumo son el ciclo I y III (63,2%). Respecto a tranquilizantes, quien presenta mayor prevalencia de vida de consumo es el ciclo IV (42,1%). (Véase tabla 1)

#### **2.2. Resultados generales consumo de riesgo**

Para efectuar la medición de la prevalencia de consumo de riesgo según el análisis descriptivo de frecuencias, se respetaron los puntajes de corte postulados por Soto-Brandt et. (2014) para las sustancias de ASSIST. Se observó un consumo de riesgo moderado presente en cannabis (32,2%), seguido de alcohol (22,5%), tabaco (21,8%) tranquilizantes (10,1%) anfetaminas (5,6%), tabaco (4,2%) y alucinógenos (4,8%). El resto de las sustancias presentan un consumo de un 1% o inferior.

Respecto al consumo de alto riesgo en el total de la muestra, se observa un porcentaje destacable en alcohol (9,7%), seguido de cannabis (7,6%), tabaco (4,2%) y Tranquilizantes (3,1%). El resto de las sustancias presentan un consumo aproximado o menor al 1%. (Véase tabla 1)

**Tabla 1. Distribución de frecuencias consumo de riesgo (últimos 3 meses) en muestra total**

	N; P	R. Bajo %	R. Moderado %	R. Alto %
Tabaco Total	381; 15	74	21,8	4,2
Alcohol Total	383; 13	67,9	22,5	9,7
Cannabis Total	381; 14	60,2	32,2	7,6
Cocaína Total	392; 4	98,7	0,8	0,5
Anfetamina Total	391; 5	92,8	5,6	1,5
Inhalantes Total	395; 1	99	1	0
Tranquilizantes Total	387; 9	86,8	10,1	3,1
Alucinógenos Total	394; 2	95,2	4,8	0
Opiáceos Total	396; 0	99,2	0,8	0
Otros Total	395; 1	98,7	1	0,3

N= Número de Casos; P= Casos Perdidos; R.B.= Riesgo Bajo; R.M= Riesgo Moderado; R.A.= Riesgo Alto.

### 2.2.1. Resultados de Prevalencia de Consumo de Riesgo según Sexo

De acuerdo al análisis de frecuencias, no se observan datos estadísticamente significativos en el comportamiento del uso de sustancias relacionadas al sexo. Sin embargo, se observa que, dentro de la población estudiada, las estudiantes mujeres presentan mayores niveles de consumo de riesgo moderado en cannabis (32,4%), seguido de alcohol (24,7%) y tabaco (22,3%), así como también un mayor riesgo alto de consumo de tranquilizantes (10,9%), seguido de otras sustancias (1,4%) y opiáceos (1,1%) en relación a los estudiantes hombres. Por otro lado, los estudiantes hombres reportaron mayor prevalencia de consumo de riesgo moderado en inhalantes (2,7%) y cocaína (1,8%) y de consumo de riesgo alto en alcohol (14%), seguido de cannabis (10,3%) y tabaco (4,6%) que las estudiantes mujeres. (véase Tabla 1)

<b>Tabla 1. Porcentaje Consumo de Riesgo (últimos 3 meses), por Sexo.</b>					
	<b>N; P</b>	<b>R. B. %</b>	<b>R. M. %</b>	<b>R. A. %</b>	<b>P Value; Chi2</b>
<b>Tabaco</b>	381;				
Hombre	15	75	20,4	4,6	,89
Mujer		73,6	22,3	4	,225
<b>Alcohol</b>	383;				
Hombre	13	69,2	16,8	14	,80
Mujer		67,4	24,7	8	5,052
<b>Cannabis</b>	381;				
Hombre	14	57,9	31,8	10,3	,46
Mujer		61,1	32,4	6,5	1,550
<b>Cocaína</b>	392;				
Hombre	4	98,2	1,8	0	,22
Mujer		98,9	0,4	0,7	3,032
<b>Anfetamina</b>	391;				
Hombre	5	92,7	6,4	0,9	,76
Mujer		92,9	5,3	1,8	,546
<b>Inhalantes</b>	395;				
Hombre	1	97,3	2,7	0	,07
Mujer		99,6	0,4	0	4,328
<b>Tranquilizantes</b>	387;				
Hombre	9	90,2	8	1,8	,42
Mujer		85,5	10,9	3,6	1,736
<b>Alucinógenos</b>	394;				
Hombre	2	96,4	3,6	0	,60
Mujer		94,7	5,3	0	,533
<b>Opiáceos</b>	396;				
Hombre	0	100	0	0	,56
Mujer		98,9	1,1	0	1,192
<b>Otros</b>	395;				
Hombre	1	100	0	0	,37
Mujer		98,2	1,4	0,4	1,979
N= Número de Casos; P= Casos Perdidos; R.B= Riesgo Bajo; R.M= Riesgo Moderado; R.A.= Riesgo Alto.					

Se observan diferencias significativas asociadas al sexo en la puntuación media en las escalas inhalantes y alucinógenos evaluadas por ASSIST. La puntuación en la escala de inhalantes fue mayor en las mujeres que los hombres, mientras que la puntuación media en la escala de alucinógenos fue mayor en hombres que en mujeres. El resto de sustancias no se adscriben con una diferencia de puntajes apreciables a cualquier sexo. (Véase Tabla 2)

	Mujer	Hombre	P Value
Tabaco	3,75+ 6,71,	4+7,23	,66
Alcohol	8,4+7,4	9,12+7,7	,51
Cannabis	5,2+ 7,5	6,4+8,7	,13
Cocaína	,24 +-2,3	,15+-,8	,39
Anfetaminas	,90 +-3,8	1+-4	,59
Inhalantes	,02+-,32	,21+-,99	,003**
Tranquilizantes	2,11+-5,7	1,3+-4,4	,218
Alucinógenos	,5+-1,8	,53+-1,3	,050*
Opiáceos	,08+-,68	,09+-,4	,178
Otros	,28+-2,2	,14+-,58	,155

Estadígrafo=Prueba U Mann-Whitney para muestras independientes, P Value= Nivel de significación ,05

### 2.2.2. Resultados de Prevalencia de Consumo de Riesgo según Rango Etario

En la tabla 1, la prevalencia de riesgo muestra diferencias significativas en el consumo de riesgo de alucinógenos, existiendo una mayor tendencia en el consumo de riesgo moderado en el rango de 26 a 31 años (17,9%) que en el de 18 a 25 años (3,6%).

De acuerdo al análisis de frecuencias, no se observan datos estadísticamente significativos en el comportamiento del uso de sustancias relacionadas al rango etario. Sin embargo, se observa que, dentro la población estudiada, el rango de 18 a 25 años presenta una mayor prevalencia de consumo de riesgo moderado en tabaco (23%) y anfetamina (6,1%); mientras que existe una mayor prevalencia de riesgo alto en alcohol (10,6%), cannabis (7,6%) y tabaco (4,4%). El rango de 26 a 31 años presenta una mayor prevalencia de consumo de riesgo moderado en cannabis (35,7%), alcohol (33,3%), alucinógenos (17,9%) y tranquilizantes (14,3%); mientras que existe una mayor prevalencia de riesgo alto en Tranquilizantes (7,1%).

	Rango 18-25 (%)		Rango 26-31 (%)		P Value; Chi2
	R.M	R.A	R.M.	R.A.	
Tabaco	23	4,4	7,1	3,6	4,003 ,135
Alcohol	22,4	10,6	33,3	7,4	1,740 ,419
Cannabis	32,4	7,5	35,7	7,1	,129 ,937
Cocaína	0,9	0,6	0	0	,434 ,805

Anfetaminas	6,1	1,5	3,6	0	,762 ,683
Inhalantes	1,2	0	0	0	,343 ,558
Tranquilizantes	10,5	2,5	14,3	7,1	2,517 ,284
Alucinógenos	3,6	0	17,9	0	11,489 ,001**
Opiáceos	0,9	0	0	0	,256 ,613
Otros	1,2	0,3	0	0	,430 ,806
N=Número de casos; P= Casos Perdidos; R.M.=Riesgo Moderado; R.A.= Riesgo Alto.					

En la tabla 2, se observan diferencias significativas extrapolables a la población en el consumo de alucinógenos en relación al rango etario, teniendo una mayor puntuación media el rango de 26 a 31 años (1,54+-3,35), correspondientes a las categorías de riesgo leve y moderado.

A pesar de que no existan mayores diferencias estadísticas, según los análisis descriptivos la puntuación media fue mayor en el rango etario de 18 a 25 años para el consumo de tabaco (4,01+-6,96) correspondientes a las categorías de riesgo moderado; así como también para tranquilizantes (1,75+4,93) y anfetamina (1,05+-4,08), correspondientes a las categorías de riesgo leve y moderado. La puntuación media fue mayor en el rango etario de 26 a 31 para el consumo de cannabis (6,93+-9,60), correspondiente a la categoría de riesgo moderado; y alcohol (9,59+-7,30), tranquilizantes (3,25+-8,41) y alucinógenos (1,54+-3,35), correspondientes a las categorías de riesgo leve y moderado. El resto de sustancias no se adscriben con puntajes apreciables a cualquier rango.

**Tabla 2. Comparación puntajes ASSIST por sustancia, según rango etario**

	18 a 25 años		26 a 31 años		P Value
	M	DE	M	DE	
Tabaco	4,01	6,95	1,71	4,92	,094
Alcohol	8,72	7,66	9,59	7,30	,386
Cannabis	5,54	7,83	6,93	9,60	,552
Cocaína	,24	2,22	,21	,79	,158
Anfetamina	1,05	4,08	,39	1,59	,565
Inhalantes	,09	,64	,07	,38	,632
Tranquilizantes	1,75	4,93	3,25	8,41	,456

Alucinógenos	,43	1,54	1,54	3,35	,009**
Opiáceos	,10	,69	,00	,00	,406
Otros	,28	2,12	,11	,57	,984

### 2.2.3. Resultados de Prevalencia de Consumo de Riesgo según Carrera

En la tabla 1, la prevalencia de riesgo muestra diferencias significativas en el consumo de riesgo de alcohol en las diferentes carreras a las que pertenecen los estudiantes universitarios, reportando todas las carreras por lo menos un 10% de riesgo moderado de abuso de alcohol y específicamente entre un 20% y un 43% de prevalencia en rango moderado en las carreras de Kinesiología (42,9%), Enfermería (24,6%), Terapia Ocupacional (22,5%) y Tecnología Médica (21,7%). Asimismo, en todas las carreras a excepción de Obstetricia y Puericultura se observa aproximadamente un 10% de consumo de riesgo alto de alcohol, entre los que la carrera de Fonoaudiología entrega los mayores niveles de prevalencia de alto riesgo (32%). Respecto a las carreras de Obstetricia y puericultura, Fonoaudiología y Kinesiología, no se pueden aseverar resultados debido a debido a incumplir con el tamaño muestral mínimo propuesto para su representatividad (Hernández et al., 2006).

**Tabla 1. Porcentaje Consumo de Riesgo (últimos 3 meses), por Carrera.**

	N; P	Enfermería %		Fonoaudiología %		Kinesiología %		Medicina %		Nutrición y Dietética %		Obstetricia y Puericultura %		Tecnología Médica %		Terapia Ocupacional %		Chi2; P Value
		R. M.	R. A.	R. M.	R. A.	R. M.	R. A.	R. M.	R. A.	R. M.	R. A.	R. M.	R. A.	R. M.	R. A.			
Tabaco	383; 13	17,2	6,9	36,8	5,3	13,3	0	16,3	4,3	21,3	4,3	32,3	6,5	25	0	25,5	5,9	13,654 ,476
Alcohol	381; 15	24,6	10,5	10,5	31,6	42,9	14,3	17,4	7,6	17	8,5	15,6	0	21,7	10,1	22,5	9,7	30,835 ,006**
Cannabis	382; 14	27,6	12,1	21,1	21,1	33,3	11,3	30	6,7	29,8	6,4	35,5	6,5	37,7	1,4	37,7	7,5	13,664 ,475
Cocaína	392; 4	3,4	1,7	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	1,4	0	0	0	19,030 ,164
Anfetamina	391; 5	8,8	3,5	0	0	0	0	6,5	1,1	4,1	4,1	6,1	0	8,5	1,4	1,9	0	11,718 ,629
Inhalantes	395; 1	1,7	0	0	0	6,3	0	0	0	0	0	2,9	0	1,4	0	0	0	8,224 ,313
Tranquilizantes	387; 9	13,8	1,7	10,5	5,3	0	0	10,6	4,3	6,3	4,2	15,6	0	11,6	4,3	5,9	2,0	9,128 ,823

<b>Alucinógenos</b>	394; 2	3,4	0	0	0	0	0	0	3,2	0	6,1	0	2,9	0	7,1	0	9,4	0	6,301 ,505
<b>Opiáceos</b>	396; 0	3,4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,4	0	0	0	7,868 ,344
<b>Otros</b>	395; 1	3,4	1,7	0	0	0	0	0	1,1	0	0	0	0	0	1,4	0	0	0	10,947 ,690

N=Número de casos; P= Casos Perdidos; R.M.=Riesgo Moderado; R.A.= Riesgo Alto.

En la tabla 2, se observan diferencias significativas extrapolables a la población en el uso de cocaína asociadas a la carrera de pertenencia, presentando un promedio mayor de consumo en Fonoaudiología (1,35+-6,04), correspondientes a las categorías de riesgo leve y riesgo moderado.

A pesar de que no existan mayores diferencias estadísticas, según los análisis descriptivos la puntuación media fue mayor en las carreras de Fonoaudiología para el consumo de alcohol (11,42+-10,79) correspondientes a las categorías de riesgo moderado y riesgo alto; así como también un alto puntaje en tabaco (8,05+-9,90), correspondiente a la categoría de consumo de riesgo moderado. La carrera de Kinesiología reporta una puntuación media mayor en cannabis (9,3+-11,5), correspondiente a la categoría de consumo de riesgo moderado. Por otra parte, la carrera de Tecnología Médica reporta una puntuación media mayor en tranquilizantes (2,58+-6,47), correspondientes a las categorías de riesgo leve y riesgo moderado. El resto de sustancias no se adscriben con puntajes apreciables a cualquier carrera.

**Tabla 2. Comparación puntaje ASSIST por sustancia según Carrera**

	Enfermería		Fonoaudiología		Kinesiología		Medicina		Nutrición y Dietética		Obstetricia y Puericultura		Tecnología Médica		Terapia Ocupacional		P Value
	M	DS	M	DS	M	DS	M	DS	M	DS	M	DS	M	DS	M	DS	
<b>Tabaco</b>	3,71	7,46	6,37	8,25	2,20	4,69	3,42	6,94	3,45	7,08	5,65	7,66	3,28	5,60	4,20	6,73	,30
<b>Alcohol</b>	8,70	8,42	11,42	10,79	11,71	8,31	8,01	6,30	7,70	7,65	6,06	4,96	8,43	7,71	10,28	7,49	,157
<b>Cannabis</b>	6,34	8,79	8,05	9,90	8,73	11,40	4,71	7,48	5,00	7,35	6,35	8,30	4,20	6,06	6,26	8,14	,770
<b>Cocaína</b>	,69	3,75	1,35	6,04	,31	,87	,03	,31	,00	,00	,09	,51	,09	,72	,00	,00	,040*
<b>Anfetamina</b>	1,79	5,68	,00	,00	,13	,50	1,15	4,26	1,08	4,26	,82	3,41	1,13	3,95	,13	,68	,450
<b>Inhalantes</b>	,12	,70	,00	,00	,50	1,55	,03	,31	,00	,00	,15	,86	,08	,71	,04	,27	,118
<b>Tranquilizantes</b>	1,88	5,85	2,53	6,55	,56	1,03	2,01	5,54	1,60	5,01	1,47	3,23	2,58	6,47	1,47	4,95	,673

Alucinógenos	,34	1,24	,00	,00	,69	1,25	,43	1,48	,45	1,50	,32	1,09	,71	2,39	,85	2,52	,516
Opiáceos	,29	1,19	,00	,00	,13	,50	,03	,31	,00	,00	,09	,51	,10	,83	,00	,00	,124
Otros	,78	3,92	,00	,00	,44	,96	,23	1,79	,00	,00	,00	,00	,23	1,90	,06	,41	,004**

#### 2.2.4. Resultados de Prevalencia de Consumo de Riesgo según Ciclo Carrera

En la tabla 1, de acuerdo al análisis de frecuencias, no se observan datos estadísticamente significativos en el comportamiento del uso de sustancias relacionadas al ciclo de carrera. Sin embargo, se observa que, dentro la población estudiada, el Ciclo I presenta mayor prevalencia de consumo de riesgo moderado en las sustancias de tranquilizantes (11,8%), seguido de otras sustancias (2,1%) y cocaína (1,6%); dentro del consumo de riesgo alto, se presenta más prevalencia en alcohol (11,8%), seguido de anfetamina (2,1%) y cocaína (1%). El ciclo II presenta una mayor prevalencia de consumo de riesgo moderado en inhalantes y opiáceos (1,2%); dentro del consumo de riesgo alto, se presenta más prevalencia en cannabis (10%) y tabaco (6%). El ciclo III presenta una mayor prevalencia de riesgo moderado en cannabis (40,4%), seguido de alucinógenos (8,3%) y anfetaminas (7,4%); dentro del consumo de riesgo alto, se presenta más prevalencia en tranquilizantes (4,2%). El ciclo IV presenta una mayor prevalencia de riesgo moderado en cannabis (42,1%) y alcohol (27,8%).

Tabla 1. Porcentaje Consumo de Riesgo, por Ciclo Carrera.

Variable	Ciclo I		Ciclo II		Ciclo III		Ciclo-Otros		Chi <sup>2</sup> ; P Value
	R.M.	R.A.	R.M.	R.A.	R.M.	R.A.	R.M.	R.A.	
Tabaco	26,6	5,4	19	6	16,8	1,1	11,1	0	10,866 ,09
Alcohol	23,5	11,8	20,5	9,6	21,1	6,3	27,8	5,6	3,468 ,74
Cannabis	25,4	9	36,3	10	40,4	4,3	42,1	0	11,460 ,075
Cocaína	1,6	1	0	0	0	0	0	0	5,276 ,50
Anfetamina	5,2	2,1	5,8	1,2	7,4	1,1	0	0	2,663 ,85
Inhalantes	1	0	1,2	0	1	0	0	0	,215 ,97
Tranquilizantes	11,8	3,7	8,2	1,2	8,3	4,2	10,5	0	3,589 ,73
Alucinógenos	4,6	0	1,2	0	8,3	0	5,3	0	5,062 ,16
Opiáceos	1	0	1,2	0	0	0	0	0	1,252 ,74
Otros	2,1	0,5	0	0	0	0	0	0	5,194 ,51

N=Número de casos; P= Casos Perdidos; R.M.=Riesgo Moderado; R.A.= Riesgo Alto.

En la tabla 2, se observan diferencias significativas extrapolables a la población en el uso de tabaco asociadas a la carrera de pertenencia, presentando un promedio mayor de consumo de riesgo el Ciclo I (4,85+-7,62), correspondientes a las categorías de riesgo moderado.

A pesar de que no existan mayores diferencias estadísticas, según los análisis descriptivos la puntuación media fue mayor en Ciclo I para el consumo de alcohol (9,05+-8,08), correspondientes a las categorías de riesgo leve y moderado; así como también un alto puntaje en tabaco (4,85+-7,62), correspondiente a la categoría de consumo de riesgo moderado. El ciclo II reporta una puntuación media mayor en cannabis (6,36+-8,05). El ciclo III reporta una puntuación media mayor en tranquilizantes (2,21+-5,98) y anfetamina (1,28+-4,50), correspondientes a las categorías de riesgo leve y moderado. El resto de sustancias no se adscriben con puntajes apreciables a cualquier ciclo. (Tabla 2)

Tabla 2. Puntajes consumo de riesgo, según ciclo de carrera

	Ciclo I		Ciclo II		Ciclo III		Ciclo-Otros		P value Kruskal Wallis
	M +- DE	M +- DE	M +- DE	M +- DE	M +- DE	M +- DE	M +- DE		
Tabaco	5,71	8,66	4,02	7,18	2,60	5,66	1,19	2,14	,006**
Alcohol	9,32	8,09	8,88	7,75	7,89	6,34	9,29	5,10	,618
Cannabis	5,51	8,42	6,64	8,04	6,03	7,31	4,69	5,25	,442
Cocaína	,50	3,05	,04	,33	,07	,45	,00	,00	,318
Anfetamina	1,06	4,10	,88	3,70	1,44	4,68	,40	1,06	,856
Inhalantes	,11	,66	,07	,65	,06	,53	,00	,00	,546
Tranquilizantes	2,92	7,07	1,31	4,04	2,38	6,18	1,33	3,29	,080
Alucinógenos	,52	1,85	,29	1,10	,81	2,24	,67	1,40	,280
Opiáceos	,12	,73	,08	,76	,03	,32	,00	,00	,543
Otros	,45	2,81	,06	,39	,19	1,52	,20	,77	,585

### 3. Análisis de la Consistencia Interna (Validez de Contenido)

La fiabilidad de las escalas del instrumento ASSIST autoadministrado para consumo de riesgo fue estimada mediante el Alfa de Cronbach tanto para el total de los ítems como para cada sustancia estudiada en el instrumento. Para la interpretación de los coeficientes de fiabilidad del Alfa de Cronbach se siguió el criterio propuesto por George & Mallery (2003) quienes ordenan los valores de la siguiente manera:  $\geq .90$  es excelente; entre  $.80$  y  $.89$  es bueno; entre  $.70$  y  $.79$  es aceptable; entre  $.60$  y  $.69$  es cuestionable; entre  $.50$  y  $.59$  es pobre;  $< .50$  es inaceptable. En el caso de esta investigación, se decide analizar desde el ítem 2 al 7 para el instrumento total y para cada escala, siguiendo el modelo de validación propuesto para el instrumento ASSIST por Pérez et al. (2012).

El análisis de confiabilidad que se realizó mediante el alfa de Cronbach (Hernández et al., 2010) arrojó en el conjunto de ítems totales un valor satisfactorio ( $.87$ , véase Tabla 1), lo que indica una adecuada consistencia interna en la prueba, como un buen comportamiento psicométrico del instrumento.

En la Tabla 1 se expresan las consistencias internas de cada escala del cuestionario, reportando las escalas de tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, anfetaminas, tranquilizantes y otras sustancias un valor de confiabilidad óptimo que oscila entre un Alfa de Cronbach de  $.70$  a  $.90$

Las escalas de tabaco y cocaína tienen la particularidad de presentar un porcentaje superior ( $.01$ ) si se elimina el ítem 4 y 6 respectivamente, pero debido al bajo porcentaje de diferencia se decide mantener la estructura actual del instrumento.

La escala que mide consumo de riesgo de alucinógenos presenta una puntuación pobre, por lo cual no se puede aseverar que sus resultados tengan confiabilidad. Las escalas que miden consumo de riesgo de inhalantes y opiáceos presentan una fiabilidad inaceptable, implicando una baja consistencia en sus resultados en el tiempo.

Variable	Alpha de Cronbach	Alpha de Cronbach si se elimina el ítem					
	ASSIST	P2	P3	P4	P5	P6	P7
Escala Total	,874	-	-	-	-	-	-
Tabaco	,86	,79	,79	,87	-	,83	,85
Alcohol	,76	,73	,71	,71	,70	,73	,74
Cannabis	,83	,77	,795	,81	,79	,81	,82
Cocaína	,91	,90	,90	,89	,90	,92	,88
Anfetamina	,86	,83	,84	,85	,86	,80	,83
Inhalantes	,24	-,011 <sup>a</sup>	-,015 <sup>a</sup>	,25	,31	,34	,27
Tranquilizantes	,86	,82	,82	,83	,83	,84	,85
Alucinógenos	,51	,38	,38	,45	,53	,509	,516
Opiáceos	,14	-,01 <sup>a</sup>	-,008 <sup>a</sup>	,14	,29	,14	,15
Otros	,85	,84	,81	,84	,89	,78	,79

a. El valor es negativo debido a una covarianza promedio negativa entre elementos. Esto viola los supuestos del modelo de fiabilidad. Podría desea comprobar las codificaciones de elemento.

#### 4. Análisis de la Validez de Constructo

Se decide determinar la validez de constructo del instrumento ASSIST autoadministrado mediante el análisis factorial exploratorio (AFE) y el Análisis Factorial Confirmatorio (AFC). El AFE es una técnica de análisis que busca explorar, sin una hipótesis previa, las variables latentes o factores comunes que explican las respuestas a los ítems del instrumento a estudiar, en el que las variables observadas (los ítems) son indicadores de factores o variables latentes (Lloret et al., 2014). Por otro lado, el AFC es una técnica de análisis que, a partir de una hipótesis previa del número de dimensiones de la estructura latente de los datos, así como de la relación e interpretación entre cada variable observada y dimensión latente, permite observar si la matriz de datos se ajusta a la estructura propuesta con evidencia empírica mediante los índices de ajuste de bondad que se realizan (Pérez et al., 2012). Para la realización de ambos tipos de análisis con la muestra total de 396 casos, se decide dividirla con una proporción de 70%/30% por medio de asignación aleatoria como lo refiere la bibliografía de acuerdo al tamaño muestral mínimo propuesto por APA (2004) y según las características necesarias para realizar una AFE con tamaño muestral apropiado (Comrey & Lee, 1992), tras lo que se obtuvo una muestra de 280 casos para el AFE y una muestra de 116 casos para el AFC.

##### 4.1 Análisis Factorial Exploratorio

Para comprobar si es factible realizar un AFE y saber qué estadígrafos utilizar, es necesario primero entender cómo se distribuye la muestra y cómo se estructura la matriz. Para comprender

la distribución de la muestra se realizó el estadístico de prueba de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk, que permiten distinguir a través de su hipótesis nula si la muestra se comporta de forma normal o anormal (Ghasemi & Zahediasl, 2012). Los resultados observados en la tabla 1 para el conjunto de ítems no siguen una distribución normal, descartándose el principio de normalidad multivariada, y es por esto que, para la estimación de los factores a explorar, se decide utilizar el método de ejes principales con rotación de la matriz oblicua mediante oblimin directo, al ser una opción recomendada cuando el supuesto de normalidad no se cumple (Lloret et al., 2014).

<b>Tabla 1. Pruebas de normalidad</b>						
	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Tabaco	,352	242	,000	,583	242	,000
Alcohol	,153	242	,000	,893	242	,000
Cannabis	,242	242	,000	,740	242	,000
Cocaína	,533	242	,000	,103	242	,000
Anfetaminas	,500	242	,000	,273	242	,000
Inhalantes	,529	242	,000	,080	242	,000
Tranquilizantes	,445	242	,000	,370	242	,000
Alucinógenos	,512	242	,000	,318	242	,000
Opiáceos	,532	242	,000	,086	242	,000
Otros	,522	242	,000	,122	242	,000

a. Corrección de significación de Lilliefors

Para comprobar la viabilidad de realización del AFE, se puso a prueba el grado de adecuación de la estructura de la matriz de datos a utilizar mediante la prueba de Kaiser, Meyer y Olkin [KMO] (Pérez & Medrano, 2010), que indica qué tan grande es la correlación entre las variables medidas; y mediante la prueba de esfericidad de Barlett, que indica el grado de correlación entre los factores. En la tabla 2, se observan los resultados de la prueba KMO para la matriz de datos del instrumento ASSIST autoadministrado, en el que se expresa un valor satisfactorio (0,7 a 0,8) para las escalas de tabaco, alcohol, cannabis, anfetaminas y tranquilizantes del instrumento. La escala alucinógenos presenta un valor aceptable (0,51), mientras que, para las escalas de inhalantes, opiáceos y otras sustancias, no se pudieron determinar resultados (Lloret et al., 2014). Asimismo, la prueba de esfericidad de Barlett expresó un valor de significación menor al

.5, por lo que ambas pruebas confirman la viabilidad de realización de un análisis factorial con la matriz de datos utilizada para las escalas observadas.

Para la determinación de la cantidad de factores a retener en el AFE se decide utilizar la prueba KMO, que permite observar los autovalores mayores al límite superior del intervalo de confianza del 95% (mayor a 1) considerados como representativos del modelo, al no ser esperables por azar (Pérez et al., 2012). Los resultados de la prueba presentes en la tabla 2 sólo se logran determinar para las sustancias estadísticamente significativas mencionadas anteriormente, las que expresan una estructura factorial unidimensional, a excepción de la escala de alucinógenos, que presenta una estructura factorial bidimensional. Los resultados para cada escala son los siguientes:

<b>Tabla 2. Análisis Factorial Exploratorio ASSIST</b>					
	<b>Factor 1</b>	<b>Factor 2</b>	<b>Comunalidades</b>	<b>KMO; Barlett</b>	<b>Varianza (%)</b>
<b>Tabaco</b>					
P2	,906		,74	,82	65,3
P3	,898		,74	,000	
P4	,537		,31		
P6	,737		,50		
P7	,67		,43		
<b>Alcohol</b>					
P2	,59		,36	,786	47,4
P3	,68		,43	,000	
P4	,625		,32		
P5	,66		,35		
P6	,549		,27		
P7	,52		,23		
<b>Cannabis</b>					
P2	,82		,59	,83	55,3
P3	,725		,51	,000	
P4	,59		,30		
P5	,69		,42		
P6	,65		,37		
P7	,587		,30		
<b>Anfetaminas</b>					
P2	,78		,62	,75	57,3
P3	,78		,57	,000	
P4	,60		,48		
P5	,37		,24		
P6	,97		,79		
P7	,62		,44		

<b>Tranquilizantes</b>					
P2	,79		,57	,77	58
P3	,68		,64	,000	
P4	,74		,53		
P5	,67		,64		
P6	,66		,44		
P7	,646		,43		
<b>Alucinógenos</b>					
P2	,56	,47	,36	,51	48,9
P3		,82	,22	,000	
P4	,91		,28		
P5			,08		
P6			,03		
P7			,000		
280 casos a través de método rotación Aleatoria Oblimín directo. No se pudo determinar la estructura interna de la escala de cocaína, inhalantes, alucinógenos, opiáceos y otros debido a no presentar la cantidad de casos mínimos para calcular a partir de la varianza los coeficientes de correlación.					

La escala tabaco presenta una matriz factorial unidimensional que explica el 65,5% de la varianza total. Esto señala que el factor uno representa teóricamente el constructo ‘consumo de riesgo’ para la escala, ya que todos sus ítems cargan con un peso óptimo según la bibliografía (Lloret et al., 2014).

Esto se replica en las escalas de alcohol (con una matriz factorial unidimensional que explica el 47,4% de la varianza total), la escala de cannabis (con una matriz factorial unidimensional que explica el 55,3% de la varianza total), la escala anfetaminas (con una matriz factorial unidimensional que explica el 57,3% de la varianza total) y la escala tranquilizantes (con una matriz factorial unidimensional que explica el 58% de la varianza total), en las que todas cargan con un peso óptimo respectivo, midiendo teóricamente el constructo ‘consumo de riesgo’.

La escala alucinógenos presenta una matriz factorial bidimensional que explica el 48,9% de la varianza total. Esto demuestra exploratoriamente que los ítems que componen teóricamente el uso y consumo de alucinógenos no serían totalmente representativos del constructo (factor 1), sino que también medirían otra variable latente desconocida hasta el momento (factor 2).

Al desglosar la estructura, se observa que el ítem 4 que mide “frecuencia de problemas de salud, sociales, legales o económicos ligados al consumo de alucinógenos” presenta un peso óptimo (.91) en el factor 1, siendo representativo del constructo “consumo de riesgo” que evalúa la escala ASSIST.

Por otra parte, la pregunta 2 que mide “la frecuencia de consumo”, presenta un peso óptimo en ambos factores (factor 1=.56, factor 2=.47), por lo que no se puede discriminar su naturaleza y se interpreta estadísticamente como no representativo. Asimismo, el ítem 3 que mide “frecuencia de deseo de consumo” presenta un peso óptimo (.82) en el factor 2, entendiéndose como no representativo del constructo que dice medir la escala. Finalmente, el ítem 5, 6 y 7 no corresponden a ninguna variable latente según el modelo (peso factorial <.4), descartándose desde el análisis que las preguntas relacionadas con “frecuencia de dejar de hacer lo que se espera de ti por el consumo”, “preocupación de otros por el consumo” e “intentos de reducir, controlar o dejar de consumir”, no estarían relacionadas con el constructo consumo de riesgo.

#### **4.2. Análisis Factorial Confirmatorio**

Se realizó el AFC mediante método de máxima verosimilitud a través del programa AMOS V.22., en una muestra de 116 casos seleccionados aleatoriamente y ajustada tras eliminar los casos inválidos por el sistema. Se consideró este tamaño muestral al ser superior al mínimo esperado para un AFC, sin interferir en el tamaño mínimo ideal esperado para un AFE (Comrey & Lee, 1992).

El AFC propone como hipótesis nula un ajuste óptimo del modelo teórico que se va a analizar (Pérez et al., 2012). En el caso de esta investigación, se refiere a la construcción del instrumento ASSIST autoadministrado, el cual correspondería a una estructura unidimensional para las 10 escalas que lo componen, que miden el constructo teórico de consumo de riesgo. Cada escala mide una sustancia en particular a través de 6 ítems, siendo la excepción escala de tabaco, que utiliza sólo 5.

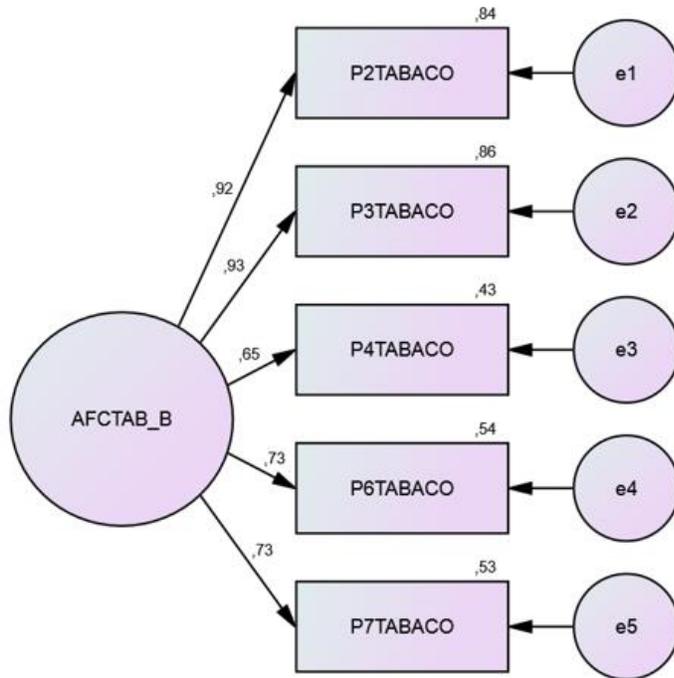
Para comprobar el ajuste global del modelo se analizaron diferentes índices mediante el procedimiento de máxima verosimilitud. Se utilizaron las pruebas de bondad de ajuste Chi-Cuadrado, La razón de Chi-Cuadrado sobre los ajustes de libertad (Related Chi-Square Statistics o CMIN), índice Comparativo de Ajuste (Comparative Fit Index o CFI), Índice de Ajuste Tukey-Lewis (Tukey-Lewis Index o TLI), índice de Ajuste Normado (Normed Fit Index o NFI), los cuales se presentan en la Tabla 1 y cuyos valores iguales o superiores a ,90 se interpretan como propios de un ajuste adecuado. También se utilizaron el Valor Estandarizado de la Raíz Media Cuadrática de los Residuos (Standardized Root Mean Square Residual o SRMR) considerado un ajuste adecuado si su valor es inferior a 0,05 y el valor Raíz Media Cuadrática del Error de Aproximación (Root Mean Square Error of Approximation o RMSEA) considerando un ajuste adecuado si su

valor es igual o inferior a ,08 (Pérez et al., 2012). Los resultados preliminares se encuentran descritos en la tabla 1, los cuales fueron reajustados según las indicaciones del programa AMOS v.22 para la mejora de su ajuste, tras lo cual entregaron los nuevos valores descritos en tabla 2.

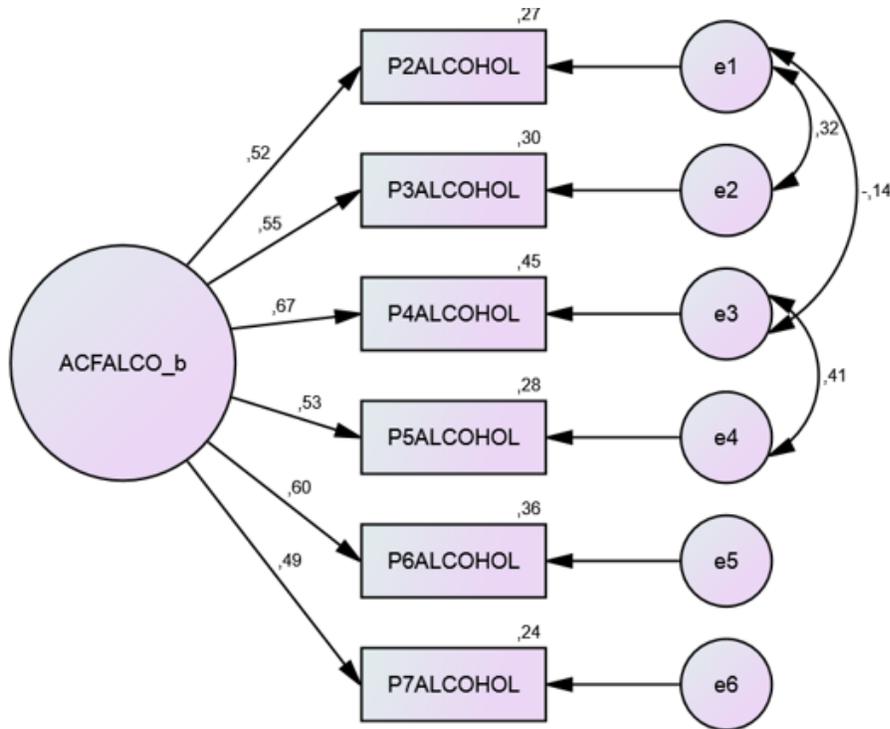
	Chi <sup>2</sup> ; G; P Value	CMIN	CFI	TLI	NFI	SRMR	RMSEA
Tabaco	5,34; 5; ,375	1,069	,999	,998	,986	,0202	,024
Alcohol	30,130; 9; ,000	3,34	,857	,761	,815	,0777	,143
Cannabis	25,337; 9; ,003	2,815	,89	,93	,90	,0511	,126
Anfetaminas	263,167; 9; ,000	29,241	,696	,494	,691	,1218	,496
Tranquilizantes	98,710; 9; ,000	10,96	,815	,69	,802	,0934	,294

	Chi <sup>2</sup> ; G; P Value	CMIN	CFI	TLI	NFI	SRMR	RMSEA
Alcohol	3,286; 6; ,772	,548	1	1,04	,98	,0228	,000
Cannabis	3,447; 7; ,841	,49	1	1,023	,98	,0192	,000
Anfetaminas	-	6,4	,97	,90	9,70	,0366	,21
Tranquilizantes	6,316; 2; ,043	3,15	,99	,93	,987	,0355	,13

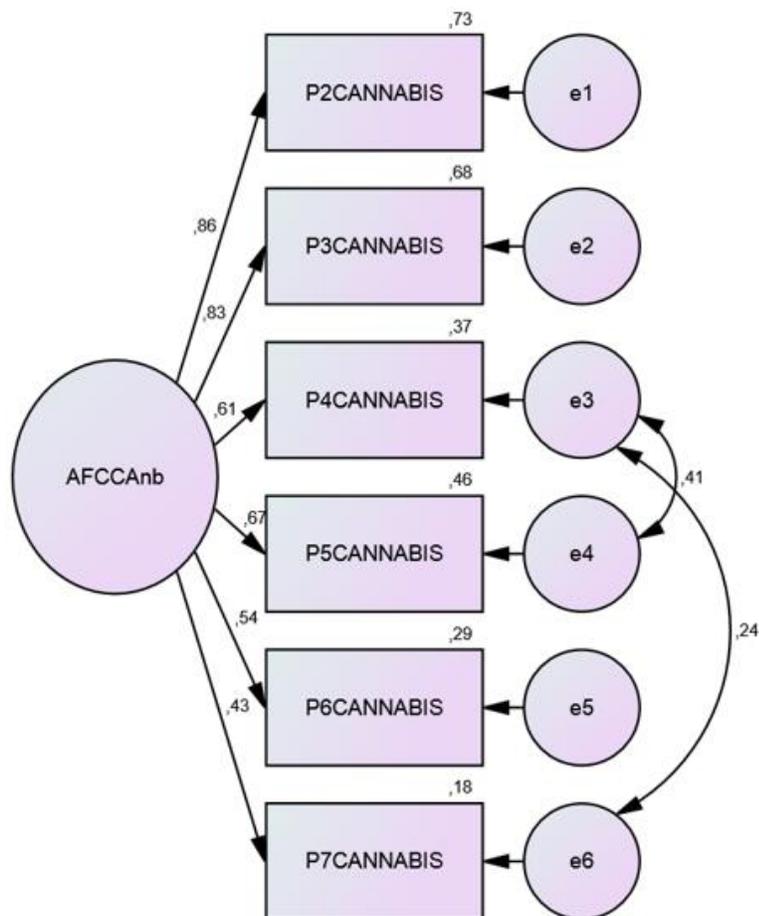
Se aprecia que en la escala de tabaco existen indicadores que cuentan con valores satisfactorios de ajuste que afirman que el modelo es adecuado (Chi<sup>2</sup>=5.34, gl= 5 y p>.05; CMIN=1.069; CFI=.99; TLI.998; NFI=.98; SRMR=.020; RMSEA=.024) confirmándose que su estructura es unidimensional y representativa del constructo



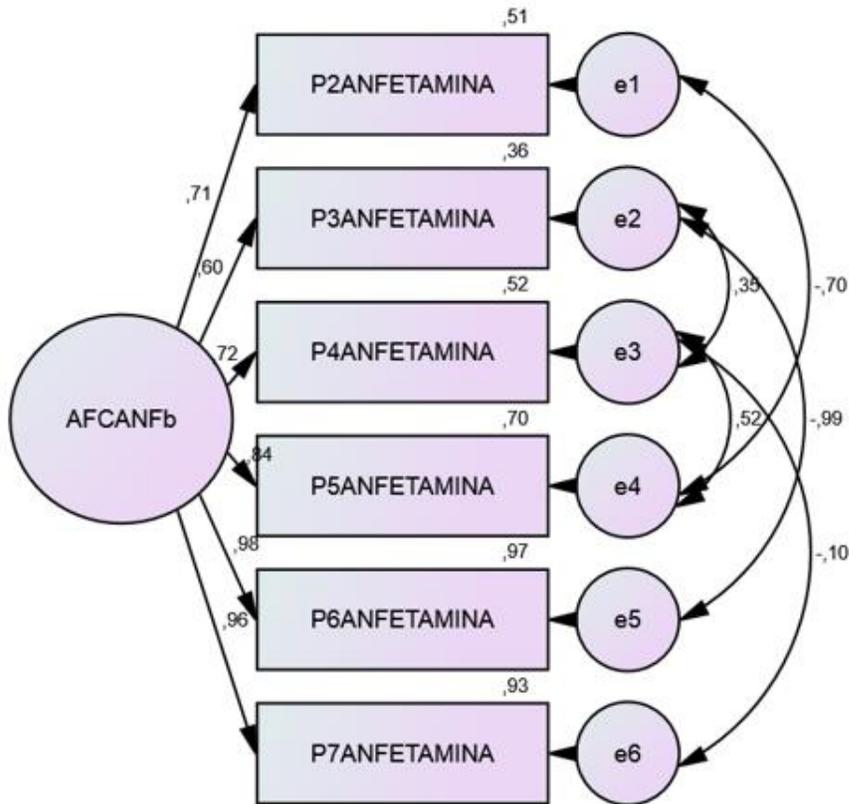
Para la escala de alcohol, existen indicadores con un ajuste pobre indicando que el modelo no es óptimo ( $\chi^2=30.130$ ,  $gl= 9$  y  $p<.05$ ;  $CMIN=3.34$ ;  $CFI=.85$ ;  $TLI=.76$ ;  $NFI=.81$ ;  $SRMR=.07$ ;  $RMSEA=.14$ ). Se utilizó la modificación de índice de las covarianzas entre los errores de los ítems 2 y 3, del ítem 2 y el ítem 4, y el ítem 4 con el ítem 5. Al liberar dichos parámetros de covarianza de los errores, se observó que el modelo presenta un ajuste adecuado a los datos.



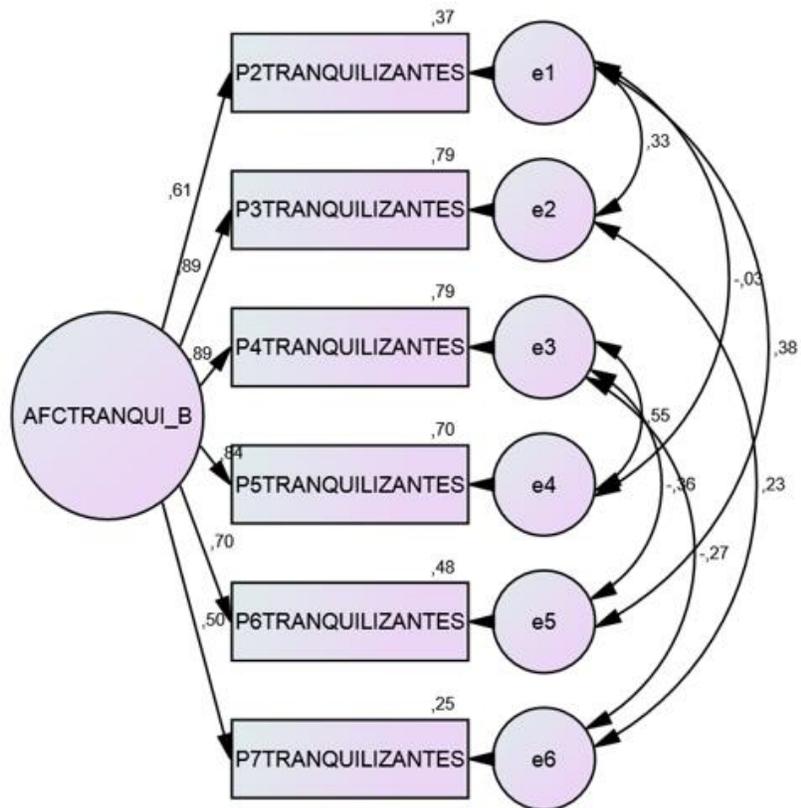
Para la escala de cannabis, algunos indicadores presentan un ajuste adecuado al modelo (CMIN=2.81, TLI=.93, NFI=.90, SRMR=.05) mientras que otros un ajuste pobre (Chi-Cuadrado=25.33, CFI=.89, RMSEA=.12). Es por esto que se utilizó la modificación de índice de las covarianzas recomendada por sistema entre los errores de los ítems 4 -5, y de los ítems 4-7. Al liberar dichos parámetros de covarianza de los errores, los indicadores presentan niveles óptimos a excepción de CMIN (.49), por lo que se observó que el modelo presenta un ajuste satisfactorio a los datos.



Para la escala de anfetaminas, todos los indicadores presentan un ajuste pobre indicando que el modelo no es óptimo (Chi-Cuadrado=263.16, CMIN=.69; TLI=.49, NFI=.69; SRMR=.12; RMSEA=.49). Es por esto que se utilizó la modificación de índice de las covarianzas entre los errores sugeridos por sistema uniendo los ítems 4-5, 3-6, 3-4, 2-5 y 4-7, y siguiendo la recomendación posterior de unir los ítems 3-5, 2-7, 2-3 y 5-7. Sin embargo, al liberar dichos parámetros de covarianza se generan resultados poco discriminadores de la bondad de ajuste del modelo (Chi-Cuadrado=no generado; CMIN=6.4; CFI=.97, TLI=.90, NFI=9.70; SRMR=.03, RMSEA=.21), interpretándose como insatisfactorio a los datos.



Para la escala de tranquilizantes, todos los indicadores presentan un ajuste pobre indicando que el modelo no es óptimo (Chi-Cuadrado=98.71, CMIN=10.96, CFI=.81, TLI=.69, NFI=.80; SRMR=.09, RMSEA=.29). Es por esto que se utilizó la modificación de índice de las covarianzas entre los errores sugeridos por el sistema uniendo los ítems 4-7, 4-6, 4-5, 3-7, 2-6, 2-5 y 2-3. Al liberar los parámetros que la mayoría de los indicadores presentan un ajuste adecuado (Chi-Cuadrado=6.316, CMIN=3.15, CFI=.99, TLI=.93, NFI=.98; SRMR=.03) a excepción de RMSEA (.13), que presenta un ajuste pobre.



## **VIII. Discusión y Conclusiones**

La detección temprana del consumo de riesgo de sustancias se ha constituido como un eje de investigación importante durante la última década, al existir numerosas investigaciones que demuestran un alarmante aumento de la prevalencia de consumo (Cadena & Devia, 2013) (NIDA, 2012) (Sepúlveda et al., 2011), pero con pocos estudios que permitan observar el nivel de riesgo en que se encuentra la población afectada, lo que es de suma importancia al considerarse entre los primeros 20 factores mundiales de riesgo de muerte y discapacidad (OMS, 2011). Uno de los sectores con mayor prevalencia de consumo en las investigaciones actuales se encuentra en la población universitaria y más específicamente, en la población universitaria asociada a carreras de salud, explicado según algunos autores por la mayor accesibilidad de sustancias, la alta exigencia académica y estrés asociado a estas carreras (Romero et al., 2009), (Riquelme et al., 2012), (Romero et al., 2009). En Chile, siguiendo la tendencia internacional, se ha expresado un aumento exponencial en la prevalencia del consumo de sustancias (SENDA, 2016), y asimismo en la prevalencia en población universitaria (SENDA, 2019).

En este sentido, la Unidad de Psicología de la Dirección de Asuntos Estudiantiles y Comunitarios [DAEC] de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, que presta atención psicológica a sus estudiantes y tiene como uno de sus objetivos generar políticas de promoción de salud mental y calidad de vida estudiantil, así como generar prevención, detección temprana y tratamiento oportuno de problemas mentales, tomó en consideración la alta demanda de consultantes y el aumento de los casos relacionados al consumo de sustancias en conjunto a la poca disponibilidad de profesionales durante los últimos años. Para remediar estas dificultades, se incluyó dentro de la batería de pruebas de ingreso al programa el instrumento ASSIST en un formato autoadministrado con una retroalimentación posterior, con el fin de agilizar los procesos de ingreso, detectar el posible consumo de riesgo de una amplia gama de sustancias y desde ello generar un plan de atención temprano.

Actualmente no se encuentra en Chile un instrumento validado, con altos estándares de estadísticos, que permita medir de forma autoadministrada la detección temprana del consumo de riesgo de sustancias y que pueda ser extrapolado a la población universitaria, al ser validados para el cribado de sustancias sólo instrumentos asociados a población adolescente y/o con apoyo de un administrador (SENDA, 2019). En este marco, el objetivo de la presente investigación fue generar una versión autoadministrada del instrumento ASSIST con un

comportamiento estadísticamente significativo que hiciera posible no solo validar el instrumento para la Facultad de Medicina, sino que también para toda la población universitaria, tanto en la misma Universidad de Chile como también para otras instituciones de estudios universitarios.

El estudio de la consistencia interna se evaluó a través el estadígrafo Alfa de Cronbach (Pérez-Gil et al., 2000), con resultados que entregaron un puntaje total óptimo según la bibliografía (George & Mallery, 2003) y comparables a las investigaciones de validación del instrumento nacional e internacionales (Rubio et al., 2014), (Khan et al, 2011), (Humeniuk et al., 2008) y (Soto-Brandt et al., 2014). Respecto a los resultados por escala, 7 de las 10 (tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, anfetaminas, tranquilizantes y otras sustancias) se presentaron con una adecuación al modelo que se intentó medir (George & Mallery, 2003). En las escalas de alucinógenos, inhalantes y opiáceos, se presentó un índice de confiabilidad pobre, en conjunto a resultados contradictorios si se eliminan ítems de las escalas, lo que señala una baja consistencia de los resultados en estas sustancias a través del tiempo según esta investigación.

Al analizar nuestros resultados con la literatura actual, se puede observar que existen grandes diferencias en la validez interna obtenida en las diferentes sustancias que mide ASSIST. Las investigaciones actuales que han utilizado como unidad de análisis muestras clínicas han logrado validar la consistencia interna para la mayoría de las sustancias estudiadas por el instrumento, pero ninguna ha conseguido una validación total de éstas, presentando problemas con mayor recurrencia en las sustancias alucinógenos, inhalantes y otras sustancias (Rubio et al., 2014), (Khan et al., 2011), (Humeniuk et al., 2008), (Soto-Brandt et al., 2014). Los resultados descritos anteriormente se condicen con los de nuestra investigación, en los que la mayoría de las sustancias (tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, anfetaminas, tranquilizantes, otros) presentaron una validez de contenido óptima, a la vez que se presentaron problemas de consistencia similares a otras investigaciones en el resto (alucinógenos, inhalantes y opiáceos), por lo que podemos inferir que el instrumento ASSIST en una versión autoadministrada cumple con estándares de consistencia interna comparables con otras investigaciones.

El estudio de la validez de constructo fue evaluada a través del Análisis Factorial Exploratorio [AFE] (Lloret et al., 2014) y el Análisis Factorial Confirmatorio [AFC] (Arbuckle, 2013). Según los resultados entregados por el AFE se logró determinar que 6 de las 10 escalas (tabaco, alcohol, cannabis, anfetaminas, tranquilizantes) del instrumento presentan un modelo de ajuste adecuado a nivel psicométrico (Lloret et al., 2014), lo que permite inferir que ASSIST en un formato

autoadministrado de dichas sustancias, es confiable para la detección temprana del consumo de riesgo en población universitaria, al poseer una estructura unidimensional de los ítems que miden el constructo. Por otro lado, podemos observar que el constructo “consumo de riesgo” en las sustancias de alucinógenos, inhalantes, opiáceos y otras sustancias no presentan resultados con ajustes adecuados a nivel psicométrico (Lloret et al., 2014).

Esto puede comprenderse, por una parte, desde la baja frecuencia de respuesta del cuestionario en la población estudiada para dichas sustancias; y por otro, desde las diferencias con los estudios de validación vigentes, que utilizaron muestras clínicas asociadas a trastornos en salud mental o adicciones (Rubio et al., 2014), (Khan et al., 2011), (Humeniuk et al., 2008), (Soto-Brandt et al., 2014) (Pérez et al., 2012). Las investigaciones revisadas en la literatura presentan una mayor tasa de respuesta en estas sustancias desde el tipo de muestra elegida, por lo que se puede postular que las dificultades en este estudio para determinar la validez de constructo de las sustancias con poca adecuación del modelo podrían surgir desde el tipo de muestra elegida. Sumando a lo anterior, la elección del análisis estadístico del constructo para la validación de ASSIST en nuestra investigación es diferente a los observados en la literatura, quienes utilizan en su mayoría la validez concurrente por medio de la comparación con otros instrumentos de detección de consumo de riesgo, o con la utilización del AFE con la sumatoria total de los ítems del instrumento sin plantear un estudio dividido por escalas, concluyendo que el instrumento posee una estructura unidimensional con ajuste óptimo, pero sin esclarecer si los 6 ítems que evalúan consumo se comportan de la misma forma en las 10 sustancias que mide ASSIST en forma autoadministrada (Pérez et al., 2012).

Se buscó comprobar los resultados entregados en el AFE mediante el análisis factorial confirmatorio [AFC] que se realizó para todas las escalas que presentaron un ajuste óptimo en el análisis factorial exploratorio [AFE], expresando un grado de ajuste satisfactorio del modelo teórico planteado en las escalas que miden consumo de riesgo de tabaco, alcohol, cannabis y tranquilizantes (Véase análisis de resultados, páginas 73 a 77). Profundizando en el punto anterior, se debió establecer para las escalas de alcohol, cannabis y tranquilizantes modificaciones en la estructura de sus ítems, proponiendo que algunos ítems deberían unirse en un sólo reactivo (véase análisis de resultados, páginas 77 a 83), presentándose como las más comunes las uniones del ítem 2 y 3 (frecuencia de consumo y frecuencia de deseo), de la que podemos sugerir que ambas refieren a la frecuencia cuantificable temporal de necesidad del consumo; del ítem 4 y 5 (Problemas asociados al consumo y pérdida de hábitos por el consumo),

de la que podemos sugerir que ambas refieren a consecuencias perceptibles en la vida del consumidor respecto a la sustancia; y del ítem 4 y 7 (problemas asociados al consumo y pérdida de autocontrol del consumo), de la que podemos sugerir que ambas refieren una correlación positiva entre el bajo autocontrol del consumo con el aumento de problemas psicosociales en el consumidor. Sin embargo, estas aseveraciones respecto a la reducción de ítems a partir de sus asociaciones sugeridas cuantitativamente en el AFC, a juicio de la investigación no son resolutivas, pues se explican de mejor medida desde errores metodológicos en relación al tamaño y tipo muestral seleccionado que a las propiedades estructurales del instrumento, requiriendo replicaciones del estudio para confirmar esta hipótesis. Por otra parte, se descartó la bondad de ajuste en las escalas de anfetaminas y de cocaína para el constructo “consumo de riesgo” debido a resultados insatisfactorios en su análisis, no pudiendo establecer conclusiones a nivel estadístico.

Estas propiedades psicométricas encontradas en esta investigación son similares con las de otros estudios de validación de ASSIST que utilizaron AFC para la validación de constructo, tales como las realizadas por Pérez et al. (2012) y Humeniuk et al. (2008), en donde sólo se confirman con total validación del modelo las escalas de tabaco, alcohol y cannabis. Es importante mencionar que el AFC se vio afectado por la selección del tamaño muestral discutida en los resultados en la que se entiende un tamaño de 116 casos como insuficiente para un análisis efectivo (Comrey & Lee, 1992), lo cual puede haber incidido directamente en la frecuencia de casos positivos de las sustancias previamente validadas en el AFE.

En este marco, se determinó que el instrumento ASSIST en una versión autoadministrada presenta evidencias satisfactorias de validez de contenido y de constructo en las escalas que miden el consumo de riesgo en tabaco, alcohol, cannabis y tranquilizantes, pudiendo ser una buena herramienta de cribado de consumo de éstas en población universitaria. Sin embargo, existen sustancias en las cuales la validez no presenta resultados óptimos (cocaína, anfetaminas, alucinógenos, otras sustancias) y otras en las que no se pudo determinar su validez bajo ninguno de los análisis estadísticos realizados (opiáceos, inhalantes). Esto abre la discusión a partir de los resultados que no todas las sustancias estudiadas por el instrumento bajo esta modalidad presentarían una estructura unidimensional. Es por esto que se discute la necesidad de evaluar la composición teórica de la totalidad de los ítems en todas las sustancias en un formato autoadministrado, tomando las consideraciones encontradas durante esta investigación, y se

propone utilizar hasta el momento en población universitaria una versión abreviada del instrumento con las sustancias que sí presentan ajuste cuantitativo óptimo.

Al ver los antecedentes recopilados, se estudiaron las limitaciones encontradas en este estudio y las posibles consecuencias que estos hallazgos podrían traer consigo para los resultados de la investigación. Estas pueden encontrarse inicialmente en el diseño metodológico, referido específicamente a la selección y tamaño muestral. En relación al tamaño y selección muestral, si bien el número final de casos utilizados (396) era aceptable desde la bibliografía (Hernández et al., 2010), no se tomó en consideración que la muestra no era de carácter clínica, lo cual afectó directamente en la tasa de respuestas de algunas sustancias (cocaína, anfetaminas, inhalantes, alucinógenos, opiáceos y otros). Esto genera la discusión sobre la fiabilidad de los resultados obtenidos para aquellas sustancias, al no existir un número de casos suficientes para los diferentes análisis cuantitativos realizados, dado que ninguna de estas sustancias tiene un tamaño superior al 15% de la población (entre 6 a 45 personas) a diferencia de las investigaciones revisadas en la literatura que reportaron un tamaño mínimo de 150 participantes para muestras clínicas (Khan et al., 2011) (Newcombe et al., 2005) y con resultados satisfactorios para la mayoría de las sustancias por sobre 1000 participantes (Humeniuk et al., 2008).

Otra limitante importante en esta investigación fue la adaptación de la aplicación del instrumento original al formato autoadministrado digital para evaluar consumo de riesgo en estudiantes universitarios, donde se generó una cantidad inicial no esperada de casos inválidos producto de errores de respuesta en reactivos generando disminución del tamaño, los cuales se resumieron en 3 tipos:

- La pregunta 1 fue respondida en ambos reactivos (SI/NO).
- Posterior la indicación "Si respondes "Nunca. No he consumido en los últimos 3 meses " a todos los ítems en la Pregunta 2, salta a la Pregunta 6.", los participantes no respondían ninguna pregunta posterior a la pregunta 5.
- Participantes respondieron la pregunta 3 para sustancias que habían reportado no haber consumido nunca en su vida.

Para resolver esta dificultad, se produjo la necesidad de modificar las instrucciones bajo el formato Google Forms, indicando marcar la respuesta equivalente al puntaje 0 ("Nunca. No he consumido en los últimos 3 meses. /No, nunca."), para todas las preguntas de las sustancias que el usuario reportó no haber consumido en el ítem 1. Otra posibilidad discutida fue trabajar bajo

un nuevo formato digital que permitiera programar inmediatamente el puntaje 0 en aquellas sustancias que el usuario señala no haber consumido en la pregunta 1, sin embargo, esta no pudo ser realizada debido a los recursos en esta investigación.

Desde este último punto se desglosa la última limitación encontrada entendida desde los recursos económicos y de plazos de entrega del proyecto, que restringieron la cantidad de análisis cuantitativos que se pudieron realizar. Se excluyeron, por ejemplo, el cálculo de la validez concurrente, método que han utilizado la mayoría de las investigaciones que han validado el instrumento (Rubio et al, 2014) (Khan et al., 2011) (Newcombe et al., 2005) (Humeniuk et al., 2008) (Soto-Brandt et al., 2014), y la evaluación de la validez discriminante, que hubiese permitido confirmar o modificar los puntos de corte actuales del instrumento para población universitaria (Soto-Brandt et al., 2014). Cabe destacar que, aún con estas limitantes, se lograron establecer niveles satisfactorios de confiabilidad y validez de ASSIST en un formato autoadministrado en varias de sus sustancias, lo que da cuenta de la alta representatividad del consumo en la población universitaria de la Facultad de Medicina en la Universidad de Chile.

Se puede observar de los resultados de esta investigación que existe una mayor prevalencia de vida de consumo en las sustancias de alcohol, cannabis, tabaco, tranquilizantes, alucinógenos y anfetaminas, que el encontrado en la literatura en población chilena (SENDA, 2016) y universitaria (SENDA, 2019) (Riquelme et al. 2012) (Sepúlveda et al., 2012) (Romero et al., 2009), lo cual podría ser explicado desde lo postulado por los autores, que concluyen que el consumo de sustancias presenta como tendencia internacional un aumento exponencial de su prevalencia a lo largo de los años, por lo que se infiere que investigaciones venideras reportarán resultados más elevados que en años anteriores que en este caso serían los datos recogidos entre el 2009 al 2018. Sin embargo, esta hipótesis no permite clarificar el aumento muy significativo en la prevalencia de consumo de las sustancias en alcohol (sobre un 140%), anfetaminas (sobre un 1000%) y tranquilizantes (sobre un 500%) quienes reportan un incremento desde un 100 a 1000% en relación a los resultados descritos en una muestra contemporánea de similares características a la estudiada (SENDA 2019).

Una forma de interpretar el aumento de prevalencia de consumo de alcohol, tranquilizantes y cannabis es la hipótesis de una mayor necesidad de consumo de sustancias con efectos depresores en este tipo de población, lo que se considera como un factor de riesgo importante al encontrarse algunas de éstas dentro del segundo grupo con mayor probabilidad de generar dependencia en el consumidor (OMS, 2011). Por otro lado, la mayor prevalencia de consumo de

anfetaminas y alucinógenos nos propone que, en universitarios, se genera el fenómeno de normalizar del consumo de sustancias ilegales con un alto riesgo de generar problemas físicos y mentales (OMS, 2011).

Al comparar el consumo de vida según sexo en universitarios de carreras asociadas a la salud, se observó que los hombres presentan de manera significativa mayor prevalencia de vida de consumo en cannabis, alucinógenos, cocaína e inhalantes que las mujeres, comportándose de manera similar a la literatura (Romero et al., 2009) (SENDA, 2016) (SENDA, 2019), sin embargo, no se pueden hacer aseveraciones del comportamiento del consumo de vida de cannabis, ya que existen investigaciones que reportan resultados variados en población universitaria. (Romero et al., 2009) (Sepúlveda et al., 2011) (SENDA, 2016) (SENDA, 2019). Esta limitante se encuentra también en la alta prevalencia de consumo de tabaco y alcohol independiente del sexo, en el que algunas investigaciones coinciden con estos resultados (Romero et al, 2009) mientras que otras refieren una mayor prevalencia en hombres (SENDA, 2016) (SENDA, 2019). Se destaca la presencia de un mayor consumo de sustancias de características psicoactivas en hombres en población universitaria, lo que es un eje de investigación que debe ser profundizado.

Al comparar el consumo de vida según el rango etario en universitarios de carreras asociadas a la salud, se describe un aumento de la prevalencia de las sustancias cribadas por ASSIST a mayor edad del consumidor, siendo la única excepción opiáceos, en la que disminuye la frecuencia de consumo al aumentar la edad en los estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. No se pueden realizar aseveraciones con certeza respecto a estos resultados al compararlos con otras investigaciones, encontrando reportes conflictivos respecto a la edad, coincidiendo los resultados para cocaína y tabaco (SENDA, 2016), pero difiriendo en el consumo de alcohol (Sepúlveda et al., 2011) y cannabis (SENDA, 2016) (Sepúlveda et al., 2011) quienes presentan una mayor frecuencia de prevalencia en universitarios a edades más tempranas (18-25 años) que en este estudio, y sin poder establecer conclusiones ni interpretaciones respecto al comportamiento del consumo para el resto de las sustancias que mide ASSIST, al haber escasa literatura respecto de esta variable. Por otra parte, las únicas sustancias que presentaron resultados significativos según rango etario fueron consumo de vida en tranquilizantes y alucinógenos, detectándose que los estudiantes entre 26 a 31 años presentan prevalencias más altas, de lo que se puede inferirse que a mayor edad aumenta la probabilidad de consumir alguna vez en la vida estas sustancias de alto riesgo para la salud y que requieren descripción médica (OMS, 2011).

También se observan diferencias respecto a la prevalencia del consumo de vida según la carrera de pertenencia, pudiendo afirmar que todas las carreras ligadas a la Facultad de Medicina en la Universidad de Chile manifiestan una prevalencia de vida de consumo de alcohol alarmante para la comunidad, el que fluctúa entre un 85% y un 100% entre los estudiantes de cada carrera, destacando descriptivamente con mayores niveles de consumo de alcohol las carreras de Obstetricia y Puericultura, Tecnología Médica y Nutrición y Dietética. Dada la inexistencia de investigaciones de esta temática en particular, se presentan estas conclusiones como el estado de arte actual desde una perspectiva exploratoria. Por otra parte, existen niveles estadísticamente significativos de prevalencia de consumo en la categoría de otras sustancias, reportando mayor índices enfermería (5,1%) y terapia ocupacional (6,7%). Estos resultados proponen por una parte, que el instrumento no estaría logrando discriminar otras drogas que puedan estar siendo consumidas en la actualidad por jóvenes, o alternatively, que éstos no manejarían el conocimiento necesario para discernir el tipo de sustancias que están consumiendo según las categorías descritas por el instrumento, lo que se presenta como una contradicción en estudiantes de carreras de la salud, que deberían dominar con mayor facilidad esta información, los que nos lleva a sugerir una mayor necesidad de psicoeducación incluso en estos contextos.

Finalmente, nuestra investigación reporta un aumento en la prevalencia de consumo de vida de cannabis con un peak en el ciclo de finalización de pregrado (4°-5° año), así como también en el consumo de alucinógenos con un peak en cursos posteriores al ciclo de finalización (p.e. cursos superiores al 5° año, licenciatura, etc.). Descriptivamente se repite la tendencia de un aumento de la prevalencia de consumo a medida que avanzan los años de carrera, lo que puede dar paso a proponer que personas pertenecientes a estos ciclos tienen a consumir un mayor rango de sustancias que personas al inicio e intermedio de la carrera. Estos resultados condicen con la literatura (Romero et al., 2009) y con los encontrados en esta investigación respecto al rango etario.

Respecto al consumo de riesgo en la población de estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, se presentó una alta frecuencia de consumo en las sustancias de tabaco (Moderado: 21,8%; alto: 4,2%), alcohol (Moderado: 22,5%; alto: 9,7%), cannabis (Moderado: 32,2%; alto: 7,6%) y tranquilizantes (Moderado: ,8%; alto: 4,2%). Si bien no se encontraron investigaciones que estudiaran el consumo de riesgo en este tipo de población, otros estudios se han percatado que, en Chile, las sustancias con mayor posibilidad de encontrarse con niveles de consumo riesgoso son el alcohol, tabaco y cocaína (SENDA, 2016) (Riquelme et al., 2012).

Los resultados de consumo de riesgo (moderado y alto) en tabaco y alcohol coinciden con lo postulado por los autores, lo que consolida la importancia de futuros estudios sobre estas sustancias tomando en cuenta que ambas son lícitas y, por lo tanto, de fácil acceso en población mayor de edad. Una de las hipótesis propuestas por esta investigación referida a una mayor necesidad de sustancias con depresores en esta población, sumado a lo observado en la literatura, nos hace proponer que la alta frecuencia de consumo de riesgo de tranquilizantes podría estar relacionada a la mayor facilidad de acceso desde la profesión y las altas demandas académicas que se asocian a estrés, ansiedad y trastornos del ánimo en estudiantes de carreras de salud (Romero et al., 2009) (Riquelme et al., 2012), mientras que la alta frecuencia de consumo de riesgo de cannabis podría estar ligada al aumento general de la prevalencia de consumo en Chile (SENDA, 2016) (SENDA, 2019).

Se destaca la presencia de una mayor frecuencia de consumo de riesgo moderado en tabaco, alcohol, cannabis, tranquilizantes, alucinógenos, opiáceos y otras sustancias en la población de mujeres respecto a la de los hombres, resultados se contradicen con la prevalencia reportada del consumo de vida en la que se observa una mayor proporción de consumo en hombres que en mujeres. Esto daría cuenta de la existencia de una menor cantidad de mujeres que consumen sustancias a lo largo de la vida en esta población, pero que presentarían mayores niveles de riesgo moderado y alto del consumo. Lo anterior constituye a las mujeres estudiantes asociadas a carreras de salud de la Universidad de Chile como un grupo con un riesgo potencial elevado respecto al de los pares hombres, por lo que se hace necesario nuevos estudios que evalúen esta variable en contraste con factores relevantes como, por ejemplo, su efecto en la calidad de vida.

El consumo de riesgo de alucinógenos muestra un aumento significativo estadísticamente en estudiantes mayores de 26 años observándose, al igual que en la prevalencia de vida de esta sustancia, que la frecuencia de consumo aumentaría y se prolongaría durante el tiempo en estas edades, proponiéndose como un factor de riesgo esta etapa etaria en el consumo de esta sustancia en contextos académicos asociados a la salud.

Descriptivamente, existe un mayor consumo de riesgo moderado y alto en tabaco, cocaína, anfetaminas, inhalantes, opiáceos y otros en estudiantes universitarios menores a 25 años. Toma importancia el alto número de sustancias con efectos activadores en el sistema nervioso central dentro este grupo, lo que genera la interrogante sobre las razones de la búsqueda de este tipo

de efectos en los estudiantes de pregrado y que causas o necesidades están relacionadas con su consumo.

Finalmente, se puede observar que, al igual que la prevalencia de consumo de vida de alcohol, todas las carreras de la Facultad de Medicina reportan un consumo de riesgo moderado (desde un 10% al 42%) y alto (desde un 0% al 31%). Esta tendencia se repite descriptivamente con las sustancias de tabaco, cannabis y tranquilizantes para ambas categorías de riesgo. Se comportan de forma similar independientemente de la carrera, pudiendo aludir a un fenómeno que podría ser explicado desde la normalización del consumo de sustancias, características específicas de la población universitaria u otros posibles variables a indagar en próximas investigaciones.

Este estudio nos permite dilucidar y establecer a través de los resultados de la validación y de las limitantes de este, construir una adaptación del instrumento a una versión autoadministrada abreviada (ASSIST-Lite). Esta modalidad de aplicación medirá las escalas validadas por este estudio (tabaco, alcohol, cannabis y tranquilizantes), eliminará el ítem 8 debido su baja representatividad en la población universitaria y se presentará en conjunto a la siguiente adaptación de las indicaciones:

<b>Tabla 1. Indicaciones ASSIST-Lite</b>
<p>Este cuestionario contiene algunas preguntas sobre tu experiencia en el consumo de sustancias a lo largo de tu vida, así como en los últimos tres meses. Estas sustancias pueden ser fumadas, inhaladas, inyectadas o consumidas en forma de pastillas. Algunas de las sustancias incluidas pueden haber sido recetadas por un médico (por ejemplo: pastillas adelgazantes, tranquilizantes, o determinados medicamentos para el dolor).</p> <p>Para este cuestionario, te pedimos <b>NO</b> anotar fármacos que hayan sido consumidos tal como han sido prescritos por tu médico. <b>Sin embargo, si has tomado alguno de estos medicamentos por motivos distintos a los que fueron prescritos, los tomas más frecuentemente o en dosis más altas a las prescritas, entonces si es necesario indicarlos.</b></p>
Posterior a la pregunta 1:
<p>➔ Si contestas que “No” a todos los ítems de la pregunta 1, <b>se da por finalizado el cuestionario</b>. Si contestas que “Sí” a alguno de estos ítems, <b>sigue con la pregunta 2 para cada sustancia que contestaste “Sí”</b>. <b>Para cada sustancia que contestaste que “No”, debes anotar la respuesta equivalente a 0 (“Nunca. No he consumido en los últimos 3 meses/No, Nunca”).</b></p>

Posterior a la pregunta 2:

- Si respondes "Nunca. No he consumido en los últimos 3 meses " a todos los ítems en la Pregunta 2, **debes anotar la respuesta equivalente a 0 de la pregunta 3 a la pregunta 5, y responder nuevamente desde la Pregunta 6.**
- Si has consumido alguna de las sustancias de la Pregunta 2 en los últimos tres meses, **continúa normalmente con las preguntas 3, 4 y 5 para cada una de las sustancias que has consumido.**

ASSIST-Lite, entonces, podría ser utilizado en las unidades de atención psicológica en población universitaria en un formato físico o digital, y se encuentra disponible en el Anexo 9 para su uso. Se sugieren como direcciones futuras en investigaciones sobre el instrumento ASSIST en formato autoadministrado, a:

- 1) La replicación de este estudio con un mayor tamaño muestral en una población universitaria, así como también la replicación del estudio en una muestra clínica, con el fin de corroborar los resultados de esta investigación, validar el resto de las escalas que no pudieron ser comprobadas en este estudio y tener un precedente en común a próximas investigaciones de validación.
- 2) Profundizar estudios de validación considerando la validez concurrente, con el fin de afianzar los resultados obtenidos en esta investigación, así como también la utilización de validez discriminante que corrobore los puntos de cortes chilenos propuestos por Soto-Brandt et al. (2014).
- 3) El trabajo colaborativo con SENDA y otros investigadores, con el fin de comprobar los resultados con una mayor validez estadística, ya que uno de los problemas encontrados fue limitarse a un análisis descriptivo en la caracterización de la muestra, o a la falta de información entregada respecto a los estadísticos en algunas de las investigaciones revisadas en la literatura.

Finalmente, si bien no fue el objetivo principal de este estudio, también se pueden dar líneas de investigación frente a la prevalencia y consumo de riesgo de sustancias en población universitaria en relación a la calidad de vida, las que serían:

- 1) Profundización de estudios de consumo de riesgo y sus efectos relacionados a la variable de edad, en la que las mujeres tienden a consumir menos que los hombres, pero con mayores niveles de riesgo que sus pares, fenómeno que no logra comprenderse a su totalidad debido a los alcances de esta investigación.
- 2) Estudio de la relación entre sustancias activadoras y depresoras entre las distintas variables estudiadas (Sexo, Carrera, Edad y Ciclos de carrera), debido a diversos resultados en esta investigación que agrupan sustancias de estas categorías según las variables observadas.
- 3) Continuar estudios que evalúen la hipótesis de una mayor prevalencia de consumo de riesgo en sustancias no lícitas a las cuales las carreras de salud tendrían mayor acceso y sus posibles efectos en la calidad de vida de los estudiantes, así como también posibles consecuencias respecto a su formación profesional.
- 4) Investigar causas y factores protectores de riesgo asociados a la alta prevalencia y consumo de riesgo de sustancias lícitas e ilícitas de estudiantes universitarios, y observar si esta tendencia se repite en otros contextos educativos.

## IX. Bibliografía

Arbuckle, J. (2013). IBM® SPSS® Amos™ 22 User's Guide. Recuperado en: [http://www.sussex.ac.uk/its/pdfs/SPSS\\_Amos\\_User\\_Guide\\_22.pdf](http://www.sussex.ac.uk/its/pdfs/SPSS_Amos_User_Guide_22.pdf).

Babor T., McRee B., Kassebaum, P., Grimaldi P., Ahmed K. & Bray, J. (2007). Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT): toward a public health approach to the management of substance abuse. *Substance Abuse*. Vo. 28, 7-30.

Berlanga, V. & Rubio, M. (2011). Clasificación de pruebas no paramétricas. Cómo aplicarlas en SPSS. Recuperado en: <https://www.raco.cat/index.php/REIRE/article/download/255793/342836>.

Bernstein, J., Bernstein, E. Tassiopoulos, K., Heeren, T., Levenson, S., Hingson, R. (2005). Brief motivational intervention at a clinic visit reduces cocaine and heroin use. *Drug Alcohol Depend*, Vol. 77, 49-59.

Bernstein E., Edwards, E., Dorfman, D., Heeren, T., Bliss, C., Bernstein, J. (2009). Screening and brief intervention to reduce marijuana use among youth and young adults in a pediatric emergency department. *Academic Emergency Medicine: Official journal of the society for academic emergency medicine*. Vol. 16, 1174-1185.

Birtel, M., Wood, L., & Kempa, N. (2017). Stigma and social support in substance abuse: Implications for mental health and well-being. *Psychiatry Research*, Vol. 252, 1-8.

Cadena, W., & Devia, C. (2013). La lucha contra las drogas en América Latina y las iniciativas generadas desde la UNASUR y la OEA. *General José María Córdova*. Vol. 11, 39-59

Castillo-Carniglia, Á., Marín, J., Soto-Brandt, G., Donoso, M., Piñol, D., San Martín, J. & Portilla, R. (2015). Adaptation and Validation of the Instrument Treatment Outcomes Profile to the Chilean Population. *Journal of Substance Abuse Treatment*. Vol 56, 39-47.

Comrey, A. & Lee, H. (1992). *A First Course in Factor Analysis* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

DAEC, U. d. (2018). Prevalencias en Salud Mental, Hábitos de Vida y Calidad de Vida de los estudiantes de las carreras de la salud de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile: Estudios y Experiencias. Santiago, Chile.

Delker, E., Aharonovich, E. & Hasin, D. (2016). Interviewer-administered TLFB vs. self-administered computerized (A-CASI) drug use frequency questions: a comparison in HIV-infected drug users. *Drug and Alcohol Dependence*. Vol. 161, 29-35.

Downey, L., Zun, L., Dismukes, P., & Hong, A. (2018). Comparison of Self-Administered Post Traumatic Stress Disorder Tool vs. Researcher Administered Tool in the Emergency Department. *Journal of the National Medical Association*. Vol. 110, 18-22.

Fernández, V., López, J., & Fernández, A. (2016). La calidad de vida desde la perspectiva de las adicciones. *Revista de Calidad Asistencial*. Vol. 31, 3-9.

Ghasemi, A. & Zahediasl, S. (2012). Normality Tests for Statistical Analysis: A Guide for Non-Statisticians. *International Journal of Endocrinology Metabolism*. Vol. 10, 486–489.

George, D., & Mallery, P. (2003). SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference. 11.0 update (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Gryczynski J., Kelly S., Mitchell S., Kirk A., O'Grady K. & Schwartz R. (2015). Validation and performance of the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) among adolescent primary care patients. *Addiction*. Vol 110, 240-247.

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México: McGRAW-HILL.

Humeniuk, R., Ali, R., Babor, T., Farrell, M., Formigoni, M., Jittiwutikarn, J., De Lacerda, R., Ling, W., Marsden, J., Monteiro, M., Hiwatiwa, S., Pal, H., Poznyak, W. & Simon, S. (2008). Validation of the alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST). *Addiction*. Vol. 103, 1039-1047.

Humeniuk, R., Dennington, V., Ali, R., (2008). The effectiveness of a brief intervention for illicit drugs linked to the alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST) in primary health care setting: A technical report of phase III findings of the WHO

ASSIST randomized controlled trial. Recuperado en: [https://www.who.int/substance\\_abuse/activities/assist\\_technicalreport\\_phase3\\_final.pdf](https://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_technicalreport_phase3_final.pdf)

Khan, R., Chatton, A., Nallet, A., Broers, B., Thorens, G., Achab-Arigo, S., Poznyak, V., Fleischmann, A., Khazaal, Y. & Zullino, D. (2011). Validation of the French Version of the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). *European Addiction Research*. Vol. 17, 190-197.

Lloret, S., Ferreres, A., Hernández, A. & Tomás, I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de psicología*. Vol. 30, 1151-1169.

Madras, B. Compton, W., Avula, D., Stegbauer, T., Stein, J. & Clark, H. (2009). Screening, brief interventions, referral to treatment (SBIRT) for illicit drug and alcohol use at multiple healthcare sites; comparison at intake and 6 months later. *Drug and Alcohol Dependence*. Vol. 99, 280-295

Mcnelly, J., Strauss, S., Wright, S., Rotrosen, J., Khan, R., Lee, J., & Gourevich, M. (2014). Test-retest reliability of a self-administered Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) in primary care patients. *Journal of Substance Abuse Treatment*. Vol. 47, 93-101.

Molina, A., Fernández, D., Delgado, M., & Martín, V. (2010). Sensitivity and specificity of a self-administered questionnaire of tobacco use; including the Fagerström test. *International Journal of Nursing Studies*. Vol. 47, 181-189.

National Institute of Drug Abuse [NIDA] (2012). Screening for drug use in general medical settings: Resource Guide. Recuperado de: [https://www.integration.samhsa.gov/clinical-practice/sbirt/nida\\_screening\\_for\\_drug\\_use.pdf](https://www.integration.samhsa.gov/clinical-practice/sbirt/nida_screening_for_drug_use.pdf).

Newcombe, D, Humeniuk, R. & Ali, R. (2005). Validation of the World Health Organization Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): report of results from the Australian site. *Drug and Alcohol Review*. Vol. 24, 217-226.

Organización Mundial de la Salud [OMS] (1994). Glosario de términos de alcohol y drogas. Estados Unidos. Recuperado de: [https://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/lexicon\\_alcohol\\_drugs\\_spanish.pdf](https://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf).

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2011). La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST): Manual para uso en la atención primaria. Estados Unidos. Recuperado de: [https://www.who.int/substance\\_abuse/activities/assist\\_screening\\_spanish.pdf?ua=1](https://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_screening_spanish.pdf?ua=1).

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2011). Intervención breve vinculada a ASSIST para el consumo riesgoso y nocivo de sustancias: Manual para uso en la atención primaria. Estados Unidos. Recuperado de: [https://www.who.int/substance\\_abuse/activities/assist\\_intervention\\_spanish.pdf?ua=1](https://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_intervention_spanish.pdf?ua=1).

Pérez, P., Calzada N., Rovira, J. & Torrico, E. (2012). Estructura factorial del test ASSIST: aplicación del análisis factorial exploratorio y confirmatorio. *Trastornos Adictivos*. Vol. 14, 44-49.

Pérez-Gil, J., Chacón, S. & Moreno, R. (2000). Validez de constructo: el uso de análisis factorial exploratorio-confirmatorio para obtener evidencias de validez. *Psicothema*. Vol. 12, 442-446.

Pérez, E. & Medrano, L. (2010). Análisis Factorial Exploratorio: Bases Conceptuales y Metodológicas. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*. Vol. 2, 58-66.

Riquelme, G., Simich, L., Strike, C., Brands, B., Girsbrecht, N., & Khenti, A. (2012). Características del policonsumo simultáneo de drogas en estudiantes de pregrado de carreras de ciencias en la salud en una universidad, Santiago-Chile. *Texto & Contexto Enfermagem*. Vol, 21, 34-40.

Romero, M., Santander, J., Hitschfield, M., Labbé, M., & Zamora, V. (2009). Consumo de sustancias ilícitas y psicotrópicos entre los estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. *Revista Médica Chile*. Vol. 137, 459-465.

Romero, M., Santander, J., Hitschfield, M., Labbé, M., & Zamora, V. (2009). Smoking and alcohol drinking among medical students at the Pontificia Universidad Católica de Chile. *Revista Médica Chile*. Vol.137, 361-368.

Rubio, G., Martínez, J., Martínez, I., Ponce, G., De la Cruz, J., Jurado, R., Rigabert, A. & Zarco, J. (2014). Validation of the Spanish versión of the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). *Psicothema*. Vol 26, 180-185.

Sepúlveda, M., Roa, J., & Muñoz, M. (2011). Estudio cuantitativo del consumo de drogas y factores sociodemográficos asociados en estudiantes de una universidad tradicional chilena. *Revista Médica Chile*. Vol. 139, 856-863.

Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol [SENDA]. (2016). Décimo Segundo Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile. Santiago, Región Metropolitana, Chile.

Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol [SENDA]. (2019). Glosario de términos. Santiago, Región Metropolitana, Chile. Recuperado de: <http://www.senda.gob.cl/prevencion/informacion-sobre-drogas/glosario-de-terminos/>

Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol [SENDA]. (2019). Banco de Instrumentos de Evaluación. Santiago, Región Metropolitana, Chile. Recuperado de: <http://sistemas.senda.gob.cl/sistema-monitoreo/biblioteca/bancoinstrumentos2.html>

Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol [SENDA]. (2019). Primer estudio de drogas en educación superior. Santiago, Región Metropolitana, Chile.

Soto-Brandt, G., Portilla, R., Huepe, D., Rivera-Rei, Á., Escobar, M., Salas, N., . . . Castillo-Carniglia, Á. (2014). Evidencia de validez en Chile del Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). *Adicciones*. Vol. 26, 291-301.

Tavakol, M., Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education*. Vol. 2, 53-55.

Tiet, Q., Leyva, Y., Moos, R., & Smith, B. (2017). Diagnostic accuracy of a two-item Drug Abuse Screening Test (DAST-2). *Addictive Behaviors*. Vol. 74, 112-117.

Wu, L.-T., Mcnelly, J., Subramaniam, G., Sharma, G., VanVeldhuisen, P., & Schwartz, R. (2016). Design of the NIDA clinical trials network validation study of tobacco, alcohol, prescription medications, and substance use/misuse (TAPS) tool. *Contemporary Clinical Trials*. Vol. 50, 90-97.

## **X. Anexos**

### **1. Carta de presentación a autoridades**

Santiago, 14 de septiembre de 2018

**Dr. Manuel Kukuljan Padilla**

**Decano**

**Facultad de Medicina**

**Universidad de Chile**

**Presente**

Estimado Dr. Kukuljan,

Junto con saludar, le escribo para contarle que, como parte de la línea investigativa de nuestra Unidad de Psicología, referida a conocer la prevalencia de psicopatología y perfiles en la población estudiantil chilena, hemos preparado la investigación “Validación del Instrumento ASSIST en su Versión Autoadministrada en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile”.

Durante esta investigación, queremos hacer presente el interés del bienestar de salud física y mental de los estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Este estudio permitirá la validación de un instrumento en una forma de aplicación más accesible y la creación de un sistema que se puede seguir replicando con periodicidad, para evaluar sistemáticamente el impacto del consumo de sustancias en estudiantes de pregrado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y generar programas de prevención, promoción y acompañamiento a estos.

La ejecución de la investigación será apoyada por un tesista de la Escuela de Psicología de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile, y el análisis de los resultados cuenta con el compromiso de nuestro equipo de investigación, que contiene además dos metodólogos.

La participación en el estudio, por supuesto, será de carácter voluntario y la administración será en línea, previa firma del consentimiento informado que garantiza la confidencialidad y anonimato de los datos utilizados.

Le adjuntamos nuestro proyecto, para su revisión. Si usted está de acuerdo, le pido, por favor, que firme el documento de autorización administrativa de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, necesario para la entrega del proyecto para su revisión al Comité de Ética de la Facultad. Alguien del equipo irá a retirarla después. Agradeciéndole nuevamente su tiempo, colaboración y excelente disposición, saluda atte. a Ud.,

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'Leonor Villacura', is centered on the page. The signature is written in a cursive style with a horizontal line drawn through it.

**Ps. Leonor Villacura**  
Unidad de Psicología  
Dirección de Asuntos Estudiantiles  
Facultad de Medicina  
Universidad de Chile.

## **Carta de presentación a autoridades**

Santiago, 26 de octubre de 2018

**Dr. Rómulo Fuentes Flores**  
**Director de Investigación**  
**Facultad de Medicina**  
**Universidad de Chile**  
**Presente**

Estimado Dr. Fuentes,

Junto con saludar, le escribo para contarle que, como parte de la línea investigativa de nuestra Unidad de Psicología, referida a conocer la prevalencia de psicopatología y perfiles en la población estudiantil chilena, hemos preparado la investigación “Validación del Instrumento ASSIST en su Versión Autoadministrada en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile”.

Durante esta investigación, queremos hacer presente el interés del bienestar de salud física y mental de los estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Este estudio permitirá la validación de un instrumento en una forma de aplicación más accesible y la creación de un sistema que se puede seguir replicando con periodicidad, para evaluar sistemáticamente el impacto del consumo de sustancias en estudiantes de pregrado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y generar programas de prevención, promoción y acompañamiento a estos.

La ejecución de la investigación será apoyada por un tesista de la Escuela de Psicología de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile, y el análisis de los resultados cuenta con el compromiso de nuestro equipo de investigación, que contiene además dos metodólogos.

La participación en el estudio, por supuesto, será de carácter voluntario y la administración será en línea, previa firma del consentimiento informado que garantiza la confidencialidad y anonimato de los datos utilizados.

Le adjuntamos nuestro proyecto, para su revisión. Si usted está de acuerdo, le pido, por favor, que firme el documento de autorización administrativa de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, necesario para la entrega del proyecto para su revisión al Comité de Ética de la Facultad. Alguien del equipo iría a retirarla después. Agradeciéndole nuevamente su tiempo, colaboración y excelente disposición, saluda atte. a Ud.,

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'Leonor Villacura', written over a horizontal line.

**Ps. Leonor Villacura**  
Unidad de Psicología  
Dirección de Asuntos Estudiantiles  
Facultad de Medicina  
Universidad de Chile.

## 2. Autorización de Autoridad Administrativa de los Establecimiento donde se realizará la investigación



Santiago, octubre 28 de 2018

### Autorización de Autoridad Administrativa de los Establecimientos donde se realizará la Investigación

Yo, Prof. Dr. Manuel Kukuljan, Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, autorizo la realización del estudio "Validación del Instrumento ASSIST en su Versión Autoadministrada en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile" dirigido por la Ps. Leonor Villacura Avendaño en los estudiantes de la Facultad.



Prof. Dr. Manuel Kukuljan

Decano

Facultad de Medicina

Universidad de Chile

Avda. Independencia 1027, Santiago, Chile. Tel: (56-2) 29786400 • 29786401 Fax: (56-2) 27774890

[www.med.uchile.cl](http://www.med.uchile.cl)



Santiago, 26 de Octubre de 2018

Comité Ética en Investigación en Seres Humanos  
Facultad de Medicina  
Universidad de Chile  
Presente

Estimados Señores:

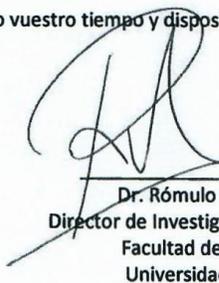
Junto con saludarlos, me permito poner en vuestro conocimiento que la Unidad de Psicología de la Facultad de Medicina, que tiene como parte de su línea investigativa conocer la prevalencia de psicopatología y perfiles en la población estudiantil chilena, nos ha enviado su proyecto de investigación "Validación del Instrumento ASSIST en su Versión Autoadministrada en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile". EL proyecto busca validar la aplicación del instrumento de Detección del Uso de Alcohol, Tabaco y Otras Sustancias (ASSIST, según sus siglas en inglés) en su forma autoadministrada, en la población de estudiantes de pregrado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. La participación en el estudio será de carácter voluntario y la administración será en línea, previa firma del consentimiento informado que garantiza la confidencialidad y anonimato de los datos utilizados. El instrumento, construido y sugerido por la OMS, se ha constituido como una de las herramientas principales para detectar el consumo de sustancias.

Estimamos que la realización de este proyecto puede contribuir a la generación de programas de prevención, promoción y acompañamiento y que por lo tanto tendría un impacto positivo en el bienestar de salud física y mental de los estudiantes de nuestra Facultad.

La ejecución de la investigación será apoyada por un tesista de la Escuela de Psicología de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile, y el análisis de los resultados cuenta con el compromiso del equipo de investigación de la Unidad mencionada, que incluye además dos metodólogos.

Habiendo revisado preliminarmente el proyecto, solicitamos su revisión experta.

Agradeciendo de antemano vuestro tiempo y disposición, saluda atentamente a ustedes,

  
  
Dr. Rómulo Fuentes  
Director de Investigación y Tecnología  
Facultad de Medicina  
Universidad de Chile

Avda. Independencia 1027, Santiago, Chile. Tel: (56-2) 29786400 • 29786401 Fax: (56-2) 27774890

[www.med.uchile.cl](http://www.med.uchile.cl)



UNIVERSIDAD DE CHILE - FACULTAD DE MEDICINA  
COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SERES

## ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO

(Documento en versión 1 corregida 15.01.2018)

FECHA: 09 de Abril de 2019.

**PROYECTO: "VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO ASSIST EN SU VERSIÓN AUTOADMINISTRADA EN LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE."**

**TIPO DE PROYECTO: PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

**INVESTIGADOR RESPONSABLE: PROF. LEONOR VILLACURA AVENDAÑO**

**INSTITUCIÓN: UNIDAD DE PSICOLOGÍA, DIRECCIÓN DE ASUNTOS ESTUDIANTES Y COMUNITARIOS, FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD DE CHILE**

Con fecha 09 de Abril de 2019, el proyecto ha sido analizado a la luz de los postulados de la Declaración de Helsinki, de la Guía Internacional de Ética para la Investigación Biomédica que involucra sujetos humanos CIOMS 2016, y de las Guías de Buena Práctica Clínica de ICH 1996.

Sobre la base de la información proporcionada en el texto del proyecto el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, estima que el estudio propuesto está bien justificado y que no significa para los sujetos involucrados riesgos físicos, psíquicos o sociales mayores que mínimos.

En virtud de las consideraciones anteriores el Comité otorga la aprobación ética para la realización del estudio propuesto, dentro de las especificaciones del protocolo.

Este comité también analizó y aprobó el correspondiente documento de Consentimiento Informado en su versión modificada de fecha 19 de Marzo de 2019. Además se toma conocimiento de carta de Director del Establecimiento o custodio de la base de datos o carta de compromiso del Investigador responsable de fecha 06 de Diciembre de 2019.

Se extiende este documento por el periodo de...**2...** Años a contar desde la fecha de aprobación prorrogable según informe de avance y seguimiento bioético.

### LUGAR DE REALIZACIÓN DEL ESTUDIO

- ENCUESTA ONLINE, FACULTAD DE MEDICINA , UNIVERSIDAD DE CHILE

Teléfono: 29789536 - Email: comiteceish@med.uchile.cl



### 3. Carta de Compromiso

#### Carta de Compromiso del Investigador Responsable

Yo, Leonor Andrea Villacura Avendaño, investigadora responsable del proyecto de investigación “Validación del Instrumento ASSIST en su Versión Autoadministrada en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.”, mediante la suscripción del presente documento me comprometo a:

1. Declarar mis potenciales conflictos de interés ante el Comité respectivo.
2. Comunicar los eventos adversos en la forma más rápida al Comité y al patrocinador.
3. Reportar al Comité cualquier desviación del protocolo.
4. Hacer informes de seguimiento y reportarlos al Comité.
5. Informar al Comité sobre el retiro de sujetos enrolados, las razones de retiro y las acciones tomadas en consideración a ello.
6. Hacer un informe final al término del estudio y reportarlo al Comité.
7. Comunicar al Comité la suspensión de un estudio, enviando un informe con los resultados obtenidos, las razones de suspensión y el programa de acción en relación con los sujetos participantes.
8. Garantizar que el procedimiento del Consentimiento Informado se lleve a cabo de tal forma que promueva la autonomía del sujeto, asegurándose de que este se logró entender la investigación, sus riesgos y probables beneficios.
9. Tomar a su cargo un número razonable de casos que no le impida asumir la responsabilidad del estudio en forma total.
10. Garantizar que los datos entregados sean íntegros y confiables, cumpliendo con el protocolo autorizado.

11. La obligación de cumplir con el estándar 10 de la Norma Técnica N° 0151, aprobada mediante resolución Exenta N° 403 de 11 de Julio de 2013 sobre estándares de acreditación de los C.E.C.

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'Santiago de Chile', written over a horizontal line.

---

***Firma Investigador***

Santiago, 14 de septiembre de 2018

#### 4. Carta Informativa

##### **“Validación del Instrumento ASSIST en su Versión Autoadministrada en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.”**

Estimado estudiante, queremos invitarte a participar en la investigación “Validación del Instrumento ASSIST en su Versión Autoadministrada en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.”, cuyo objetivo es determinar la validez del instrumento de una forma autoadministrada en los estudiantes de los distintos años y carreras de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

Este estudio se enmarca en la línea de trabajo de la Unidad de Psicología de la Dirección de Asuntos Estudiantiles, que se propone conocer el estado mental, estilo de vida y bienestar de los estudiantes vinculados a la vida universitaria, para así proponer mejoras que permitan una formación integral y equilibrada.

Toda la información derivada de tu participación en este estudio será conservada en forma de estricta confidencialidad y anonimato. Participar es realmente muy importante y sólo toma 30 minutos de tu tiempo. Además, en un período breve te serán enviados personalmente tus resultados, junto a la información necesaria que te ayude a comprenderlos.

Nos interesa saber cuál es tu realidad y poder conocer si existen diferencias entre niveles y carreras. Por eso es muy relevante la participación de todos los estudiantes.



Ps. Leonor Villacura

Directora Unidad de Psicología

Dirección de Asuntos Estudiantiles Facultad de Medicina Universidad de Chile

## **5. Carta de Presentación**

**Dr. Manuel Oyarzún Gómez presidente del Comité Ético Científico en investigación en seres humanos**

**Universidad de Chile**

**Presente**

Estimado,

La Unidad de Psicología depende de la Dirección de Asuntos Estudiantiles (DAE) de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y su finalidad es colaborar con el cumplimiento de cuatro importantes objetivos: promover la salud mental y estilos de vida saludable de sus estudiantes, prevenir y tratar las patologías mentales, y mejorar la calidad de vida universitaria de sus estudiantes.

Para el cumplimiento de dichos objetivos, la Unidad de Psicología trabaja entregando atención psicológica a estudiantes de pre y postgrado de la Facultad de Medicina; realiza sistemáticamente investigación; y realiza actividades académicas y de extensión.

Dentro de las líneas de investigación de la Unidad está conocer el perfil psicológico y de funcionamiento de los estudiantes de la Universidad, conocer la prevalencia de diversos trastornos mentales en la población estudiantil y evaluar el impacto de las intervenciones en el bienestar de los estudiantes.

Durante el presente año hemos preparado el proyecto de investigación “Validación del Instrumento ASSIST en su Versión Autoadministrada en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.” que tiene por objetivo determinar la validez del instrumento de una forma auto-administrada en los estudiantes de pregrado los distintos años y carreras de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile que asistan a clases lectivas durante el período académico 2018.

A Través de los resultados del estudio pretendemos mejorar la aplicación de la batería de pruebas cuyo objetivo principal es profundizar el conocimiento de nuestros estudiantes y poder compararlo con el de otras poblaciones, para mejorar estrategias preventivas y de tratamiento. Finalmente se busca dar a conocer la realidad de nuestros estudiantes a las autoridades pertinentes.

Agradeciendo su tiempo y excelente disposición, saluda atte. a Ud.,

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'Leonor Villacura', written over a horizontal line.

**Ps. Leonor Villacura**  
Unidad de Psicología  
Dirección de Asuntos Estudiantiles  
Facultad de Medicina  
Universidad de Chile.

## 6. Consentimiento informado

### “Validación del Instrumento ASSIST en su Versión Auto-administrada en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile”

**Investigador Principal:** Ps. Leonor Villacura Avendaño  
Unidad de Psicología, Dirección de asuntos  
estudiantiles, Facultad de Medicina, Universidad de  
Chile  
Fono: 229786481  
E-mail: leonorvillacura@gmail.com

**Co-investigadores:** Lic. David Díaz Rojas  
Facultad de Ciencias Sociales,  
Universidad de Chile  
Fono: +56229786481  
E-mail: daviddr19.08.92@gmail.com

Ps. Fabiola Sánchez Sáez  
Facultad de Ciencias Sociales,  
Universidad Gabriela Mistral  
Fono: +56229786481,  
E-mail: fabiolasanchezugm@gmail.com

Prof. Ilse López Bravo  
Facultad de Ciencias,  
Universidad de Chile  
Fono: +56229786481  
E-mail: ilopez@med.uchile.cl

El presente documento de Consentimiento Informado se aplicará a los estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, pertenecientes a las carreras de Medicina, Terapia Ocupacional, Kinesiología, Enfermería, Fonoaudiología, Nutrición y Dietética, Tecnología Médica y Obstetricia y Puericultura. A continuación, se le proporcionara la información acerca del estudio.

Le invitamos a participar en el estudio de “Validación del Instrumento ASSIST en su Versión Auto-administrada en la Facultad de Medicina de la

Universidad de Chile”, para lo cual es necesario que conozca y comprenda la información que detallaremos a continuación, luego de esto y de manera voluntaria podrá decidir si desea colaborar o no. Finalmente, una vez comprendido el proyecto y si desea participar, se le solicitará indicar la opción “Acepto”.

### **Explicación del proyecto**

El consumo de sustancias psicoactivas se ha configurado como uno de los más grandes desafíos en la salud pública a nivel mundial, debido a la alta tasa de muertes asociadas al consumo, y a los problemas físicos, mentales y sociales derivados de este en los distintos niveles de consumo. La detección del consumo de riesgo ha sido una dificultad debido a que sólo se suele diagnosticar a la población con síntomas de dependencia física, psicológica o adicción, ignorando la población con consumo de riesgo que posee problemáticas similares a estadios tardíos de consumo, pero que no presentan síntomas físicos apreciables en los centros de salud pública. La detección temprana de consumo y la intervención breve asociada a los distintos niveles puede ayudar a reducir los riesgos que conlleva el consumo de sustancias psicoactivas y a reducir la carga actual en la salud pública respecto a esta problemática. En la actualidad, existen pocos instrumentos validados de forma auto-administrada para la evaluación de consumo de sustancias psicoactivas, lo que se presenta como un problema debido a la alta demanda en estos espacios y poco tiempo para la aplicación de pruebas asociadas al consumo. La presencia de un consumo de riesgo no representa necesariamente la existencia de un trastorno de dependencia o de adicción frente a la sustancia.

### **Objetivo de la Investigación**

El objetivo de esta investigación es validar la aplicación del instrumento ASSIST en su forma auto-administrada para la evaluación del consumo de sustancias en para los estudiantes de diferentes años y carreras impartidas por la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y establecer la aplicación del instrumento de forma más rápida sin reducir

su efectividad contextos de contexto de atención de unidad de atención psicológica vinculada a universidades, generando intervenciones más certeras en la detección temprana de consumo riesgoso de sustancias.

### **Beneficio de la Investigación**

Su colaboración nos permitirá acercarnos a la aplicación más ágil y certera del instrumento de evaluación de consumo de sustancias en estudiantes de pregrado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, con el fin de ser de utilidad para su aplicación futura en centros de salud pública primaria en centros universitarios, con posibilidad de extensión a otros centros de atención.

El beneficio directo que conlleva su participación en este estudio consiste en que además de recibir los resultados de los cuestionarios aplicados, podrá acceder a una retroalimentación personalizada basada en éstos, si accede a proporcionar alguna cuenta de correo electrónico en la cual pueda ser contactado para la entrega de la información. Se enfatiza que la entrega de la dirección de correo electrónico, al igual que su participación, es totalmente voluntaria y confidencial, por lo que podrá responder el cuestionario sin necesidad de entregar esta información.

### **Tipo de Intervención y Procedimiento**

El estudio se llevará a cabo de manera virtual, a través de la auto-administración de la plantilla de preguntas del instrumento entregadas por este medio. El instrumento consiste en 8 preguntas en orden consecutivo que evalúan el consumo de sustancias a lo largo de la vida. Se solicita no considerar fármacos consumidos tal como han sido prescritos por el médico. Si se contesta “No” a todas las sustancias se da por terminada la aplicación. Si responde “Sí” a las sustancias, proceder a responder la pregunta 2 sobre las sustancias seleccionadas en la pregunta anterior. Si se responde “Nunca, No he consumido en los últimos 3 meses” a todos los ítems de la pregunta 2, se debe saltar a la pregunta 6 en adelante. Si se ha consumido sustancias de la pregunta 2 en los últimos tres meses, se debe continuar con las preguntas 3 en adelante para cada sustancia consumida.

Los resultados obtenidos en los inventarios serán entregados a través del correo personal entregado. A partir de los resultados obtenidos en los inventarios se establecerá el nivel de riesgo en las distintas sustancias especificadas por el instrumento y se hará una retroalimentación breve respecto a los resultados. Estos datos posteriormente serán de utilidad para validar el instrumento y realizar comparativas dentro de la muestra de estudio.

### **Riesgo de la Investigación**

El riesgo de la autoadministración de inventarios que evalúan salud mental es que, sin la información pertinente, pueden llevar a un diagnóstico erróneo y esto puede generar cierta preocupación. Por lo que enfatizamos que los cuestionarios utilizados **no** constituyen un instrumento suficiente para diagnóstico sin la retroalimentación de un profesional de la salud.

Es necesario reiterar que la presencia de un consumo riesgoso de sustancias no indica necesariamente la presencia de dependencia o adicción a esta, y que todo diagnóstico solo puede ser realizado a través de una evaluación extensa realizada por un profesional y que contemple otro tipo de herramientas, que pueden incluir o no, el uso de este u otros inventarios.

En caso que ciertos puntajes obtenidos en alguno de los cuestionarios indiquen niveles consumo de alto riesgo se hará la sugerencia de consultar con algún profesional pertinente, para lo cual se entregará información de los recursos a los que puede acceder dentro de la Universidad.

### **Criterios para selección de los participantes en el estudio**

Este estudio forma parte de una investigación más amplia que busca generar una batería de instrumentos que evalúen distintas áreas de malestar psicológico en los estudiantes de la Universidad de Chile. Se espera en el futuro poder continuar con las demás Facultades y carreras impartidas por la Universidad de Chile y otras muestras más amplias, con el fin de traducir los resultados a la aplicación en centros de atención primaria de salud pública chilena.

### **Confidencialidad y difusión de datos**

Toda información derivada de su participación en este estudio será conservada en forma confidencial y anónima, de manera que los datos no puedan ser asociados a una persona identificable. Esto incluye también el bloqueo del acceso de información confidencial a personas ajenas al trabajo en el proyecto. El participante puede ejercer el derecho de solicitar retroalimentación de su participación mediante correo electrónico a través de la misma plataforma de aplicación del instrumento, cuya entrega es totalmente voluntaria. El correo electrónico tampoco será almacenado y permanecerá confidencial.

Finalmente, cualquier publicación o comunicación científica de los resultados de la investigación mantendrá el completo anonimato de los participantes sin excepción.

### **Aclaraciones**

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria y Ud. tiene plena libertad para retirarse en cualquier momento, dejando de contestar el inventario.

Si decide no participar en esta investigación, esto no implicará ninguna consecuencia para Ud.

Su participación en el estudio no es conducente a ninguna compensación económica o de otra naturaleza.

Dado que los inventarios serán administrados de forma digital, es necesario acotar que, sólo una vez leído el consentimiento, podrán aceptar y acceder a participar del estudio.

Si Ud. requiere cualquier otra información sobre su participación en este estudio o necesita información adicional puede llamar a su Investigadora: Leonor Andrea Villacura Avendaño al teléfono: (+56 02) 29786481.

En caso de duda sobre sus derechos debe comunicarse con el presidente del Comité Ético Científico, Doctor Manuel Oyarzún Gómez.

Después de haber recibido y comprendido la información de este documento y de haber podido aclarar todas mis dudas, otorgo mi consentimiento para participar en el proyecto “Validación del Instrumento ASSIST en su Versión Auto-administrada en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile”

## **7. Consideraciones Éticas**

Debido a que los sujetos estudiados constituyen una población vulnerable desde el punto de vista ético, susceptibles a la coacción por su edad y situación de ingreso a carreras en una universidad exigente y caracterizada por la competencia, se tomarán los resguardos éticos necesarios.

Se resguardará que la participación de los estudiantes de las carreras de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile sea voluntaria, comunicándoles con anticipación esta condición y explicitándola claramente en el consentimiento informado y en la carta informativa que invita a los estudiantes a participar de la investigación, que estará disponible previamente a la administración de los instrumentos.

Dado que los inventarios serán administrados de forma auto-administrada presencialmente, es necesario acotar que sólo una vez leído el consentimiento podrán seleccionar aceptar y acceder a participar del estudio.

Se resguardará la confidencialidad y el anonimato de los participantes, tanto en el desarrollo del estudio, como en el uso de la información obtenida, ya que no se pedirán datos de identificación de los estudiantes que participen en el estudio. Se entregarán retroalimentación de la prueba de forma inmediata y, en caso de que quieran recibir los resultados de la investigación, dejarán una dirección de correo electrónico o teléfono para posterior contacto. Solamente el equipo de investigación dirigido por la profesora Leonor Villacura tendrá acceso a los datos recolectados, una vez entregados los resultados a los correos señalados, se eliminará la columna que contiene los correos para evitar relacionar un correo a una respuesta y se colocará un número correlativo para volver al caso de ser necesario. El investigador principal del estudio será el responsable de la eliminación de los datos transcurridos seis meses de la publicación de la investigación, procurando la eliminación de los bases de datos o archivos desde los computadores en los que se ha procesado la información.

Las autoridades de la Facultad serán informadas del estudio y se les solicitará la autorización al Comité de ética de la Facultad de Medicina, para que revisen el cumplimiento de los resguardos éticos pertinentes.

## 8. Instrumento autoadministrado

### PRUEBA AUTOADMINISTRADA PARA LA DETECCIÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y SUSTANCIAS. (ASSIST).

Este cuestionario contiene algunas preguntas sobre tu experiencia en el consumo de sustancias a lo largo de tu vida, así como en los últimos tres meses.

Estas sustancias pueden ser fumadas, inhaladas, inyectadas o consumidas en forma de pastillas. Algunas de las sustancias incluidas pueden haber sido recetadas por un médico (p.ej. pastillas adelgazantes, tranquilizantes, o determinados medicamentos para el dolor). Para este cuestionario, te pedimos NO anotar fármacos que hayan sido consumidos tal como han sido prescritos por tu médico. Sin embargo, si has tomado alguno de estos medicamentos por motivos distintos a los que fueron prescritos o los tomas más frecuentemente o a dosis más altas a las prescritas, entonces indicar.

Pregunta 1. A lo largo de tu vida, ¿cuál de las siguientes sustancias has consumido alguna vez? (SOLO PARA USOS NO-MÉDICOS)	No	Si
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	No	Si
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	No	Si
c. Cannabis (marihuana prensada, hashish, etc.)	No	Si
d. Cocaína (coca, crack, pasta base, etc.)	No	Si
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	No	Si
f. Inhalantes (gasolina, pegamentos, solvente para pintura, etc.)	No	Si
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, risperidona, zolpidem etc.)	No	Si
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP (fenciclidina), Peyote, Hongos etc.)	No	Si
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, etc.)	No	Si
j. Otros - especifique:	No	Si

Si contestas que “No” a todos los ítems, se da por finalizado el cuestionario. Si contestas que “Si” a alguno de estos ítems, sigue con la pregunta 2 para cada sustancia que contestaste “Si”

Pregunta 2. ¿Con qué frecuencia has consumido las sustancias que has mencionado en los últimos tres meses, (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca. No he consumido en los últimos 3 meses	1 - 2 veces en los últimos 3 meses	1 a 3 veces en el último mes	1 a 4 veces por semana	5 a 7 días por semana
a. Tabaco	0	2	3	4	6
b. Bebidas alcohólicas	0	2	3	4	6
c. Cannabis	0	2	3	4	6
d. Cocaína	0	2	3	4	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes	0	2	3	4	6
f. Inhalantes	0	2	3	4	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir	0	2	3	4	6
h. Alucinógenos	0	2	3	4	6
i. Opiáceos	0	2	3	4	6
j. Otros - especifique:	0	2	3	4	6

Si respondes "Nunca. No he consumido en los últimos 3 meses " a todos los ítems en la Pregunta 2, salta a la Pregunta 6.

Si has consumido alguna de las sustancias de la Pregunta 2 en los últimos tres meses, continúa con las preguntas 3, 4 y 5 para cada una de las sustancias que has consumido.

<b>Pregunta 3. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia has tenido deseos fuertes o ansias de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?</b>	<b>Nunca. No he consumido en los últimos 3 meses</b>	<b>1 - 2 veces en los últimos 3 meses</b>	<b>1 a 3 veces en el último mes</b>	<b>1 a 4 veces por semana</b>	<b>5 a 7 días por semana</b>
a. Tabaco	0	3	4	5	6
b. Bebidas alcohólicas	0	3	4	5	6
c. Cannabis	0	3	4	5	6
d. Cocaína	0	3	4	5	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes	0	3	4	5	6
f. Inhalantes	0	3	4	5	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir	0	3	4	5	6
h. Alucinógenos	0	3	4	5	6
i. Opiáceos	0	3	4	5	6
j. Otros - especifique:	0	3	4	5	6

<b>Pregunta 4. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia el consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC) te ha llevado a problemas de salud, sociales, legales o económicos?</b>	<b>Nunca. No he consumido en los últimos 3 meses</b>	<b>1 - 2 veces en los últimos 3 meses</b>	<b>1 a 3 veces en el último mes</b>	<b>1 a 4 veces por semana</b>	<b>5 a 7 días por semana</b>
a. Tabaco	0	4	5	6	7
b. Bebidas alcohólicas	0	4	5	6	7
c. Cannabis	0	4	5	6	7
d. Cocaína	0	4	5	6	7
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes	0	4	5	6	7
f. Inhalantes	0	4	5	6	7
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir	0	4	5	6	7
h. Alucinógenos	0	4	5	6	7
i. Opiáceos	0	4	5	6	7
j. Otros - especifique:	0	4	5	6	7

<b>Pregunta 5. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejaste de hacer lo que se esperaba de ti habitualmente por el consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?</b>	<b>Nunca. No he consumido en los últimos 3 meses</b>	<b>1 - 2 veces en los últimos 3 meses</b>	<b>1 a 3 veces en el último mes</b>	<b>1 a 4 veces por semana</b>	<b>5 a 7 días por semana</b>
a. Tabaco					
b. Bebidas alcohólicas	0	5	6	7	8
c. Cannabis	0	5	6	7	8
d. Cocaína	0	5	6	7	8
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes	0	5	6	7	8
f. Inhalantes	0	5	6	7	8
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir	0	5	6	7	8
h. Alucinógenos	0	5	6	7	8
i. Opiáceos	0	5	6	7	8
j. Otros - especifique:	0	4	5	6	7

<b>Pregunta 6 ¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por tu consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?</b>	<b>No, nunca</b>	<b>Sí, en los últimos 3 meses</b>	<b>Sí, pero no en los últimos 3 meses</b>
a. Tabaco	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas	0	6	3
c. Cannabis	0	6	3
d. Cocaína	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes	0	6	3
f. Inhalantes	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir	0	6	3
h. Alucinógenos	0	6	3
i. Opiáceos	0	6	3
j. Otros - especifique:	0	6	3

<b>Pregunta 7 ¿Ha intentado alguna vez controlar, reducir o dejar de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC) y no lo has logrado?</b>	<b>No, nunca</b>	<b>Sí, en los últimos 3 meses</b>	<b>Sí, pero no en los últimos 3 meses</b>
a. Tabaco	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas	0	6	3
c. Cannabis	0	6	3
d. Cocaína	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes	0	6	3
f. Inhalantes	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir	0	6	3
h. Alucinógenos	0	6	3
i. Opiáceos	0	6	3
j. Otros - especifique:	0	6	3

<b>Pregunta 8 ¿Has consumido alguna vez alguna droga por vía inyectada? (ÚNICAMENTE PARA USOS NO MÉDICOS)</b>	<b>No, nunca</b>	<b>Sí, en los últimos 3 meses</b>	<b>Sí, pero no en los últimos 3 meses</b>

## 9. Instrumento ASSIST-Lite

### **PRUEBA AUTOADMINISTRADA PARA LA DETECCIÓN DE CONSUMO DE SUSTANCIAS (ASSIST-Lite).**

Este cuestionario contiene algunas preguntas sobre tu experiencia en el consumo de sustancias a lo largo de tu vida, así como en los últimos tres meses. Estas sustancias pueden ser fumadas, inhaladas, inyectadas o consumidas en forma de pastillas. Algunas de las sustancias incluidas pueden haber sido recetadas por un médico (por ejemplo: pastillas adelgazantes, tranquilizantes, o determinados medicamentos para el dolor).

Para este cuestionario, te pedimos **NO** anotar fármacos que hayan sido consumidos tal como han sido prescritos por tu médico. **Sin embargo, si has tomado alguno de estos medicamentos por motivos distintos a los que fueron prescritos, los tomas más frecuentemente o en dosis más altas a las prescritas, entonces si es necesario indicarlos.**

Pregunta 1. A lo largo de tu vida, ¿cuál de las siguientes sustancias has consumido alguna vez? (SOLO PARA USOS NO-MÉDICOS)	No	Si
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros, habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	No	Si
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	No	Si
c. Cannabis (marihuana, m. prensada, hashish, etc.)	No	Si
d. Tranquilizantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, risperidona, zolpidem etc.)	No	Si

- Si contestas que “No” a todos los ítems de la pregunta 1, **se da por finalizado el cuestionario**. Si contestas que “Sí” a alguno de estos ítems, **sigue con la pregunta 2 para cada sustancia que contestaste “Sí”**. Para cada sustancia que contestaste que “No”, **debes anotar la respuesta equivalente a 0** (“Nunca. No he consumido en los últimos 3 meses/No, Nunca”).

Pregunta 2. ¿Con qué frecuencia has consumido las sustancias que has mencionado en los últimos tres meses, (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca. No he consumido en los últimos 3 meses	1 - 2 veces en los últimos 3 meses	1 a 3 veces en el último mes	1 a 4 veces por semana	5 a 7 días por semana
a. Tabaco	0	2	3	4	6
b. Bebidas alcohólicas	0	2	3	4	6
c. Cannabis	0	2	3	4	6
d. Tranquilizantes o pastillas para dormir	0	2	3	4	6

- Si respondes "Nunca. No he consumido en los últimos 3 meses " a todos los ítems en la Pregunta 2, **debes anotar la respuesta equivalente a 0 de la pregunta 3 a la pregunta 5, y responder nuevamente desde la Pregunta 6.**
- Si has consumido alguna de las sustancias de la Pregunta 2 en los últimos tres meses, **continúa normalmente con las preguntas 3, 4 y 5 para cada una de las sustancias que has consumido.**

Pregunta 3. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia has tenido deseos fuertes o ansias de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca. No he consumido en los últimos 3 meses	1 - 2 veces en los últimos 3 meses	1 a 3 veces en el último mes	1 a 4 veces por semana	5 a 7 días por semana
a. Tabaco	0	3	4	5	6
b. Bebidas alcohólicas	0	3	4	5	6
c. Cannabis	0	3	4	5	6
d. Tranquilizantes o pastillas para dormir	0	3	4	5	6

Pregunta 4. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia el consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC) te ha llevado a problemas de salud, sociales, legales o económicos?	Nunca. No he consumido en los últimos 3 meses	1 - 2 veces en los últimos 3 meses	1 a 3 veces en el último mes	1 a 4 veces por semana	5 a 7 días por semana
a. Tabaco	0	4	5	6	7
b. Bebidas alcohólicas	0	4	5	6	7
c. Cannabis	0	4	5	6	7
d. Tranquilizantes o pastillas para dormir	0	4	5	6	7

Pregunta 5. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejaste de hacer lo que se esperaba de ti habitualmente por el consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca. No he consumido en los últimos 3 meses	1 - 2 veces en los últimos 3 meses	1 a 3 veces en el último mes	1 a 4 veces por semana	5 a 7 días por semana
a. Tabaco					
b. Bebidas alcohólicas	0	5	6	7	8
c. Cannabis	0	5	6	7	8
d. Tranquilizantes o pastillas para dormir	0	5	6	7	8

Pregunta 6 ¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por tu consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas	0	6	3
c. Cannabis	0	6	3
d. Tranquilizantes o pastillas para dormir	0	6	3

Pregunta 7 ¿Ha intentado alguna vez controlar, reducir o dejar de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC) y no lo has logrado?	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas	0	6	3
c. Cannabis	0	6	3
d. Tranquilizantes o pastillas para dormir	0	6	3

## 10, Cálculo Puntuación ASSIST

### ASSIST

Para calcular el puntaje para cada sustancia sumar las puntuaciones de las preguntas 2 a la 7. No incluir los resultados de la pregunta 1 ni 8. Por ejemplo, la puntuación para cannabis se calcula:

$$P2c+P3c+P4c+P5c+P6c+P7c = \underline{\hspace{2cm}}$$

Observa que la pregunta 5 para tabaco no está codificada, y se calcula como: **P2a + P3a + P4a + P6a + P7a.**

**Bajo:** Usted corre un riesgo inferior de tener problemas de salud y otros problemas por sus hábitos actuales de consumo de sustancias.

**Moderado:** Usted corre un riesgo moderado de tener problemas de salud y otros problemas por sus hábitos actuales de consumo de sustancias.

**Alto:** Usted corre un riesgo alto de tener problemas graves (de salud, sociales, económicos, legales, en sus relaciones) a consecuencia de sus hábitos actuales de consumo y es probable que sea dependiente.

	Puntuación	Sin Intervención (Nivel de riesgo: Bajo)	Intervención breve (Nivel de riesgo: Moderado)	Tratamiento más intensivo (Nivel de riesgo: Alto).
a. Tabaco		0 - 3	4 – 20	21 +
b. Bebidas alcohólicas		0 - 10	11 – 20	21 +
c. Cannabis		0 - 3	4 – 20	21 +
d. Cocaína		0 - 3	4 – 20	21 +
e. Anfetaminas		0 - 3	4 – 20	21 +
f. Inhalantes		0 - 3	4 – 20	21 +
g. Sedantes		0 - 3	4 – 20	21 +
h. Alucinógenos		0 - 3	4 – 20	21 +
i. Opiáceos		0 - 3	4 – 20	21 +
j. Otros - especifique:		0 - 3	4 – 20	21 +

## 11. Currículum Vitae de los Investigadores

### 1) Leonor Villacura Avendaño

#### 1. INFORMACION PERSONAL

NOMBRE: Leonor Andrea Villacura Avendaño

CÉDULA DE IDENTIDAD O RUN: 10.978.831-7

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: Santiago, 12 de octubre de 1974

NACIONALIDAD: chilena

#### TITULOS Y GRADOS ACADÉMICOS:

1. **Certificación de Especialidad en Psicoterapia**, otorgado por la Comisión Nacional de Acreditación de Psicólogos Clínicos del Colegio de Psicólogos de Chile A.G. y por la Sociedad Chilena de Psicología Clínica, apareciendo en los registros con el N° 2416. Santiago, 14 de enero de 2016.
2. **Certificación de KMDD Trainee. Universidad de Konstanz, Alemania**, Junio de 2012.
3. **Certificación Internacional ICC de Coaching con PNL**. Inpact. Agosto-Septiembre de 2010.
4. **Magíster en Psicología Clínica**. Escuela de Postgrado de la Universidad Adolfo Ibáñez, Diciembre de 2004. Tesis "Entrevista Inicial del Modelo Integrativo Supraparadigmático".
5. **Especialista en Psicoterapia Integrativa**. Formación de Postítulo realizada en el Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa (ICPSI). Diciembre de 2003.
6. **Magíster en Gestión de Recursos Humanos**. Escuela de Postgrado de la Universidad Gabriela Mistral, Diciembre de 2001. Becada por Mérito Académico. Tesis "La Desvinculación Asistida: un Desafío para el Área de Recursos Humanos en el Cumplimiento de la Responsabilidad Social de las Organizaciones".
7. **Título de Psicóloga**. Universidad Gabriela Mistral. Diciembre de 2000. Tesis "Adaptación del Modelo de Entrevista de las Tres Funciones de Estilos Comunicacionales Clínicos a la Entrevista Inicial y Diseño de un Programa de Formación del Modelo para Estudiantes de Psicología".

8. **Licenciada en Psicología.** Universidad Gabriela Mistral. Mayo de 1999.
9. **Postítulo en Psicoterapia Psicoanalítica.** Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile. Diciembre 1998.
10. **Postítulo en Psicoterapia Cognitivo-Conductual.** Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile. Diciembre 1998.

CARGO ACTUAL EN LA  
UNIVERSIDAD DE CHILE:

Jefa de la Unidad de Psicología de la  
Dirección de Asuntos Estudiantiles y  
Comunitarios, de la Facultad de Medicina de la  
Universidad de Chile.

DEPARTAMENTO: Dirección Académica

FACULTAD O INSTITUTO: Facultad de Medicina

TIPO DE JORNADA Y NOMBRAMIENTO: Contrata

RANGO ACADÉMICO ACTUAL: Profesor Asistente

DESDE: 5 de abril de 2007

DIRECCIÓN ACADÉMICA: Unidad de Psicología-DAEC  
Facultad de Medicina  
Universidad de Chile  
Av. Independencia 1027, Independencia

FONO: 229786481

E-MAIL: lvillacura@med.uchile.cl

OFICINA O ESTUDIO PRIVADO: Diego de Deza 1438, Las Condes

FONO: 998243552

FAX: No tiene

E-MAIL: leonorvillacura@gmail.com

DIRECCIÓN PARTICULAR: Diego de Deza 1438, Las Condes, Santiago

FONO: 998243552

E-MAIL: leonorvillacura@gmail.com

## 2. ESTUDIOS REALIZADOS

### 2.1. ESTUDIOS SUPERIORES UNIVERSITARIOS FORMALES CONDUCENTES A GRADO, TÍTULO O DIPLOMA.

1. Comisión Nacional de Acreditación de Psicólogos Clínicos del Colegio de Psicólogos de Chile A.G. y por la Sociedad Chilena de Psicología Clínica, **Certificación de Especialidad en Psicoterapia**, apareciendo en los registros con el N° 2416. Santiago, 14 de enero de 2016. Título de tesis: "Entrevista Integrativa del Modelo Supraparadigmático".
2. Universidad de Konstanz, Alemania, **Certificación de Método de Discusión de Dilemas de Konstanz (KMDD) Trainee.**, Junio de 2012. Realización de un Workshop y Portafolio.
3. Academia INPACT, **Certificación Internacional ICC de Coaching con PNL.** Santiago, Agosto-Septiembre de 2010.
4. Escuela de Postgrado de la Universidad Adolfo Ibáñez, **Magíster en Psicología Clínica.** Santiago, Diciembre de 2002-2004. Tesis "Entrevista Inicial del Modelo Integrativo Supraparadigmático".
5. Formación de Postítulo realizada en el Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa (ICPSI), **Especialista en Psicoterapia Integrativa.** Santiago, 2002-2003.
6. Escuela de Postgrado de la Universidad Gabriela Mistral, **Magíster en Gestión de Recursos Humanos.** Santiago, 1999-2001. Tesis "La Desvinculación Asistida: un Desafío para el Área de Recursos Humanos en el Cumplimiento de la Responsabilidad Social de las Organizaciones". Becada por Mérito Académico.
7. Universidad Gabriela Mistral, **Título de Psicóloga.** Santiago, 1993-2000. Tesis "Adaptación del Modelo de Entrevista de las Tres Funciones de Estilos Comunicacionales Clínicos a la Entrevista Inicial y Diseño de un Programa de Formación del Modelo para Estudiantes de Psicología". Becada por puntaje en PAA y por Mérito Académico.
8. Universidad Gabriela Mistral, **Licenciada en Psicología.** Santiago, 1993-1999.

9. Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile, **Postítulo en Psicoterapia Psicoanalítica**. Santiago, 1998.
10. Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile, **Postítulo en Psicoterapia Cognitivo-Conductual**. Santiago, 1998.

## 2.2. ACTIVIDADES DE PERFECCIONAMIENTO.

1. Participación del **Primer Curso “Formación en Tamizaje e Intervenciones Breves para el Consumo Riesgoso de Sustancias en Estudiantes Universitarios”**. Vicerrectoría de Asuntos Estudiantiles y Comunitarios de la Universidad de Chile, 5 de noviembre de 2015.
2. Participación del **Taller “¿Qué entendemos por Equidad, Diversidad e Inclusión en la Educación Superior?”**. Departamento de Pregrado de la Vicerrectoría de Asuntos Académicos de la Universidad de Chile, julio 2015.
3. Participación en la **Reunión Mensual del Grupo de Trastornos del Desarrollo de SOPNIA “Psicosis en TGD ”**. Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia en Liga Chilena contra la Epilepsia, 28 de junio de 2014.
4. Participación en la **I Jornada de Fenomenología y Psiquiatría: “Perspectivas interdisciplinarias de investigación”**. Centro de Fenomenología de la Universidad Diego Portales, 22 de Marzo de 2014.
5. Participación en la Conferencia del Dr. Rainer Holm-Hadulla **“Genio y Melancolía. A Jim Morrison en su Septuagésimo Cumpleaños”**. Heidelberg Center para América Latina: Universität Heidelberg, 11 de diciembre de 2013.
6. Participación en la **Reunión Mensual del Grupo de Trastornos del Desarrollo de SOPNIA “Pecs Terapia de comunicación aumentativa” e “Intervención temprana de Fonoaudiología en niños con TGD”**. Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia en Liga Chilena contra la Epilepsia, 28 de septiembre de 2013.
7. Participación del **Taller de Perfeccionamiento para Docentes de Formación General “Retroalimentación Efectiva”**. Departamento de Educación en Ciencias de la Salud, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, septiembre 2013.
8. Participación del **Taller de Perfeccionamiento para Docentes de Formación General “Portafolio como Herramienta Didáctica”**. Departamento de Educación en Ciencias de la Salud, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, agosto 2013.
9. Participación del **Taller de Perfeccionamiento para Docentes de Formación General “Pautas, Estándares y Rúbricas”**. Departamento de Educación en

Ciencias de la Salud de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, octubre 2012.

10. Participación en el **Taller de Capacitación del Método Konstanz** de Discusión de Dilemas, dictado por el **Dr. Prof Georg Lind de la Universidad de Konstanz**, para obtener el certificado de KMDD-Trainee. Departamento de Bioética y Humanidades Médicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, el Departamento de Educación en Ciencias de la Salud de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, y la Escuela de Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, marzo 2012.
11. Curso para la Certificación Internacional ICC de **Coaching con PNL.**, International Coaching Community. INPACT, agosto-septiembre 2010.
12. Participación en Jornada "**Modalidades de Evaluación para Estudiantes Adultos**". Universidad UNIACC, agosto de 2010.
13. Formación de **Postítulo en Psicoterapia Integrativa.** Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa, 2002-2003.
14. Realización de **curso de Inglés, Nivel Intermedio.** Instituto Chileno Norteamericano, Santiago, 2000.
15. **Postítulo en Psicoterapia Cognitivo-Conductual.** Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile. Diciembre 1998.
16. **Postítulo en Psicoterapia Psicoanalítica.** Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile. 1998
17. Participación en el seminario electivo de **Psicoterapia Sistémica de Pareja y Familia.** Impartido por la Escuela de Psicología de la Universidad Gabriela Mistral, julio 1997-diciembre 1997.
18. Participación en el seminario electivo de **Psicoterapia Sistémica.** Impartido por la Escuela de Psicología de la Universidad Gabriela Mistral, marzo 1997-julio 1997.
19. Participación en el seminario electivo de **Interpretación Jungueana del Sueño.** Impartido por la Escuela de Psicología de la Universidad Gabriela Mistral, julio 1996-diciembre 1996.
20. Participación en el seminario electivo de **Psicología Analítica de Carl Gustav Jung.** Impartido por la Escuela de Psicología de la Universidad Gabriela Mistral, marzo 1996-julio 1996.

21. Participación en el seminario electivo de **Introducción a la Teoría de Mellanie Klein**. Impartido por la Escuela de Psicología de la Universidad Gabriela Mistral, julio 1995-diciembre 1995.
22. Participación en el curso taller **Hipnosis Clínica Ericksoniana**. Impartido por el Instituto Chileno de Programación Neurolingüística, noviembre 1995.
23. Participación en el seminario electivo de **Introducción a la Teoría Psicoanalítica**. Impartido por la Escuela de Psicología de la Universidad Gabriela Mistral, marzo 1995-julio 1995.
24. Obtención de **diploma en lengua alemana Sprachdiplom II**. Colegio Alemán Sankt Thomas Morus. Santiago de Chile, 1992.
25. Obtención de **diploma en lengua alemana Sprachdiplom I**. Colegio Alemán Sankt Thomas Morus. Santiago de Chile, 1991.
26. Obtención de **diploma en lengua alemana Vordiplom**. Colegio Alemán Sankt Thomas Morus. Santiago de Chile, 1989.

### 3. DISTINCIONES OBTENIDAS

#### 3.1. BECAS:

1. Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa, Postítulo y Magíster asociado a la Universidad Adolfo Ibáñez. Obtención beca por mérito académico, 2002-2003.
2. Escuela de Postgrado de la Universidad Gabriela Mistral, Magíster en Gestión de RRHH. Obtención beca por mérito académico., 1998-2000.
3. Universidad Gabriela Mistral, Pregrado carrera de Psicología. Obtención beca por mérito académico, 1993-1998.
4. Universidad Gabriela Mistral, Pregrado carrera de Psicología. Obtención beca de excelencia por puntaje obtenido en Prueba de Aptitud Académica al ingresar a la carrera de psicología, 1993.

#### 3.2. PREMIOS Y OTRAS DISTINCIONES:

1. El 28 de junio de 2017, en el VIII Congreso Internacional en Ciencias de la Salud-ASOFAMECH, realizado en la ciudad de Coquimbo, la Prof. Ilse López Bravo recibe, en representación del equipo de investigación liderado por Leonor Villacura, el **Primer Premio por el estudio** “Características de los estudiantes que consultan la Unidad de Psicología-DAEC de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile”, de manos de la Sociedad Chilena de Educación en Ciencias de la Salud.
2. El 5 de mayo de 2017, en la XVII Jornada de Educación en Ciencias de la Salud, realizado en Santiago, Leonor Villacura recibe el **Primer Premio en Investigación en Innovación en Educación**, otorgado por la Sociedad Chilena de Educación en Ciencias de la Salud, por el estudio “Prevalencia del Malestar Psicológico los Estudiantes No Consultantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile”.
3. En mayo del año 2015, en el Vol: 3 Issues: 1-2 Pages 21–25 de la prestigiosa revista internacional Mental Health & Prevention, la investigadora principal es **invitada a publicar en un número especial sobre salud mental en estudiantes universitarios**, junto a otros investigadores de distintos continentes. El artículo presentado junto a su equipo fue “Mental disorders of students at the University of Chile”.

4. El 15 de septiembre de 2014, en el XVI Congreso Mundial de Psiquiatría realizado en Madrid, España, Leonor Villacura, **la investigadora principal del proyecto, es invitada a realizar una conferencia** “Prevalence of Typus Melancholicus and Depression in Students of Medicina of the University of Chile”, en el Simposio Regular “Mental Health of Students; Prevalence of Complaints and Disorders, Methods and Outcome of Counseling and Short-term Psychotherapy”.
5. La investigadora principal fue contactada y visitada en diciembre de 2013 por el Dr. Rainer M. Holm-Hadulla, director del Servicio de Consejería para Estudiantes de la Universidad de Heidelberg para **invitarla a participar en el equipo de investigación que lidera y que integran expertos en salud mental y psicopatología en estudiantes universitarios** de diferentes universidades de Europa, Asia y Norteamérica. El 13 de diciembre de ese mismo año, el Dr. Holm-Hadulla y Leonor Villacura hicieron conjuntamente una conferencia sobre Salud Mental de los Estudiantes Universitarios, en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. La investigadora principal expuso sobre las características de la población estudiantil consultante de la Unidad de Psicología.
6. **Premio por el trabajo presentado: “El Autoconocimiento como Elemento Formativo del Estudiante: Uso de una Metodología de Autoevaluación en el Curso de Comunicación”. Trabajo realizado en colaboración con las psicólogas Anneliese Dörr y María Luz Bascuñán. Presentado en las IV Jornadas de Educación en Ciencias de la Salud, Decanato de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, mayo 2003. Presentación a cargo de Ps. María Luz Bascuñán.**

#### 4. CRONOLOGÍA LABORAL:

- Marzo 2010 hasta la fecha**      **Directora de la Unidad de Psicología de la Dirección de Asuntos Estudiantiles y Comunitarios de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.** El año 2010 e hice cargo de armar la Unidad y desde entonces, la coordino y dirijo. Esto implica velar por una atención de calidad a todos los estudiantes de pre y postgrado de la Facultad, que soliciten atención; supervisar en terreno y tutorear a los psicólogos de pre y postgrado en formación y pasantes que trabajan asistiendo a los consultantes; coordinar el trabajo administrativo y de gestión; generar los documentos clínicos y docentes que permitan el óptimo funcionamiento de la Unidad; dirigir las reuniones clínicas semanales; dirigir los proyectos de investigación que se desarrollan en nuestra Unidad; ser encargada de todos los cursos de formación general que imparte la Unidad; asistir representando a la Unidad a todas las reuniones que sean requeridas, dentro y fuera de la Facultad; coordinar las atenciones de urgencia e internaciones; comunicarme con las autoridades y familias de los estudiantes en situación de crisis, urgencia o internación; certificar ausencias e informes de interconsulta y derivación, etc.
- Mayo 2013 hasta la fecha**      **Dueña de la Consultora Leonor Villacura E.I.R.L.** Ofrece asesoría técnica en psicología clínica, organizacional, educacional; cursos, talleres, coaching, etc.
- Julio-Agosto 2010**      **Académica Universidad UNIACC, Taller de Relaciones Humanas y Comunicación, Enseñanza de mi Modelo de Psicodiagnóstico Inicial Carrera de Psicología.**
- Marzo de 2007 a Diciembre 2011**      **Correctora de Tesis conducentes a Grado de Magíster en Educación en Ciencias de la Salud. Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.**
- Marzo de 2007 a Marzo 2011**      Participa en la **Selección de Becados de Psiquiatría de la Universidad de Chile** a través de la Aplicación, Corrección e Interpretación del **Test de Rorschach.**
- Julio 2004 a la fecha**      Realiza labores de entrenamiento en **Modelo Psicodiagnóstico Inicial y en Interpretación del Test**

	<b>de Rorschach</b> a diversas empresas de selección de personal y psicólogos clínicos.
<b>Marzo a Octubre 2003</b>	Realiza <b>labores académicas</b> como reemplazante de Psicóloga Anneliese Dörr durante su pre y post-natal en el <b>Departamento de Salud Mental de la Sede Oriente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile</b>
<b>Marzo 2002 a Diciembre 2002</b>	<b>Docente</b> de la cátedra de <b>Psicología</b> de la <b>Universidad del Adulto Mayor de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.</b>
<b>Marzo 2002 a Diciembre 2002</b>	Realiza <b>labores académicas</b> como profesora de Psicopatología en el <b>Instituto Carlos Casanueva</b>
<b>Marzo 2002 a Julio de 2002</b>	<b>Docente</b> de la cátedra de <b>Psicopatología de 3º Año de la Carrera Orientación en Relaciones Humanas y Familia. Instituto Profesional Carlos Casanueva.</b>
<b>Marzo 2001 a Enero 2002</b>	Realiza <b>labores académicas</b> como reemplazante de la Psicóloga María Luz Bascuñán durante su pre y post-natal en el <b>Departamento de Salud Mental de la Sede Oriente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.</b>
<b>Marzo a Julio de 2001</b>	<b>Profesor Ayudante</b> de la cátedra de <b>Pruebas Psicológicas de 3º Año de Psicología. Escuela de Psicología de la Universidad UNIACC.</b>
<b>Marzo 2001 a Julio 2001</b>	<b>Profesor Ayudante</b> de la cátedra de <b>Pruebas Psicológicas I y II de 4º Año de Psicología. Escuela de Psicología de la Universidad UNIACC.</b>
<b>Marzo 2001 a Julio 2001</b>	<b>Profesor Ayudante</b> de la cátedra de <b>Psicodiagnóstico de 5º Año de Psicología. Escuela de Psicología de la Universidad UNIACC.</b>
<b>Enero 2001 hasta la fecha</b>	<b>Consulta Particular.</b> Trabaja como psicóloga clínica realizando psicodiagnóstico, psicoterapia, counseling y coaching.
<b>Junio a Octubre de 2000</b>	Realiza <b>labores académicas</b> como reemplazante de la Psicóloga Anneliese Dörr durante su pre y post-natal en el <b>Departamento de Salud Mental de la Sede Oriente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.</b>

- Junio 2000** Creadora y Realizadora de un **Taller de Mejoramiento de Clima Organizacional** para los **Estudiantes de Tecnología Médica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.**
- Marzo 2000 hasta la fecha** **Coach** de altos ejecutivos, Gerentes, Gerentes Generales y Empresarios. Además de ofrecer **asesoría integral en Comunicación y Trabajo en Equipo.** También realiza servicios de Outplacement o Desvinculación Programada para Ejecutivos en búsqueda de traslado o cambio de trabajo.
- Marzo 1999 a Diciembre 1999** **Realiza una Pasantía en Psicología Clínica Infanto-Juvenil en el Consultorio Tierra Nueva** de la comuna de La Granja, bajo la supervisión de la Ps. Cecilia Araya. Realiza labores de **Psicodiagnóstico, Psicoterapia y Manejo para Padres y Cuidadores.**
- Enero de 1999 a Marzo de 2001:** Trabaja como **asistente de investigación en Epilepsia Criptogénica** para el Laboratorio **Novartis.**
- Marzo 1998 hasta la fecha** **Académica e Investigadora de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile,** en diversas asignaturas de Psicología, Salud Mental, Psicopatología, Psiquiatría, Psicodiagnóstico, Comunicación, Calidad de Vida y Desarrollo Personal en las carreras que imparte dicha Facultad. Actualmente, a cargo de las líneas investigativas de la **Unidad de Psicología** de esta misma Facultad.
- Marzo 1998 a Diciembre 1998** **Realiza su Práctica Profesional como Psicóloga Clínica de Adultos en la Clínica Psiquiatría de la Universidad de Chile.** Realiza labores de **Psicodiagnóstico, Psicoterapia Individual y Grupal, Docencia, Investigación y Publicaciones sobre Anorexia en Varones, Presentación de Casos Clínicos en Reuniones Clínicas,** Presentación de diversas **Exposiciones sobre Enfoques Teóricos de Psicología Clínica** y realiza **Psiquiatría de Enlace** en el **Hospital José Joaquín Aguirre,** donde además forma parte de la **Unidad del Dolor.**
- Marzo 1996 a Diciembre 1998** **Coinvestigadora en el Proyecto FONDECYT N° 1960119 “Enseñanza de Entrevista en Escuelas de**

**Medicina**". Realiza labores de **Evaluación, Construcción de un Vídeo Educativo** sobre el Modelo de Entrevista de las Tres Funciones de Bird y Cohen Cole, en el que aparece realizando la entrevista a una paciente. Y es **autora junto a Ps. Rubén Celis Schneider de un Manual sobre Entrevista Médica**, autoeditado con fondos del mismo Proyecto Fondecyt.

**Marzo de 1994 a Diciembre de 1997** **Ayudante de Sociología** de Primer Año de la Carrera de Psicología de la **Universidad Gabriela Mistral**.

**Marzo de 1994 a Marzo de 1997** Trabaja haciendo **clases particulares** de reforzamiento en **matemáticas** y **estadísticas** a alumnos de Iº Año de Psicología.

## 5. ACTIVIDADES ACADÉMICAS

### 5.1. DOCENCIA

#### 5.1.1.DOCENCIA LECTIVA

##### **Anual 2017**

**Supervisión Clínica en Terreno de Psicólogos en Práctica.** Formación de especialidad clínica obligatoria para estudiantes de último año de Psicología de la Universidad de Chile, Universidad de Talca, Universidad Diego Portales, Universidad Andrés Bello, Universidad Gabriela Mistral, etc. 12 practicantes aproximadamente. 180 horas directas. 36 horas indirectas. Profesora Responsable única. Participa en la coordinación, preparación y actividades lectivas, reuniones clínicas, supervisiones y docencia práctica.

##### **Anual 2017**

**Supervisión Clínica en Terreno de Psicólogos de Postgrado.** Formación práctica de especialidad clínica conducente a grado de Magíster. Obligatoria para estudiantes de 1er año de Magíster, pasantía electiva anual para los estudiantes de 2do año de Magíster de la Universidad Adolfo Ibáñez, etc. 9 candidatos a Magíster. 135 horas directas. 27 horas indirectas. Profesora Responsable única. Participa en la coordinación, preparación y actividades lectivas, reuniones clínicas, supervisiones y docencia práctica.

##### **Anual 2017**

**Supervisión Clínica en Terreno de Psicólogos Pasantes.** Formación práctica de especialidad clínica para psicólogos titulados, realizando formación de Postítulo. Pasantía electiva anual para los psicólogos en formación de Postítulo. 3 pasantes. 45 horas directas. 9 horas indirectas. Profesora Responsable única. Participa en la coordinación, preparación y actividades lectivas, reuniones clínicas, supervisiones y docencia práctica.

**Segundo Semestre 2017**

Curso de Formación General **Autoconocimiento y Desarrollo Personal**. Curso abierto a todas las escuelas y niveles de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. 25 alumnos aproximadamente. 30 horas directas. 20 horas indirectas. Profesora Encargada y Responsable del curso. Participa en la coordinación, preparación y actividades de docencia práctica.

**Segundo Semestre 2017**

Curso de Formación General **Comunicación en Salud**. Curso abierto a todas las escuelas y niveles de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. 25 alumnos aproximadamente. 30 horas directas. 20 horas indirectas. Profesora Encargada y Responsable del curso. Participa en la coordinación, preparación y actividades de docencia práctica.

**Segundo Semestre 2017**

Curso de Formación General **Cine y Desarrollo Personal**. Curso abierto a todas las escuelas y niveles de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. 25 alumnos aproximadamente. 30 horas directas. 20 horas indirectas. Profesora Encargada y Responsable del curso. Participa en la coordinación, preparación y actividades de docencia práctica.

**Segundo Semestre 2017**

Curso de Formación General **Teatro y Desarrollo Personal**. Curso abierto a todas las escuelas y niveles de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. 25 alumnos aproximadamente. 30 horas directas. 20 horas indirectas. Coordinadora del curso. Participa en la coordinación de docencia práctica.

**Primer Semestre 2017**

Curso de Formación General **Autoconocimiento y Desarrollo Personal 1**. Curso abierto a todas las escuelas y niveles de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. 25 alumnos aproximadamente. 30 horas directas. 20 horas indirectas. Profesora Encargada y Responsable del curso. Participa en la coordinación, preparación y actividades de docencia práctica.

<b>Primer Semestre 2017</b>	Curso de Formación General <b>Autoconocimiento y Desarrollo Personal 2</b> . Curso abierto a todas las escuelas y niveles de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. 25 alumnos aproximadamente. 30 horas directas. 20 horas indirectas. Profesora Encargada y Responsable del curso. Participa en la coordinación, preparación y actividades de docencia práctica.
<b>Primer Semestre 2017</b>	Curso de Formación General <b>Comunicación en Salud</b> . Curso abierto a todas las escuelas y niveles de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. 25 alumnos aproximadamente. 30 horas directas. 20 horas indirectas. Profesora Encargada y Responsable del curso. Participa en la coordinación, preparación y actividades de docencia práctica.
<b>Primer Semestre 2017</b>	Curso de Formación General <b>Cine y Desarrollo Personal</b> . Curso abierto a todas las escuelas y niveles de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. 25 alumnos aproximadamente. 30 horas directas. 20 horas indirectas. Profesora Encargada y Responsable del curso. Participa en la coordinación, preparación y actividades de docencia práctica.
<b>Primer Semestre 2017</b>	Curso de Formación General <b>Vivir en Libertad</b> . Curso abierto a todas las escuelas y niveles de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. 25 alumnos aproximadamente. 30 horas directas. 20 horas indirectas. Coordinadora del curso. Participa en la coordinación de docencia práctica.
<b>Anual 2016</b>	<b>Supervisión Clínica en Terreno de Psicólogos en Práctica</b> . Formación de especialidad clínica obligatoria para estudiantes de último año de Psicología de la Universidad de Chile, Universidad de Talca, Universidad Diego Portales, Universidad Andrés Bello, Universidad Gabriela Mistral, etc. 6 practicantes aproximadamente. 90 horas directas. 18 horas indirectas. Profesora Responsable única. Participa en la coordinación, preparación y actividades lectivas, reuniones clínicas, supervisiones y docencia práctica.
<b>Anual 2016</b>	<b>Supervisión Clínica en Terreno de Psicólogos de Postgrado</b> . Formación práctica de especialidad clínica conducente a grado de Magíster. Obligatoria para

estudiantes de 1er año de Magíster, pasantía electiva anual para los estudiantes de 2do año de Magíster de la Universidad Adolfo Ibáñez, etc. 9 candidatos a Magíster. 135 horas directas. 27 horas indirectas. Profesora Responsable única. Participa en la coordinación, preparación y actividades lectivas, reuniones clínicas, supervisiones y docencia práctica.

#### **Anual 2016**

**Supervisión Clínica en Terreno de Psicólogos Pasantes.** Formación práctica de especialidad clínica para psicólogos titulados, realizando formación de Postítulo. Pasantía electiva anual para los psicólogos en formación de Postítulo. 3 pasantes. 45 horas directas. 9 horas indirectas. Profesora Responsable única. Participa en la coordinación, preparación y actividades lectivas, reuniones clínicas, supervisiones y docencia práctica.

#### **Segundo Semestre 2016**

Curso de Formación General **Autoconocimiento y Desarrollo Personal.** Curso abierto a todas las escuelas y niveles de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. 25 alumnos aproximadamente. 30 horas directas. 20 horas indirectas. Profesora Encargada y Responsable del curso. Participa en la coordinación, preparación y actividades de docencia práctica.

#### **Segundo Semestre 2016**

Curso de Formación General **Cine y Desarrollo Personal.** Curso abierto a todas las escuelas y niveles de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. 25 alumnos aproximadamente. 30 horas directas. 20 horas indirectas. Profesora Encargada y Responsable del curso. Participa en la coordinación, preparación y actividades de docencia práctica.

**Primer Semestre 2016**

Curso de Formación General **Autoconocimiento y Desarrollo Personal**. Curso abierto a todas las escuelas y niveles de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. 25 alumnos aproximadamente. 30 horas directas. 20 horas indirectas. Profesora Encargada y Responsable del curso. Participa en la coordinación, preparación y actividades de docencia práctica.

**Primer Semestre 2016**

Curso de Formación General **Cine y Desarrollo Personal**. Curso abierto a todas las escuelas y niveles de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. 25 alumnos aproximadamente. 30 horas directas. 20 horas indirectas. Profesora Encargada y Responsable del curso. Participa en la coordinación, preparación y actividades de docencia práctica.

**Anual 2015**

**Supervisión Clínica en Terreno de Psicólogos en Práctica**. Formación de especialidad clínica obligatoria para estudiantes de último año de Psicología de la Universidad de Chile, Universidad de Talca, Universidad Diego Portales, Universidad Andrés Bello, Universidad Gabriela Mistral, etc. 6 practicantes aproximadamente. 90 horas directas. 18 horas indirectas. Profesora Responsable única. Participa en la coordinación, preparación y actividades lectivas, reuniones clínicas, supervisiones y docencia práctica.

**Anual 2015**

**Supervisión Clínica en Terreno de Psicólogos Pasantes**. Formación práctica de especialidad clínica para psicólogos titulados, realizando formación de Postítulo. Pasantía electiva anual para los psicólogos en formación de Postítulo. 5 pasantes. 75 horas directas. 15 horas indirectas. Profesora Responsable única. Participa en la coordinación, preparación y actividades lectivas, reuniones clínicas, supervisiones y docencia práctica.

**Primer Semestre 2015**

Curso de Formación General **Cine y Desarrollo Personal**. Curso abierto a todas las escuelas y niveles de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. 25 alumnos aproximadamente. 30 horas directas. 20 horas indirectas. Profesora Encargada y Responsable del curso. Participa en la coordinación, preparación y actividades de docencia práctica.

**Anual 2014**

**Supervisión Clínica en Terreno de Psicólogos en Práctica**. Formación de especialidad clínica obligatoria para estudiantes de último año de Psicología de la Universidad de Chile, Universidad de Talca, Universidad Diego Portales, Universidad Andrés Bello, Universidad Gabriela Mistral, etc. 6 practicantes aproximadamente. 180 horas directas. 36 horas indirectas. Profesora Responsable única. Participa en la coordinación, preparación y actividades lectivas, reuniones clínicas, supervisiones y docencia práctica.

**Anual 2014**

**Supervisión Clínica en Terreno de Psicólogos Pasantes**. Formación práctica de especialidad clínica para psicólogos titulados, realizando formación de Postítulo. Pasantía electiva anual para los psicólogos en formación de Postítulo. 5 pasantes. 150 horas directas. 30 horas indirectas. Profesora Responsable única. Participa en la coordinación, preparación y actividades lectivas, reuniones clínicas, supervisiones y docencia práctica.

**Segundo Semestre 2014**

Curso de Formación General **Cine y Desarrollo Personal**. Curso abierto a todas las escuelas y niveles de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. 25 alumnos aproximadamente. 30 horas directas. 20 horas indirectas. Profesora Encargada y Responsable del curso. Participa en la coordinación, preparación y actividades de docencia práctica.

**Anual 2013**

**Supervisión Clínica en Terreno de Psicólogos en Práctica.** Formación de especialidad clínica obligatoria para estudiantes de último año de Psicología de la Universidad de Chile, Universidad de Talca, Universidad Diego Portales, Universidad Andrés Bello, Universidad Gabriela Mistral, etc. 6 practicantes aproximadamente. 180 horas directas. 36 horas indirectas. Profesora Responsable única. Participa en la coordinación, preparación y actividades lectivas, reuniones clínicas, supervisiones y docencia práctica.

**Anual 2013**

**Supervisión Clínica en Terreno de Psicóloga de Postgrado.** Formación práctica de especialidad clínica conducente a grado de Magíster. Obligatoria para la estudiante, pasantía obligatoria anual para la estudiante de Magíster de la Universidad de Klagenfurt, Austria. 1 candidatos a Magíster. 30 horas directas. 6 horas indirectas. Profesora Responsable única. Participa en la coordinación, preparación y actividades lectivas, reuniones clínicas, supervisiones y docencia práctica.

**Anual 2013**

**Supervisión Clínica en Terreno de Psicólogos Pasantes.** Formación práctica de especialidad clínica para psicólogos titulados, realizando formación de Postítulo. Pasantía electiva anual para los psicólogos en formación de Postítulo. 5 pasantes. 150 horas directas. 30 horas indirectas. Profesora Responsable única. Participa en la coordinación, preparación y actividades lectivas, reuniones clínicas, supervisiones y docencia práctica.

**Anual 2013**

**Introducción a la Clínica.** Curso obligatorio de 2do año de Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. 200 alumnos aproximadamente. 162 horas directas. 144 horas indirectas. Profesora Responsable de la Coordinadora de la Unidad de Comunicación (Primer Semestre y 16 docentes distribuidos en todos los campus) del curso. Participa en la coordinación, preparación y actividades lectivas y docencia práctica.

**Segundo Semestre 2013**

Curso de Formación General **Enfrentamiento al Estrés y Resolución de Conflictos**. Curso abierto a todas las escuelas y niveles de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. 25 alumnos aproximadamente. 30 horas directas. 20 horas indirectas. Profesora Encargada y Responsable del curso. Participa en la coordinación, preparación y actividades de docencia práctica.

**Segundo Semestre 2013**

Curso de Formación General **Cine y Desarrollo Personal**. Curso abierto a todas las escuelas y niveles de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. 25 alumnos aproximadamente. 30 horas directas. 20 horas indirectas. Profesora Encargada y Responsable del curso. Participa en la coordinación, preparación y actividades de docencia práctica.

**Primer Semestre 2013**

Curso de Formación General **Empatía y Comunicación**. Curso abierto a todas las escuelas y niveles de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. 25 alumnos aproximadamente. 30 horas directas. 20 horas indirectas. Profesora Encargada y Responsable del curso. Participa en la coordinación, preparación y actividades de docencia práctica.

**Primer Semestre 2013**

Curso de Formación General **Asertividad**. Curso abierto a todas las escuelas y niveles de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. 25 alumnos aproximadamente. 30 horas directas. 20 horas indirectas. Profesora Encargada y Responsable del curso. Participa en la coordinación, preparación y actividades de docencia práctica.

**Primer Semestre 2013**

Curso de Formación General **Manejo de Estrés y Habilidades Sociales**. Curso abierto a todas las escuelas y niveles de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. 25 alumnos aproximadamente. 30 horas directas. 20 horas indirectas. Coordinadora del curso. Participa en la coordinación de docencia práctica.

**Anual 2012**

**Supervisión Clínica en Terreno de Psicólogos en Práctica.** Formación de especialidad clínica obligatoria para estudiantes de último año de Psicología de la Universidad de Chile, Universidad de Talca, Universidad Diego Portales, Universidad Andrés Bello, Universidad Gabriela Mistral, etc. 6 practicantes aproximadamente. 180 horas directas. 36 horas indirectas. Profesora Responsable única. Participa en la coordinación, preparación y actividades lectivas, reuniones clínicas, supervisiones y docencia práctica.

**Anual 2012**

**Supervisión Clínica en Terreno de Psicólogos Pasantes.** Formación práctica de especialidad clínica para psicólogos titulados, realizando formación de Postítulo. Pasantía electiva anual para los psicólogos en formación de Postítulo. 5 pasantes. 150 horas directas. 30 horas indirectas. Profesora Responsable única. Participa en la coordinación, preparación y actividades lectivas, reuniones clínicas, supervisiones y docencia práctica.

**Anual 2012**

**Introducción a la Clínica.** Curso obligatorio de 2do año de Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. 200 alumnos aproximadamente. 162 horas directas. 144 horas indirectas. Profesora Responsable de la Coordinadora de la Unidad de Comunicación (Primer Semestre y 16 docentes distribuidos en todos los campus) del curso. Participa en la coordinación, preparación y actividades lectivas y docencia práctica.

**Segundo Semestre 2012**

Curso de Formación General **Manejo del Estrés en Profesionales de la Salud.** Curso abierto a todas las escuelas y niveles de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. 25 alumnos aproximadamente. 30 horas directas. 20 horas indirectas. Profesora Encargada y Responsable del curso. Participa en la coordinación, preparación y actividades de docencia práctica.

**Segundo Semestre 2012**

Curso de Formación General **Asertividad**. Curso abierto a todas las escuelas y niveles de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. 25 alumnos aproximadamente. 30 horas directas. 20 horas indirectas. Profesora Encargada y Responsable del curso. Participa en la coordinación, preparación y actividades de docencia práctica.

**Segundo Semestre 2012**

Curso de Formación General **Manejo de Estrés y Habilidades Sociales**. Curso abierto a todas las escuelas y niveles de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. 25 alumnos aproximadamente. 30 horas directas. 20 horas indirectas. Coordinadora del curso. Participa en la coordinación de docencia práctica.

**Primer Semestre 2012**

Curso de Formación General **Manejo de Estrés y Habilidades Sociales**. Curso abierto a todas las escuelas y niveles de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. 25 alumnos aproximadamente. 30 horas directas. 20 horas indirectas. Coordinadora del curso. Participa en la coordinación de docencia práctica.

**Anual 2011**

**Supervisión Clínica en Terreno de Psicólogos en Práctica**. Formación de especialidad clínica obligatoria para estudiantes de último año de Psicología de la Universidad de Chile, Universidad de Talca, Universidad Diego Portales, Universidad Andrés Bello, Universidad Gabriela Mistral, etc. 6 practicantes aproximadamente. 180 horas directas. 36 horas indirectas. Profesora Responsable única. Participa en la coordinación, preparación y actividades lectivas, reuniones clínicas, supervisiones y docencia práctica.

<b>Anual 2011</b>	<b>Supervisión Clínica en Terreno de Psicólogos Pasantes.</b> Formación práctica de especialidad clínica para psicólogos titulados, realizando formación de Postítulo. Pasantía electiva anual para los psicólogos en formación de Postítulo. 5 pasantes. 150 horas directas. 30 horas indirectas. Profesora Responsable única. Participa en la coordinación, preparación y actividades lectivas, reuniones clínicas, supervisiones y docencia práctica.
<b>Anual 2011</b>	<b>Introducción a la Clínica.</b> Curso obligatorio de 2do año de Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. 200 alumnos aproximadamente. 162 horas directas. 144 horas indirectas. Profesora Responsable de la Coordinadora de la Unidad de Comunicación (Primer Semestre y 16 docentes distribuidos en todos los campus) del curso. Participa en la coordinación, preparación y actividades lectivas y docencia práctica.
<b>Segundo Semestre 2011</b>	Curso de Formación General <b>Manejo de Estrés y Habilidades Sociales.</b> Curso abierto a todas las escuelas y niveles de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. 25 alumnos aproximadamente. 30 horas directas. 20 horas indirectas. Coordinadora del curso. Participa en la coordinación de docencia práctica.
<b>Primer Semestre 2011</b>	Curso de Formación General <b>Asertividad.</b> Curso abierto a todas las escuelas y niveles de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. 25 alumnos aproximadamente. 30 horas directas. 20 horas indirectas. Profesora Encargada y Responsable del curso. Participa en la coordinación, preparación y actividades de docencia práctica.
<b>Primer Semestre 2011</b>	Curso de Formación General <b>Manejo de Estrés y Habilidades Sociales.</b> Curso abierto a todas las escuelas y niveles de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. 25 alumnos aproximadamente. 30 horas directas. 20 horas indirectas. Coordinadora del curso. Participa en la coordinación de docencia práctica.
<b>Anual 2010</b>	<b>Supervisión Clínica en Terreno de Psicólogos en Práctica.</b> Formación de especialidad clínica obligatoria

para estudiantes de último año de Psicología de la Universidad de Chile, Universidad de Talca, Universidad Diego Portales, Universidad Andrés Bello, Universidad Gabriela Mistral, etc. 6 practicantes aproximadamente. 180 horas directas. 36 horas indirectas. Profesora Responsable única. Participa en la coordinación, preparación y actividades lectivas, reuniones clínicas, supervisiones y docencia práctica.

#### **Anual 2010**

**Supervisión Clínica en Terreno de Psicólogos Pasantes.** Formación práctica de especialidad clínica para psicólogos titulados, realizando formación de Postítulo. Pasantía electiva anual para los psicólogos en formación de Postítulo. 5 pasantes. 150 horas directas. 30 horas indirectas. Profesora Responsable única. Participa en la coordinación, preparación y actividades lectivas, reuniones clínicas, supervisiones y docencia práctica.

#### **Anual 2010, 2009, 2008, 2007**

**Introducción a la Clínica.** Curso obligatorio de 2do año de Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. 200 alumnos aproximadamente. 162 horas directas. 144 horas indirectas. Profesora Responsable de la Coordinadora de la Unidad de Comunicación (Primer Semestre y 16 docentes distribuidos en todos los campus) del curso. Participa en la coordinación, preparación y actividades lectivas y docencia práctica.

#### **Segundo Semestre 2010**

**Taller Relaciones Humanas y Comunicación.** Curso obligatorio de 4to año de Psicología de la Universidad de Artes, Ciencias y Comunicación (UNIACC). 35 alumnos aproximadamente. 20 horas directas. 40 horas indirectas. Profesora Responsable del curso. Participa en la coordinación, preparación y actividades lectivas y docencia práctica.

**Anual 2009, 2008, 2007**

**Supervisión Clínica en Terreno de Psicólogos en Práctica.** Formación de especialidad clínica obligatoria para estudiantes de último año de Psicología de la Universidad de Chile. 6 practicantes aproximadamente. 180 horas directas. 36 horas indirectas. Profesora Responsable única. Participa en la coordinación, preparación y actividades lectivas, reuniones clínicas, supervisiones y docencia práctica.

**Anual 2009**

**Docente** del curso sobre **Psicología del Desarrollo** dirigido a los **becados de 2º Año de Psiquiatría. Sede Oriente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.**

**Anual 2007-2011**

**Aplicación, Corrección e Interpretación del Test de Rorschach.** Curso obligatorio para los practicantes de Psicología de la Universidad de Chile que venían a hacer su práctica clínica en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. 8 alumnos aproximadamente. 108 horas directas. 216 horas indirectas. Participé en la creación del curso. Fui Académica, y Profesora Responsable Única del curso. Participaba en la coordinación, preparación y actividades lectivas y docencia práctica.

**Anual 2007**

**Taller Internado en Atención Primaria y Salud Familiar.** Curso obligatorio para los internos de 6to año de Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. 20 alumnos aproximadamente. 15 horas directas. 30 horas indirectas. Fui Académica del curso. Participaba en la preparación y docencia práctica.

**Anual 2006-2010**

**Manejo de Situaciones Difíciles de Bioética.** Curso obligatorio de internos de Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. 30 alumnos aproximadamente. 15 horas directas. 30 horas indirectas. Participo en la creación del curso. Fui Académica del curso. Participa en la coordinación, preparación y actividades lectivas y docencia práctica.

- Septiembre a Octubre de 2006** Docente de la cátedra de **Relación con el Paciente** de la carrera de **Técnicos de Electroencefalografía**. Curso anual, 40 alumnos, 6 horas de clases expositivas. **Sociedad de Neurofisiología**.
- Junio de 2006** Docente del curso sobre **Trastornos de la Alimentación II (Análisis de un Caso de Trastorno Alimentario y su Abordaje Psicoterapéutico)** dirigido a profesionales de la salud. Ofrecido en la **Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile**.
- Noviembre de 2005** Docente del curso sobre **Trastornos de la Alimentación I (Psicoterapia en los Trastornos de la Alimentación)** dirigido a profesionales de la salud. Ofrecido en la **Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile**.
- Anual 2003** Docente de la cátedra de **Psicología de 1º Año de Kinesiología**. **Sede Oriente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile**.
- Segundo Semestre 2003** Docente de la cátedra de **Comunicación e Interacción Humanade 2º Año de Enfermería**. **Sede Oriente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile**.
- Segundo Semestre 2003** Docente de la cátedra de **Psicología Aplicada de 2º Año de Kinesiología**. **Campus Oriente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile**.
- Primer Semestre 2003** Docente de la cátedra de **Psicología General de 2º Año de Enfermería**. **Sede Oriente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile**.
- Anual 2002** Docente de la cátedra de **Bases Conceptuales y Prácticas de la Medicina de 1º Año de Medicina**. **Sede Oriente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile**.

<b>Anual 2002</b>	<b>Docente de la cátedra de Psicología de la Universidad del Adulto Mayor. Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.</b>
<b>Primer Semestre 2002</b>	<b>Docente de la cátedra de Psicopatología de 3º Año de la Carrera Orientación en Relaciones Humanas y Familia. Instituto Profesional Carlos Casanueva.</b>
<b>Anual 2000-2003</b>	<b>Selección psicodiagnóstica de becados de Psiquiatría del Hospital Salvador, llevada a cabo en la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile.</b>
<b>Anual 2001</b>	<b>Docente del curso sobre Psicología del Desarrollo dirigido a los becados de 2º Año de Psiquiatría. Sede Oriente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.</b>
<b>Anual 2001</b>	<b>Docente y Coordinadora de la cátedra de Psicología de 1º Año de Kinesiología. Sede Oriente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.</b>
<b>Segundo Semestre 2001</b>	<b>Docente de la cátedra de Sociología Organizacional de 4º Año de Enfermería. Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.</b>
<b>Segundo Semestre 2001</b>	<b>Docente y Coordinadora de la cátedra de Psicología Médica de 2º Año de Medicina. Sede Oriente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.</b>
<b>Segundo Semestre 2001</b>	<b>Docente y Coordinadora de la cátedra de Psicología del Desarrollo de 2º Año de Enfermería. Sede Oriente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.</b>
<b>Primer Semestre 2001</b>	<b>Profesor Ayudante de la cátedra de Psicodiagnóstico de 5º Año de Psicología. Escuela de Psicología de la Universidad UNIACC.</b>

- Primer Semestre 2001**      **Profesor Ayudante** de la cátedra de **Psicodiagnóstico** de **5º Año de Psicología**. Escuela de Psicología de la **Universidad UNIACC**.
- Primer Semestre 2001**      **Profesor Ayudante** de la cátedra de **Pruebas Psicológicas II** de **4º Año de Psicología**. Escuela de Psicología de la **Universidad UNIACC**.
- Primer Semestre 2001**      **Profesor Ayudante** de la cátedra de **Pruebas Psicológicas** de **3º Año de Psicología**. Escuela de Psicología de la **Universidad UNIACC**.
- Primer Semestre 2001**      **Docente y Coordinadora** de la cátedra de **Psicología General** de **2º Año de Enfermería**. Sede Oriente de la **Facultad de Medicina** de la **Universidad de Chile**.
- Segundo Semestre 2000**      **Docente** de la cátedra de **Comunicación** de **3º Año de Medicina**. Sedes **Centro, Oriente y Norte** de la **Facultad de Medicina** de la **Universidad de Chile**.
- Segundo Semestre 2000**      **Docente** de la cátedra de **Psicología del Desarrollo** de **2º Año de Enfermería**. Sede Oriente de la **Facultad de Medicina** de la **Universidad de Chile**.
- Segundo Semestre 2000**      **Docente** de la cátedra de **Psicología General** de **2º Año de Enfermería**. Sede Oriente de la **Facultad de Medicina** de la **Universidad de Chile**.
- Segundo Semestre 2000**      **Docente** de la cátedra de **Comunicación e Interacción Humana** de **2º Año de Enfermería**. Sede Oriente de la **Facultad de Medicina** de la **Universidad de Chile**.
- Segundo Semestre 2000**      **Docente y Coordinadora** de la cátedra de **Psicología** de **1º Año de Kinesiología**. Sede Oriente de la **Facultad de Medicina** de la **Universidad de Chile**.
- Segundo Semestre 2000**      **Docente y Profesora Encargada** de la cátedra de **Psicología Aplicada** de **2º Año de Kinesiología**. Sede Oriente de la **Facultad de Medicina** de la **Universidad de Chile**.



**Anual 1994-1997**

**Ayudante de la cátedra de Sociología de 1º Año de la Carrera de Psicología. Escuela de Psicología de la Universidad Gabriela Mistral.**

## 5.1.2. DOCENCIA PERSONALIZADA

### A. TESIS DIRIGIDAS DE MAGÍSTER Y DOCTORADO, COMO PROFESOR RESPONSABLE.

### B. MEMORIAS DIRIGIDAS COMO PROFESOR GUÍA O RESPONSABLE CONDUCTENTES A GRADO O TÍTULO

1. Proyecto de Memoria “Prevalencia del Malestar Psicológico, Síndrome Depresivo y Síndrome Ansioso en los Estudiantes de las Facultades de Odontología y Ciencias Sociales de la Universidad de Chile” de Lic. Ps. Karla Ruz y Rodrigo Herbage, 2017.
2. Memoria para optar al Título de Psicólogo “Prevalencia de Sintomatología Depresiva y Ansiosa en Estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile” de Lic. Ps. Natalia Barra, 2017.
3. Memoria para optar al Título de Psicólogo “Prevalencia del Malestar Psicológico en Estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile” de Lic. Ps. Mateo Zamorano, 2017.
4. Memoria para optar al Título de Psicólogo “Segundo Estudio de Validación del Cuestionario para Evaluar Calidad de Vida Universitaria en los Estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile” de Lic. Ps. Nora Bustamante, 2016.
5. Memoria para optar al Título de Psicólogo “Estudio de Validación de un Cuestionario para evaluar Calidad de Vida Universitaria en los Estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile” de Lic. Ps. Pamela Fuentes Triviño, 2013.
6. Memoria para optar al Título de Psicólogo “Evaluación de Sintomatología Depresiva y Ansiosa en los Estudiantes de Medicina de la Universidad de Chile.” de Lic. Ps. Natalia Irarrázabal Martínez, 2012.
7. Memoria para optar al Título de Psicólogo “Kundalini Yoga y autoestima: un estudio cualitativo en mujeres diagnosticadas con anorexia nerviosa y bulimia nerviosa” de Lic. Ps. Daniela Concha Mirauda, 2012.
8. Memoria para optar al Título de Psicólogo “Evaluación del Typus Melancholicus en Estudiantes de Primer Año de Medicina de la Universidad de Chile y Construcción de un Taller Preventivo para la Depresión” de Lic. Ps. Terangi Edmunds Gorman, 2010.

### C. DOCENCIA TUTORIAL

#### **2010-Actualidad**

Por la naturaleza de mis funciones y responsabilidades en la Unidad de Psicología-DAEC, me toca tutorear a todos los estudiantes consultantes, que por padecer trastornos mentales crónicos o problemáticas que requieren acompañamiento durante toda la estancia de estos en la Facultad de Medicina, haciéndoles seguimiento y comunicándome con las escuelas de pre y postgrado a las que pertenecen.

### D. DOCENCIA DE POSTÍTULO

#### **2013-Actualidad**

**Supervisión Clínica en Terreno de Psicólogos Pasantes.** Formación práctica de especialidad clínica para psicólogos titulados, realizando formación de Postítulo. Pasantía electiva anual para los psicólogos en formación de Postítulo. 5 pasantes. 150 horas directas. 30 horas indirectas. Profesora Responsable única. Participa en la coordinación, preparación y actividades lectivas, reuniones clínicas, supervisiones y docencia práctica.

### 5.1.3. RELEVANCIA DOCENTE

Identifique aspectos específicos de su actividad docente que, a su juicio, reflejen su creatividad y relevancia en este aspecto. En particular

– Formación de nuevos académicos y profesionales destacados

Mi vida profesional ha estado dirigida desde sus inicios desde y para la academia. Como docente de pre y postgrado me ha tocado ser parte de la formación de nuevos académicos y profesionales destacados como Marcos Rojas Pino, actual director del Programa de Ayudantes Docentes (PAD); Melissa Sepúlveda, expresidenta de la FECH; Pamela Fuentes Triviño, colaboradora del Centro de Medición MIDE UC; Fabiola Sánchez Sáez, metodóloga, docente y supervisora de la especialidad educacional en la Universidad Gabriela Mistral y supervisora clínica en la Unidad de Psicología-DAEC de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile; Araceli Dávila Figueras, colaboradora de otros estudios cualitativos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y actual candidata a Magíster en el Departamento de Educación en Ciencias de la Salud; Eliecer Maluenda, que hoy es un reconocido docente en medicina en nuestra Facultad y en otras universidades, y que me tocó iniciarlo en la docencia en comunicación; Rocío Ruiz, que ha contribuido a la humanización en el trato a niños dados en adopción; Cristina Pastén, docente de pre y postgrado en la Universidad Adolfo Ibáñez, y próxima a titularse de Magíster en Filosofía, hoy supervisa clínicamente en la Unidad de Psicología-DAEC y es parte fundamental del equipo de investigación de esta misma.

Me siento muy orgullosa de todos los psicólogos que se han formado en la especialidad clínica en la Unidad de Psicología-DAEC en estos casi 8 años. Hemos colaborado en su interés en la academia, investigación de muchos de ellos. Todos han podido posicionarse laboralmente sin dificultades y nos reportan el prestigio y la consideración que se tiene de nuestra formación brindada.

Asimismo, en los años que me toco coordinar y ser responsable de la Unidad de Comunicación de Introducción a la Clínica, colaboré activamente en el crecimiento profesional de todos los docentes que impartieron la asignatura. Muchos de ellos continúan hoy en la docencia en nuestra Facultad.

– Publicaciones docentes.

Como académica, debo estar permanentemente elaborando material de apoyo impreso para los cursos que realizo en la Facultad. Pero además, en mi cargo de la Unidad de Psicología, estoy permanentemente generando material de apoyo impreso para los estudiantes de psicología en práctica y para protocolizar la atención clínica de los usuarios:

1. **“Resiliencia”. Unidad de Psicología DAE, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, 2013.**
2. **“Desarrollo Personal según Etapas del Desarrollo”. Unidad de Psicología DAE, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, 2013.**
3. **“Consentimientos Informados para Unidad de Psicología”. Unidad de Psicología DAE, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, 2013.**
4. **“Ficha de Recepción para Unidad de Psicología”. Unidad de Psicología DAE, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, 2013.**
5. **“Ficha Autoadministrada para Adultos”. Unidad de Psicología DAE, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, 2013.**
6. **“Ficha Autoadministrada para Estudiantes de la Universidad de Chile”. Unidad de Psicología DAE, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, 2013.**
7. **“Características de la Población Estudiantil Consultante de la Unidad de Psicología”. Unidad de Psicología DAE, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, 2013.**
8. **“Categorías para Compilado de Estadísticas de la Unidad de Psicología”. Unidad de Psicología DAE, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, 2013.**
9. **“Compilado Histórico de Estadísticas de Unidad de Psicología”. Unidad de Psicología DAE, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, 2013.**
10. **“Guía para Tutoría para el Inicio de los Estudios”. Unidad de Psicología DAE, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, 2013.**
11. **“Validación de un Cuestionario de Evaluación de Calidad de Vida Universitaria”. Unidad de Psicología DAE, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, 2012.**

12. **“Prevalencia de Sintomatología Ansiosa y Depresiva en Estudiantes de Medicina”.** Unidad de Psicología DAE, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, 2012.
13. **“Prevalencia del Typus Melancholicus en estudiantes de Primer Año de Medicina”.** Unidad de Psicología DAE, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, 2012.
14. **“Programa de Asesoramiento Académico entre Pares”.** Unidad de Psicología DAE, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, 2012.
15. **“Normativa de Programa de Tutoría”.** Unidad de Psicología DAE, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, 2012.
16. **“Guía de Actividades Ser o no Ser: Asertividad es la Cuestión”.** Escuela de Medicina de la Universidad de Chile, 2011.
17. **“Test de Rorschach y Psicopatología”.** Unidad de Psicología DAE, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, 2011.
18. **“Comunicación Verbal en Medicina”.** Escuela de Medicina de la Universidad de Chile, 2011.
19. **“Comunicación Verbal, Exposición, Entrevista y Comunicado de Prensa”.** Escuela de Medicina de la Universidad de Chile, 2010.
20. **Apunte “Comunicación Verbal” para la Unidad de Comunicación de Introducción a la Clínica, de 2º año de Medicina.** Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, 2008.
21. **Capítulo “Entrevista Psicodiagnóstica Inicial del Modelo Integrativo Supraparadigmático” en el libro *Aportes en Psicología Clínica*.** Autora: Leonor Villacura Avendaño, 2005. Editado por la Universidad Adolfo Ibáñez.
22. **“Entrevista Inicial del Modelo Integrativo Supraparadigmático”.** Tesis para optar al título de Magíster en Psicología Clínica. Autora: Leonor Villacura Avendaño. Santiago de Chile, Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa, 2004, 150 páginas.
23. **“Psicopatología en Epilepsia Temporal”.** Autores: Rubén Celis Schneider y Leonor Villacura Avendaño, 2001. Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

24. **“La Desvinculación Asistida: un Desafío para el Área de Recursos Humanos en el Cumplimiento de la Responsabilidad Social de las Organizaciones”.** Tesis para optar al título de Magíster en Gestión de Recursos Humanos. Autores: Gigliola Satriani y Leonor Villacura Avendaño. Santiago de Chile, Universidad Gabriela Mistral, 2001, 100 páginas.
25. **“Adaptación del Modelo de Entrevista de las Tres Funciones de Estilos Comunicacionales Clínicos a la Entrevista Inicial y Diseño de un Programa de Formación del Modelo para Estudiantes de Psicología”.** Tesis para optar al título de psicóloga. Autores: Rubén Celis Schneider y Leonor Villacura Avendaño. Santiago de Chile, Universidad Gabriela Mistral, 2000, 120 páginas.
26. **“Diseño de un Modelo de Entrevista Clínica Psicológica y de un Programa de Formación del Modelo para Psicólogos”.** Autores: Rubén Celis Schneider y Leonor Villacura, 1998. Publicación asociada al Proyecto FONDECYT N° 1960119.
27. **“Manual para la Aplicación y Corrección de la Evaluación de la Entrevista Médica”.** Autores: César Carvajal, Anneliese Dörr, Rubén Celis Schneider y Leonor Villacura, 1997. Publicación asociada al Proyecto FONDECYT N° 1960119.

– Creación de nuevas carreras, cursos y programas

1. Programa de Formación en Especialidad Clínica para Psicólogos en estudios de Postgrado, Unidad de Psicología-DAEC, 2013.
2. Programa de Formación en Especialidad Clínica para Psicólogos Pasantes y Psicólogos en estudios de Postgrado, Unidad de Psicología-DAEC, 2012.
3. Programa de Formación en Especialidad Clínica para Practicantes de Psicología, Unidad de Psicología-DAEC, 2010.
4. Taller de Relaciones Humanas y Comunicación, Enseñanza de mi Modelo de Psicodiagnóstico Inicial, UNIACC, 2010.
5. Manejo de Situaciones Difíciles de Bioética, Internos de Pediatría, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, 2006.

6. Comunicación e Interacción Humana, Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, 2003.
7. Curso de Comunicación II, 3er año de Medicina. Sedes Centro, Oriente y Norte de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, 2000.
8. Curso-Taller de Comunicación y Entrevista dirigido a los docentes de Introducción a la Clínica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, 2000.
9. Unidad de Comunicación de Introducción a la Clínica, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, 1999.

- Otros

He sido reconocida por mis pares por mi labor docente y contribución a la innovación en educación, como, por ejemplo, El 5 de mayo de 2017, en la XVII Jornada de Educación en Ciencias de la Salud, en que recibí el Primer Premio en Investigación en Innovación en Educación, otorgado por la Sociedad Chilena de Educación en Ciencias de la Salud, por el estudio “Prevalencia del Malestar Psicológico los Estudiantes No Consultantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile”.

Se me ha invitado a dar conferencias, charlas y talleres en relación a mi trabajo como académica e investigadora:

1. Invitación por parte de la Universidad Austral a ser expositora en la Jornada de Salud Mental Universitaria, el día 29 de septiembre de 2017, en Valdivia.
2. Invitación por parte de la Escuela de Fonoaudiología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile a realizar el “Taller de Autocuidado para Internos de 5to año de Fonoaudiología”, el día 08 de septiembre de 2017.
3. Invitación por parte de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile a dar una charla sobre “Salud Mental en estudiantes de Enfermería”, dirigido a académicos, el día 28 de agosto de 2017.
4. Invitación por parte de la Escuela de Fonoaudiología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile a dar una charla sobre “Salud Mental en estudiantes de Fonoaudiología”, dirigido a académicos, el día 6 de julio de 2017.
5. Invitación por parte de la Sociedad Chilena de Educación en Ciencias de la Salud a realizar un “Taller Control del Estrés. Temas Estrés y Burnout”, dirigido a académicos de carreras de la salud. Santiago de Chile, 24 de marzo de 2017.
6. Invitación por parte de la Universidad de Concepción a realizar el “Taller Control del Estrés. Temas Estrés y Burnout”. Taller realizado junto al Dr. Justo Bogado, dirigido a académicos en ciencias de la salud asistentes a las Jornadas de Educación Médica JEM 2017. Concepción, Chile, 12 de enero de 2017.

7. Invitación por parte de la Prensa de la Universidad de Chile a dar una entrevista sobre la evaluación de malestar psicológico en estudiantes de la Facultad de Medicina, 29 de agosto de 2016.
8. En mayo del año 2015, en el Vol: 3 Issues: 1-2 Pages 21–25 de la prestigiosa revista internacional *Mental Health & Prevention*, la investigadora principal es invitada a publicar en un número especial sobre salud mental en estudiantes universitarios, junto a otros investigadores de distintos continentes. El artículo presentado junto a su equipo fue “Mental disorders of students at the University of Chile”.
9. El 15 de septiembre de 2014, en el XVI Congreso Mundial de Psiquiatría realizado en Madrid, España, Leonor Villacura, la investigadora principal del proyecto, realiza la conferencia “Prevalence of Typus Melancholicus and Depression in Students of Medicina of the University of Chile”, en el Simposio Regular “Mental Health of Students; Prevalence of Complaints and Disorders, Methods and Outcome of Counseling and Short-term Psychotherapy”.
10. Invitación por parte de la Escuela de Fonoaudiología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile a dar una charla sobre “Salud Mental en estudiantes de Fonoaudiología”, dirigido a académicos, el día 24 de julio de 2014.
11. La investigadora principal fue contactada y visitada en diciembre de 2013 por el Dr. Rainer M. Holm-Hadulla, director del Servicio de Consejería para Estudiantes de la Universidad de Heidelberg para invitarla a participar en el equipo de investigación que lidera y que integran expertos en salud mental y psicopatología en estudiantes universitarios de diferentes universidades de Europa, Asia y Norteamérica. El 13 de diciembre de ese mismo año, el Dr. Holm-Hadulla y Leonor Villacura hicieron conjuntamente una conferencia sobre Salud Mental de los Estudiantes Universitarios, en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. La investigadora principal expuso sobre las características de la población estudiantil consultante de la Unidad de Psicología.
12. Carolina Pérez, conductora del programa radial “Saliendo a Flote” de la Universidad de Chile, me invita a su programa para conversar sobre mi experiencia clínica y como académica respecto a trastornos alimentarios y discapacidad, 15 de octubre de 2013.

## 5.2. OTRAS ACTIVIDADES ACADÉMICAS

### 5.2.1 INVESTIGACIÓN Y CREACIÓN ARTÍSTICA

#### Estudios realizados

- 1 **Prevalencia del Malestar Psicológico, Síndrome Depresivo y Síndrome Ansioso en los Estudiantes de las Facultades de Odontología y Ciencias Sociales de la Universidad de Chile.** Autores: Ps. Leonor Villacura; Ilse López, Fabiola Sánchez, Rodrigo Herbage, Karla Ruz y Claudia Zamorano. El **objetivo** es Evaluar la presencia de malestar psicológico, utilizando el Inventario de Síntomas de Derogatis (SCL-90-R), y sintomatología ansiosa y depresiva en los estudiantes de las Facultades de Odontología y de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile. La investigación se realiza en la Unidad de Psicología DAEC, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. **2017 (en curso).**
- 2 **Prevalencia del Malestar Psicológico en Estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.** Autores: Ps. Leonor Villacura; Ps. Mateo Zamorano; Prof. Ilse López. El **objetivo** fue Evaluar la presencia de malestar psicológico, utilizando el Inventario de Síntomas de Derogatis (SCL-90-R), en los estudiantes no consultantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile que asistieran a clases lectivas durante el período académico 2015. La investigación se realiza en la Unidad de Psicología DAEC, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. **2016-2017.**
- 3 **Sintomatología Depresiva y Ansiosa en Estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.** Autores: Ps. Leonor Villacura; Ps. Natalia Barra; Prof. Ilse López. El **objetivo** fue evaluar la sintomatología depresiva y ansiosa en los estudiantes no consultantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile que asistan a clases lectivas durante el período académico 2015. La investigación se realiza en la Unidad de Psicología DAEC, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. **2016-2017.**
- 4 **Auto-compasión y Autoeficacia en Estudiantes de Ingeniería Civil de la Universidad de Chile.** Autores: Ps. Leonor Villacura; Ps. Mateo Zamorano; Prof. Ilse López. El **objetivo** fue Evaluar la presencia de malestar psicológico, utilizando el Inventario de Síntomas de Derogatis (SCL-90-R), en los estudiantes no consultantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile que asistieran a clases lectivas durante el período académico 2015. La investigación se realiza en la Unidad de Psicología DAEC, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. **2016-2017.**

- 5 **Encuesta sobre Calidad de Vida Univeritaria.** Autores: Ps. Leonor Villacura; Ps. Ilse López, Ps. Ignacio Cifuentes, Ps. Fabiola Sánchez, Ps. Claudia Zamorano y Ps. Cristina Pastén. El **objetivo** es describir la percepción que los estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile tienen respecto a su calidad de vida asociada a su rol de estudiantes. La investigación se realiza en la Unidad de Psicología DAEC, en conjunto con el Departamento de Educación en Ciencias de la Salud, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. **2016-2017.**
- 6 **Segunda Validación de un Cuestionario para evaluar Calidad de Vida Universitaria en los Estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.** Autores: Ps. Leonor Villacura, Ilse López, Fabiola Sánchez, Iván Armijo y Nora Bustamante. El **objetivo** fue realizar un primer análisis factorial para validar un instrumento construido por el equipo, que coordino, que evalúa Calidad de Vida Universitaria. La investigación se realiza en la Escuela de Medicina y en la Unidad de Psicología DAEC, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. **2015-2016.**
- 7 **Mental disorders of students at the University of Chile.** Autores: Leonor Villacura, Natalia Irrarázabal, Anneliese Dörr, Claudia Zamorano, José Manosalva, Camila Cánovas, Mateo Zamorano, Natalia Barra. El **objetivo** fue medir las prevalencias de trastornos mentales de los consultantes de la Unidad de Psicología DAEC de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, según los criterios de la clasificación americana de trastornos mentales (DSM IV-TR). Esta investigación es parte de un estudio multicéntrico dirigido por el Dr. Rainer Holm-Hadulla. Es publicado en un número especial de la revista Mental Health & Prevention: Mental Health of Students – National and International Perspectives. Year: May 2015 Vol: 3 Issues: 1-2 Pages 21–25. **2015.**
- 8 **Prevalencia del Malestar Psicológico los Estudiantes Consultantes de la Unidad de Psicología de la Dirección de Asuntos Estudiantiles de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.** Autores: Leonor Villacura, Ilse López, Fabiola Sánchez y Claudia Zamorano. El **objetivo** fue Evaluar la presencia de malestar psicológico, utilizando el Inventario de Síntomas de Derogatis (SCL-90-R), en los estudiantes consultantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. La investigación se realiza en la Unidad de Psicología DAEC, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. **2015-2016.**
- 9 **Sintomatología Depresiva y Ansiosa en Estudiantes Consultantes de la Unidad de Psicología DAEC de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.** Autores: Autores: Leonor Villacura, Ilse López, Fabiola Sánchez y Claudia Zamorano. El **objetivo** fue evaluar la sintomatología depresiva y ansiosa en los usuarios de la Unidad de Psicología DAEC de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. La investigación se realiza en la Unidad de Psicología DAEC, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. **2015-2016.**
- 10 **Características Sociodemográficas y Psicopatológicas de los Estudiantes Universitarios que consultan la Unidad de Psicología.** Autores: Leonor

- Villacura, Natalia Irrázabal, Claudia Zamorano, Ilse López. El **objetivo** fue caracterizar a los usuarios de la Unidad de Psicología DAEC de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. **2015**.
- 11 **Validación de un Cuestionario para evaluar Calidad de Vida Universitaria en los Estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.** Autores: Ps. Leonor Villacura, Dra. Ruth Depaux, PhD. Diego Salazar, EU. Macarena Valdés, Dra. Mónica Niveló, Ps. Pamela Fuentes. El **objetivo** fue realizar un primer análisis factorial para validar un instrumento construido por el equipo, que coordino, que evalúa Calidad de Vida Universitaria. La investigación se realiza en la Escuela de Medicina y en la Unidad de Psicología DAEC, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. **2013**.
  - 12 **Trastorno de Desarrollo Múltiple y Complejo.** Autores: Ps. Leonor Villacura; Dra. María Leonor Avendaño. El **objetivo** fue realizar una investigación bibliográfica sobre la disarmonía psicótica y el trastorno del desarrollo múltiple y complejo. Esta investigación se realiza en la Unidad de Psicología DAEC, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. **2013**. Fue presentada en modalidad de póster en La I Conferencia Latinoamericana del Espectro Autista, realizada en el Aula Magna de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, los días 10 y 11 de septiembre de 2013.
  - 13 **Juicio Moral de Estudiantes de Medicina de la Universidad de Chile.** Autores: Semíramis Llanos Cobos; Mary Luz Bozo Canseco; Anneliese Dörr Alamos; Leonor Villacura Avendaño; Terangi Edmunds Gorman; Marisa Meza Pardo; Ilse López; Diana Ulloa; Sergio Valenzuela Puchulu. El **objetivo** fue evaluar el efecto de una intervención a través del Método Konstanz de Discusión de Dilemas (KMDD) en el juicio moral de los estudiantes de medicina de la Universidad de Chile a través del Test de Juicio Moral (MJT) de Lind. La investigación se realiza en el Departamento de Bioética y Humanidades Médicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. **2012**.
  - 14 **Evaluación de Sintomatología Depresiva y Ansiosa en los Estudiantes de Medicina de la Universidad de Chile.** Autores: Ps. Leonor Villacura; Ps. Natalia Irrázabal; Prof. Ilse López. El **objetivo** fue evaluar la sintomatología depresiva y ansiosa en los estudiantes de los siete cursos de medicina de la Universidad de Chile que asistieran a clases lectivas durante el período académico 2011. La investigación se realiza en la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile. **2011**.
  - 15 **Construcción y Validación de un Cuestionario para evaluar Calidad de Vida Universitaria.** Autores: Ps. Leonor Villacura, Dra. Ruth Depaux, PhD. Diego Salazar, EU. Macarena Valdés, Dra. Mónica Niveló, Ps. Pamela Fuentes; Ps. Nora Bustamante; PhD. Iván Armijo. El **objetivo** fue validar un instrumento construido por el equipo, que coordino, que evalúa Calidad de Vida Universitaria. Se realizan dos tipos de análisis factorial, primero solo a los ítems asociados directamente con

la vida estudiantil y después a todo el instrumento piloto. La investigación se realiza en la Escuela de Medicina y en la Unidad de Psicología DAEC, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. **2010-2015.**

- 16 **Evaluación del Typus Melancholicus en Estudiantes de Primer Año de Medicina de la Universidad de Chile.** Autores: Ps. Leonor Villacura; Ps. Terangi Edmunds; Ps. Anneliese Dörr; PhD. Diego Salazar. El **objetivo** fue describir la personalidad “Typus Melancholicus” en la población de estudiantes de primer año de Medicina de la Universidad de Chile. La investigación se realiza en la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile. **2010.**
- 17 **Evaluación de Calidad de Vida Universitaria en los Estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.** Autores: Ps. Leonor Villacura, Dra. Ruth Depaux, PhD. Diego Salazar, EU. Macarena Valdés, Dra. Mónica Niveló. El **objetivo** fue complementar la evaluación cualitativa (grupos focales) de Calidad de Vida Universitaria en los estudiantes de la Facultad, con la aplicación de un instrumento especialmente construido y validado para dicha población. La investigación se realiza en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. **2010.**
- 18 **Evaluación del Typus Melancholicus en Estudiantes de Primer Año de Medicina de la Universidad de Chile.** Autores: Ps. Leonor Villacura A., Lic. Terangi Edmunds, Ps. Anneliese Dörr, PhD. Diego Salazar. El **objetivo** fue evaluar rasgos de personalidad asociados al funcionamiento premórbido de la depresión, en estudiantes de primer año de medicina, e ir conociendo, a su vez, el perfil de personalidad de dichos estudiantes. La investigación se realizó en la Escuela de Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Esta investigación fue presentada en la **XI Jornada de Educación en Ciencias de la Salud.** 26 y 27 de agosto de **2010.**
- 19 **Efectos del consumo de marihuana en funciones cognitivas involucradas en el aprendizaje escolar: memoria, atención/concentración y estrategias de ejecución.** Dirigido por Ps. Anneliese Dörr. Participa como coinvestigadora junto con Ps. María Elena Gorostegui, Ps. Sandra Viani, Dra. María Paz Dörr, Ps. Patricia Flores, Dr. Ismael Mena y Ps. Alejandra Sekler. El **objetivo** fue evaluar diversas capacidades neuropsicológicas involucradas en el aprendizaje en la población escolar de Santiago a través de diversas pruebas neuropsicológicas de diagnóstico. La investigación se realizó en el Departamento de Salud Mental Oriente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Esta investigación fue presentada en diversos congresos internacionales y nacionales, como el **Congreso Internacional de Patología Dual**, realizado en Madrid. **Mayo de 2008**, y fue también publicado en la revista Journal: Alasbimn Journal Year: **2009** Vol: 11 Issue: 43.
- 20 **Percepción de Calidad de Vida Universitaria de los Estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.** Autores: Ps. Leonor Villacura, Dra. Ruth

Depaux, PhD. Diego Salazar, EU. Macarena Valdés, Dra. Mónica Niveló. El **objetivo** fue conocer la percepción de los estudiantes de las distintas carreras de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, respecto a las distintas dimensiones comprometidas en la Calidad de Vida Universitaria. Se realizó a través de Grupos Focales. Julio-Agosto, **2008**.

- 21 **Taller acontecimientos significativos: un espacio para la reflexión del quehacer médico desde el logos, el ethos y el pathos.** Autores: Dra. Mónica Niveló C., Ps. Leonor Villacura A., Dr. José Luis Gallegos M., Dr. Leonardo Urrutia, Dr. Óscar Henríquez T., Dra. Isabel Segovia. La investigación se realizó en el Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar, Campus Sur, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. También colaboró la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile. Esta investigación fue presentada en la **IX Jornada de Educación en Ciencias de la Salud**(15 y 16 de Mayo 2008). **2008**.
- 22 **Gustograma en Estudiantes de Medicina.** Autores: Ps. Leonor Villacura y Dra. Mónica Niveló. Los **objetivos** fueron conocer las actividades realizadas durante la carrera de medicina en los estudiantes de 6º año que mayor y menor satisfacción les produjeron, las que les habría gustado realizar y conocer las fantasías temidas al momento de ingresar a la universidad. La investigación se realiza en el marco del Internado de Atención Primaria y Salud Familiar. Campus Sur, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Esta investigación fue presentada en la **IX Jornada de Educación en Ciencias de la Salud** (15 y 16 de Mayo 2008). **2008**.
- 23 **Uso de la Video-grabación y de Pacientes Simulados en el Entrenamiento en Entrevista Médica.** Autores: Ps. Leonor Villacura y Ps. Anneliese Dörr. El **objetivo** es describir la experiencia con los estudiantes de 2º año de medicina respecto a cómo funciona el entrenamiento en la entrevista médica a través de la grabación de videos y el uso de pacientes simulados. La investigación se realiza en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Esta investigación fue presentada en **Videomed 2008, II Festival de Video y Multimedia en Ciencias de la Salud**, Santiago de Chile(10 y 11 de Enero de octubre 2008). **2008**.
- 24 **Impacto psicológico en los padres de hijos con síndrome de apnea del lactante.** Dirigido por Ps. Leonor Villacura, participan además Ps. M<sup>a</sup> Pía Castro V. y la Dra. M<sup>a</sup> Leonor Avendaño K. Los objetivos fueron describir el impacto psicológico del síndrome apneico de un hijo lactante en sus padres y proponer un modelo de intervención psicológica para estos padres. La investigación se realiza conjuntamente en la Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Chile y en el Hospital de Carabineros. Esta investigación fue presentada en el **II Congreso de la Sociedad Chilena de Medicina del Sueño**, Viña del Mar (26 y 27 de octubre 2007). **2007**.
- 25 **El Autoconocimiento como Elemento Formativo del Estudiante: Uso de una Metodología de Autoevaluación en el Curso de Comunicación.** Autores: María Luz Bascuñán, Anneliese Dörr y Leonor Villacura. El **objetivo** fue describir la

metodología de la autoevaluación como técnica de evaluación de los avances de los alumnos del curso de Comunicación. , en colaboración con las psicólogas Anneliese Dörr y María Luz Bascuñán. La investigación se realizó en el Departamento de Salud Mental Oriente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. **Trabajo premiado** en su presentación en las IV Jornadas de Educación en Ciencias de la Salud. **Mayo de 2003.**

- 26 **Salud Mental en el Adulto Mayor.** Dirigido por E.U. Ana Marchandón. Participa como coinvestigadora. La investigación se realizó en el Departamento de Salud Mental Oriente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y en la Universidad de Berna, en Suiza. El **objetivo** fue describir la situación del adulto mayor en Chile y proponer un plan de acción a través de un trabajo conjunto con la **Universidad de Berna**, en Suiza, a través del equipo de trabajo del Dr. Hans Dieter Brenner. Para ello se hizo una revisión exhaustiva de la situación en nuestro país y luego se viajó a Berna a conocer los planes de acción para la salud mental del Adulto Mayor en Suiza. **2002.**
- 27 **Características Psicosociales de los Estudiantes de Medicina de Primer Año.** Dirigido por E.U. Ana Marchandón. Participa como coinvestigadora. El **objetivo** fue esclarecer las características psicosociales de los estudiantes de primer año de Medicina a través de una encuesta realizada por años por el equipo investigador. La investigación se realizó en el Departamento de Salud Mental Oriente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Esta investigación fue presentada en la **III Jornada de Educación de la Salud** y, en septiembre de 2002, en el **Congreso Mundial de la Asociación Internacional de Educación Médica (AMEE)**, realizado en Portugal. **Marzo 2002.**
- 28 **Materiales y Técnicas Utilizados en el ramo de Comunicación de Segundo Año de Medicina.** Autores: Ps. Anneliese Dörr y Ps. Leonor Villacura. El **objetivo** fue describir los materiales y las técnicas utilizados en el curso de Comunicación. La investigación se realizó en el Departamento de Salud Mental Oriente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Trabajo presentado en las II Jornadas de Educación en Ciencias de la Salud. **Mayo de 2001.**
- 29 **Innovación en la Metodología empleada para Curso de Comunicación de Segundo Año de Medicina.** Autores: Ps. Anneliese Dörr y Ps. Leonor Villacura. El **objetivo** fue describir la metodología de enseñanza teórico-práctica del curso de Comunicación. La investigación se realizó en el Departamento de Salud Mental Oriente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Trabajo presentado en las II Jornadas de Educación en Ciencias de la Salud. **Mayo de 2001.**
- 30 **Evaluación del Curso de Comunicación como parte del Nuevo Currículo de la Carrera de Medicina de la Universidad de Chile.** Autores: Ps. Anneliese Dörr, Dra. Matilde Pulgar y Ps. Leonor Villacura. Participa como coinvestigadora. El **objetivo** fue evaluar la asignatura en sus contenidos y actividades, así como la percepción de los estudiantes de medicina en relación al curso de Comunicación.

La investigación se realizó en la Facultad de Medicina en sus distintas sedes. Esta investigación fue presentada en la **III Jornada de Educación en Ciencias de la Salud**(8-10 de Mayo 2002). **2001**.

- 31 **Propuesta de un Sistema de Evaluación para Curso de Comunicación de Segundo Año de Medicina.** Autores: Ps. Anneliese Dörr y Ps. Leonor Villacura. El **objetivo** fue presentar el sistema de evaluación utilizado en el curso de Comunicación, que comprende un sistema de autoevaluación y otro de metaprendizaje, llamado "hechos más significativos". La investigación se realizó en el Departamento de Salud Mental Oriente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Trabajo presentado en las II Jornadas de Educación en Ciencias de la Salud. **Mayo de 2001**.
- 32 **Epilepsia Criptogénica.** Dirigido por Dra. María Leonor Avendaño K. Participa como asistente de investigación. El **objetivo** fue evaluar los efectos de una droga del Laboratorio Novartis en pacientes con epilepsia criptogénica. **Enero de 1999 hasta Marzo de 2001**.
- 33 **Psicopatología en la Epilepsia Temporal.** Dirigido por Ps. Leonor Villacura A. (en colaboración con Ps. Rubén Celis Schneider). Participa como investigadora responsable. El **objetivo** fue integrar toda la información recopilada bibliográficamente sobre los hallazgos psicopatológicos en epilepsia temporal. 1998-1999. Trabajo presentado en la **Reunión Anual de Neurofisiología, paralela al 53º Congreso Chileno de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, Viña del Mar, Noviembre 1998** y en la **Reunión de Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, Santiago de Chile, octubre 2000**.
- 34 **Experiencia del Ramo de Comunicación en la Unidad de Introducción a la Clínica de II año de Medicina.** Autores: Ps. Anneliese Dörr y Ps. Leonor Villacura. El **objetivo** fue evaluar la experiencia de 2 años de existencia de la unidad de comunicación como parte de la asignatura de Introducción a la Clínica de 2º año de Medicina en la Universidad de Chile. La investigación se realizó en el Departamento de Salud Mental Oriente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Trabajo presentado en las I Jornadas de Educación de la Salud "Evidencias y Creatividad en la Docencia en Ciencias de la Salud". **Abril de 2000**.
- 35 **Autoestima en un Grupo de Jóvenes con Trastornos Alimentarios.** Dirigido por Ps. Ximena Montero. Participa como coinvestigadora. El **objetivo** fue evaluar los niveles de autoestima en un grupo de jóvenes mujeres con trastorno alimentario antes y después de la asistencia a un programa de tratamiento grupal creado por las investigadoras. La investigación se realizó en la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile. **Abril de 1999**.
- 36 **Sintomatología Depresiva en Pacientes Diabéticos Tipo I y II.** Dirigido por la Dra. Patricia Tapia Ilabaca (en colaboración con Ps. Claudia Ornstein Letelier). Participa como coinvestigadora. El **objetivo** fue comparar la sintomatología depresiva

encontrada en pacientes depresivos tipo I y pacientes depresivos tipo II. La investigación se realizó en la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile. **1998.**

- 37 **Alexitimia en Estudiantes Universitarios.** Dirigido por la Dra. Patricia Tapia (en colaboración con Ps. Claudia Ornstein). Participa como coinvestigadora. El **objetivo** fue evaluar a partir de un cuestionario los niveles de alexitimia en estudiantes de diversas carreras de la Universidad de Chile. Trabajo presentado en la **Reunión Anual, 53º Congreso Chileno de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía**, Viña del Mar, noviembre de **1998.**
- 38 **Anorexia Nerviosa en el Hombre.** Autores: Dra. Patricia Tapia Ilabaca y Ps. Leonor Villacura Avendaño. El **objetivo** es describir las características de la anorexia nerviosa en pacientes varones e ilustrar a través de un análisis de caso. Esta investigación se realiza en la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile. **1998.** Posteriormente, es publicada en la Folia Psiquiátrica. (Chile), **1:** 117-120 (1999). Revista nacional científica dedicada a patografías clínicas, editada por la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, cuyo objetivo es la divulgación y el fomento de la educación médica.
- 39 **Enseñanza de Entrevista Médica en Escuelas de Medicina. Proyecto FONDECYT, N° 1960119.** Dirigido por el Dr. Ramón Florenzano. Participa como jueza evaluadora y es cocreadora del “Manual para la Aplicación y Corrección de la Evaluación de la Entrevista Médica” y del “Diseño de un Modelo de Entrevista Clínica Psicológica junto con un Programa de Formación del Modelo para Estudiantes”. El **objetivo** fue evaluar la calidad de la ejecución de la entrevista médica y las habilidades comunicacionales en estudiantes de diversas escuelas de medicina del país, antes y después de un plan de entrenamiento del Modelo Trifuncional de la entrevista Médica. **1996-1998.**

## 5.2.2 DIVULGACIÓN

- Publicaciones Periódicas

1. **“Evaluation of depressive and anxiety symptomatology in medical students at the University of Chile”**. **Author:** Leonor Villacura, Natalia Irrarrázabal e Ilse López. **Journal:** Mental Health & Prevention **Year:** 2017 **Vol:** 7 **Pages** 45-49.
2. **“Mental disorders of students at the University of Chile”**. **Mental Health of Students – National and International Perspectives**. **Author:** Leonor Villacura, Natalia Irrarrázabal, Anneliese Dörr, Claudia Zamorano, José Manosalva, Camila Cánovas, Mateo Zamorano, Natalia Barra. **Journal:** Mental Health & Prevention **Year:** May 2015 **Vol:** 3 **Issues:** 1-2 **Pages** 21–25
3. **“Effects of consumption of marihuana on cognitive functions in young students”**. **Author:** Dörr, Anneliese, PS. ; Gorostegui, M. Elena, Ps. ; Dörr, M.Paz B MD. ; Sekler, Alejandra, Ps. ; Villacura, Leonor, Ps. ; Flores, Patricia, Ps. ; Sandra Viani, Ps. ; Mena, Ismael, MD. **Journal:** Alasbimn Journal **Year:** 2009 **Vol:** 11 **Issue:** 43.
4. **“Efectos del consumo de marihuana en funciones cognitivas en jóvenes adolescentes”**.  
**Author:** Dörr, Anneliese, PS. ; Gorostegui, M. Elena, Ps.; Dörr, M.Paz B MD. ; Sekler, Alejandra, Ps. ; Villacura, Leonor, Ps. ; Flores, Patricia, Ps. ; Sandra Viani, Ps. ; Mena, Ismael, MD. **Journal:** Alasbimn Journal **Year:** 2009 **Vol:** 11 **Issue:** 43.
5. **“¡Se apareció marzo!”**. Autora: Leonor Villacura. **Chile.com, Marzo 2007**.
6. **“Anorexia Nerviosa en el Hombre”**. Patricia Tapia Ilabaca y Leonor Villacura Avendaño. Folia Psiquiátrica. (Chile), **1:** 117-120 (1999). Revista nacional científica dedicada a patografías clínicas, editada por la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, cuyo objetivo es la divulgación y el fomento de la educación médica.

**–Publicaciones docentes, libros y capítulos de libros:**

1. **“Resiliencia”**. Unidad de Psicología DAE, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, 2013.
2. **“Desarrollo Personal según Etapas del Desarrollo”**. Unidad de Psicología DAE, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, 2013.
3. **“Consentimientos Informados para Unidad de Psicología”**. Unidad de Psicología DAE, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, 2013.
4. **“Ficha de Recepción para Unidad de Psicología”**. Unidad de Psicología DAE, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, 2013.

5. **“Ficha Autoadministrada para Adultos”**. Unidad de Psicología DAE, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, 2013.
6. **“Ficha Autoadministrada para Estudiantes de la Universidad de Chile”**. Unidad de Psicología DAE, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, 2013.
7. **“Características de la Población Estudiantil Consultante de la Unidad de Psicología”**. Unidad de Psicología DAE, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, 2013.
8. **“Categorías para Compilado de Estadísticas de la Unidad de Psicología”**. Unidad de Psicología DAE, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, 2013.
9. **“Compilado Histórico de Estadísticas de Unidad de Psicología”**. Unidad de Psicología DAE, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, 2013.
10. **“Guía para Tutoría para el Inicio de los Estudios”**. Unidad de Psicología DAE, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, 2013.
11. **“Validación de un Cuestionario de Evaluación de Calidad de Vida Universitaria”**. Unidad de Psicología DAE, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, 2012.
12. **“Prevalencia de Sintomatología Ansiosa y Depresiva en Estudiantes de Medicina”**. Unidad de Psicología DAE, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, 2012.
13. **“Prevalencia del Typus Melancholicus en estudiantes de Primer Año de Medicina”**. Unidad de Psicología DAE, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, 2012.
14. **“Programa de Asesoramiento Académico entre Pares”**. Unidad de Psicología DAE, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, 2012.
15. **“Normativa de Programa de Tutoría”**. Unidad de Psicología DAE, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, 2012.
16. **“Guía de Actividades Ser o no Ser: Asertividad es la Cuestión”**. Escuela de Medicina de la Universidad de Chile, 2011.
17. **“Test de Rorschach y Psicopatología”**. Unidad de Psicología DAE, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, 2011.
18. **“Comunicación Verbal en Medicina”**. Escuela de Medicina de la Universidad de Chile, 2011.

19. **“Comunicación Verbal, Exposición, Entrevista y Comunicado de Prensa”**. Escuela de Medicina de la Universidad de Chile, 2010.
20. **Apunte “Comunicación Verbal” para la Unidad de Comunicación de Introducción a la Clínica, de 2º año de Medicina**. Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, 2008.
21. **Capítulo “Entrevista Psicodiagnóstica Inicial del Modelo Integrativo Supraparadigmático” en el libro *Aportes en Psicología Clínica***. Autora: Leonor Villacura Avendaño, 2005. Editado por la Universidad Adolfo Ibáñez.
22. **“Entrevista Inicial del Modelo Integrativo Supraparadigmático”**. Tesis para optar al título de Magíster en Psicología Clínica. Autora: Leonor Villacura Avendaño. Santiago de Chile, Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa, 2004, 150 páginas.
23. **“Psicopatología en Epilepsia Temporal”**. Autores: Rubén Celis Schneider y Leonor Villacura Avendaño, 2001. Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.
24. **“La Desvinculación Asistida: un Desafío para el Área de Recursos Humanos en el Cumplimiento de la Responsabilidad Social de las Organizaciones”**. Tesis para optar al título de Magíster en Gestión de Recursos Humanos. Autores: Gigliola Satriani y Leonor Villacura Avendaño. Santiago de Chile, Universidad Gabriela Mistral, 2001, 100 páginas.

25. **“Adaptación del Modelo de Entrevista de las Tres Funciones de Estilos Comunicacionales Clínicos a la Entrevista Inicial y Diseño de un Programa de Formación del Modelo para Estudiantes de Psicología”.** Tesis para optar al título de psicóloga. Autores: Rubén Celis Schneider y Leonor Villacura Avendaño. Santiago de Chile, Universidad Gabriela Mistral, 2000, 120 páginas.
26. **“Diseño de un Modelo de Entrevista Clínica Psicológica y de un Programa de Formación del Modelo para Psicólogos”.** Autores: Rubén Celis Schneider y Leonor Villacura, 1998. Publicación asociada al Proyecto FONDECYT N° 1960119.
27. **“Manual para la Aplicación y Corrección de la Evaluación de la Entrevista Médica”.** Autores: César Carvajal, Anneliese Dörr, Rubén Celis Schneider y Leonor Villacura, 1997. Publicación asociada al Proyecto FONDECYT N° 1960119.

### 5.2.3 DIRECCIÓN Y ADMINISTRACIÓN UNIVERSITARIA

## 6. ACTIVIDADES PROFESIONALES

### 6.1 DESEMPEÑO PROFESIONAL

<b>Marzo 2010 hasta la fecha</b>	<b>Directora de la Unidad de Psicología de la Dirección de Asuntos Estudiantiles y Comunitarios de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.</b> El año 2010 me hice cargo de armar la Unidad y desde entonces, la coordino y dirijo. Esto implica velar por una atención de calidad a todos los estudiantes de pre y postgrado de la Facultad, que soliciten atención; supervisar en terreno y tutorear a los psicólogos de pre y postgrado en formación y pasantes que trabajan asistiendo a los consultantes; coordinar el trabajo administrativo y de gestión; generar los documentos clínicos y docentes que permitan el óptimo funcionamiento de la Unidad; dirigir las reuniones clínicas semanales; dirigir los proyectos de investigación que se desarrollan en nuestra Unidad; ser encargada de todos los cursos de formación general que imparte la Unidad; asistir representando a la Unidad a todas las reuniones que sean requeridas, dentro y fuera de la Facultad; coordinar las atenciones de urgencia e internaciones; comunicarme con las autoridades y familias de los estudiantes en situación de crisis, urgencia o internación; certificar ausencias e informes de interconsulta y derivación, etc.
<b>Mayo 2013 hasta la fecha</b>	<b>Dueña de la Consultora Leonor Villacura E.I.R.L.</b> Ofrece asesoría técnica en psicología clínica, organizacional, educacional; cursos, talleres, coaching, etc.
<b>Julio-Agosto 2010</b>	<b>Académica Universidad UNIACC,</b> Taller de Relaciones Humanas y Comunicación, Enseñanza de mi <b>Modelo de Psicodiagnóstico Inicial</b> Carrera de <b>Psicología.</b>
<b>Marzo de 2007 a Marzo 2011</b>	<b>Académica, Psicóloga e Investigadora de la Escuela de Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.</b>
<b>Marzo de 2007 a Marzo 2011</b>	Participa en la <b>Selección de Becados de Psiquiatría de la Universidad de Chile</b> a través de la Aplicación, Corrección e Interpretación del <b>Test de Rorschach.</b>

<b>Julio 2004 a la fecha</b>	Realiza labores de entrenamiento en <b>Modelo Psicodiagnóstico Inicial</b> y en <b>Interpretación del Test de Rorschach</b> a diversas empresas de selección de personal y psicólogos clínicos.
<b>Marzo a Octubre 2003</b>	Realiza <b>labores académicas</b> en el <b>Departamento de Salud Mental de la Sede Oriente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile</b>
<b>Marzo 2002 a Diciembre 2002</b>	<b>Docente</b> de la cátedra de <b>Psicología</b> de la <b>Universidad del Adulto Mayor de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.</b>
<b>Marzo 2002 a Diciembre 2002</b>	Realiza <b>labores académicas</b> como profesora de <b>Psicopatología</b> en el <b>Instituto Carlos Casanueva</b>
<b>Marzo 2002 a Julio de 2002</b>	<b>Docente</b> de la cátedra de <b>Psicopatología</b> de <b>3º Año de la Carrera Orientación en Relaciones Humanas y Familia.</b> Instituto Profesional Carlos Casanueva.
<b>Marzo 2001 a Enero 2002</b>	Realiza <b>labores académicas</b> en el <b>Departamento de Salud Mental de la Sede Oriente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.</b>
<b>Marzo a Julio de 2001</b>	<b>Profesor Ayudante</b> de las cátedras: de <b>Pruebas Psicológicas de 3º Año de Psicología; Pruebas Psicológicas I y II de 4º Año de Psicología; y Psicodiagnóstico de 5º Año de Psicología.</b> Escuela de <b>Psicología de la Universidad UNIACC.</b>
<b>Enero 2001 hasta la fecha</b>	<b>Consulta Particular.</b> Trabaja como psicóloga clínica realizando psicodiagnóstico, psicoterapia, counseling y coaching.
<b>Junio a Octubre de 2000</b>	Realiza <b>labores académicas</b> en el <b>Departamento de Salud Mental de la Sede Oriente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.</b>
<b>Marzo 2000 hasta la fecha</b>	<b>Coach y Asesora Comunicacional</b> de altos ejecutivos, Gerentes, Gerentes Generales y Empresarios. Además de ofrecer <b>asesoría integral en Comunicación y Trabajo en Equipo.</b> También realiza servicios de Outplacement o Desvinculación Programada para Ejecutivos en búsqueda de traslado o cambio de trabajo.

**Marzo 1999 a Diciembre 1999** **Pasantía en Psicología Clínica Infanto-Juvenil en el Consultorio Tierra Nueva** de la comuna de La Granja, bajo la supervisión de la Ps. Cecilia Araya. Realiza labores de **Psicodiagnóstico, Psicoterapia y Manejo para Padres y Cuidadores.**

**Enero de 1999 a Marzo de 2001:** Trabaja como **asistente de investigación en Epilepsia Criptogénica** para el Laboratorio **Novartis.**

**Marzo 1998 a Diciembre 1998** Realiza su **Práctica Profesional como Psicóloga Clínica de Adultos en la Clínica Psiquiatría de la Universidad de Chile.** Realiza labores de **Psicodiagnóstico, Psicoterapia Individual y Grupal, Docencia, Investigación y Publicaciones sobre Anorexia en Varones, Presentación de Casos Clínicos en Reuniones Clínicas,** Presentación de diversas **Exposiciones sobre Enfoques Teóricos de Psicología Clínica** y realiza **Psiquiatría de Enlace** en el **Hospital José Joaquín Aguirre,** donde además forma parte de la **Unidad del Dolor.**

**Marzo 1996 a Diciembre 1998** **Coinvestigadora en el Proyecto FONDECYT N° 1960119 “Enseñanza de Entrevista en Escuelas de Medicina”.** Realiza labores de **Evaluación, Construcción de un Vídeo Educativo** sobre el Modelo de Entrevista de las Tres Funciones de Bird y Cohen Cole, en el que aparece realizando la entrevista a una paciente. Y es **autora junto a Ps. Rubén Celis Schneider de un Manual sobre Entrevista Médica,** autoeditado con fondos del mismo Proyecto Fondecyt.

**Marzo de 1994 a Diciembre de 1997** **Ayudante de Sociología** de Primer Año de la Carrera de Psicología de la **Universidad Gabriela Mistral.**

**Marzo de 1994 a Marzo de 1997** Trabaja haciendo **clases particulares** de reforzamiento en **matemáticas** y **estadísticas** a alumnos de 1º Año de Psicología.

## 6.2. PROYECTO Y ACTIVIDADES DESTACADAS

1. Crear y dirigir la Unidad de Psicología de la Dirección de Asuntos Estudiantiles y Comunitarios de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

2. Abrir el camino de la docencia e investigación en Salud Mental y Calidad de Vida en Estudiantes de Educación Superior en Chile, ser reconocida en dicho rol también internacionalmente
3. Haber generado un Modelo Integrativo de Entrevista Clínica, que hoy se enseña en distintas universidades y escenarios académicos de pre y postgrado.
4. Estar trabajando en un propio Modelo Integrativo Fenomenológico de Psicología Clínica, que hoy enseñamos y aplicamos en la Unidad de Psicología DAEC de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.
5. Haber formado mi Consultora Leonor Villacura E.I.R.L., que ofrece asesoría técnica en psicología clínica, organizacional, educacional; cursos, talleres, coaching, etc., posibilitando contribuir desde un modelo a la sociedad chilena.
6. Haber armado la Unidad de Comunicación de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, haber trabajado en todas los campus coordinando dicha Unidad y haber, finalmente, liderado este equipo que realizaba docencia, investigación y asesorías, abriendo un campo en Chile, Latinoamérica y logrando el reconocimiento internacional por ello.

## 7. AUTOEVALUACIÓN DOCENTE

Los aspectos más importantes de mi actividad docente y mi contribución ha sido:

1. Generar una metodología más vivencial y significativa en el aprendizaje, generando un proceso de mayor autonomía en el proceso de enseñanza-aprendizaje y de evaluación diferenciada, que favorezca la diversidad e inclusión en el aula.
2. Poner a prueba todo ejercicio y metodología docente, a través de la investigación sistemática del efecto de ellos en los estudiantes.
3. Generar un clima de desarrollo personal, compromiso y bienestar con los estudiantes que me ha tocado trabajar.
4. Haber demostrado, a través de los estándares de funcionamiento de la Unidad de Psicología-DAEC de la Facultad de Medicina, que una docencia de excelencia y significativa, se puede lograr a través del compromiso, perseverancia y construcción colectiva, por sobre otros recursos, como los económicos.

## 8. DIFUSIÓN Y COMUNICACIONES

### 8.1. LIBROS Y CAPÍTULOS DE LIBROS

Leonor Villacura, "Aportes en Psicología Clínica", Editorial Universidad Adolfo Ibáñez, Santiago de Chile, 4 páginas.

### 8.2. PUBLICACIONES PERIÓDICAS

Señale contribuciones a revistas nacionales e internacionales indicando carácter (científicas, técnicas, artísticas, humanistas, etc.) existencia de comité editorial y grado de difusión.

1. Villacura, L., Irarrázabal, N., & López, I. (2017). Evaluation of depressive and anxiety symptomatology in medical students at the University of Chile. *Mental Health & Prevention*, 7, 45-49. Contribución científica a revista internacional, cuyo comité editorial es dirigido por profesionales destacadísimos de salud mental y el grado de difusión es de alto impacto e internacional.
2. Villacura, L., Irarrázabal, N., Dörr, A., Zamorano, C., Manosalva, J., Cánovas, C., & Barra, N. (2015). Mental disorders of students at the University of Chile. *Mental Health & Prevention*, 3(1-2), 21-25. Contribución científica a revista internacional, cuyo comité editorial es dirigido por profesionales destacadísimos de salud mental y el grado de difusión es de alto impacto e internacional.
3. Dörr, A., Dörr, M. P., Gorostegui, M. E., Mena, I., Flores, P., & Villacura, L. (2009). Efectos del consumo de marihuana en funciones cognitivas en jóvenes adolescentes. *Rev. med. nucl. Alasbimn j*, 11(43). Contribución científica a revista internacional online, cuyo comité editorial es dirigido por médicos nucleares destacadísimos y el grado de difusión es amplio e internacional.
4. Tapia, P. & Villacura, L. (1999). Anorexia Nerviosa en el Hombre. *Folia Psiquiátrica*, 1: 117-120 (1999). Revista nacional científica dedicada a patografías clínicas, editada por la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, cuyo objetivo es la divulgación y el fomento de la educación médica.

### 8.3. OTROS ESCRITOS E INFORMES

– Publicaciones docentes, libros y capítulos de libros:

1. **“Resiliencia”. Unidad de Psicología DAE, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, 2013.**
2. **“Desarrollo Personal según Etapas del Desarrollo”. Unidad de Psicología DAE, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, 2013.**
3. **“Consentimientos Informados para Unidad de Psicología”. Unidad de Psicología DAE, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, 2013.**
4. **“Ficha de Recepción para Unidad de Psicología”. Unidad de Psicología DAE, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, 2013.**
5. **“Ficha Autoadministrada para Adultos”. Unidad de Psicología DAE, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, 2013.**
6. **“Ficha Autoadministrada para Estudiantes de la Universidad de Chile”. Unidad de Psicología DAE, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, 2013.**
7. **“Características de la Población Estudiantil Consultante de la Unidad de Psicología”. Unidad de Psicología DAE, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, 2013.**
8. **“Categorías para Compilado de Estadísticas de la Unidad de Psicología”. Unidad de Psicología DAE, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, 2013.**
9. **“Compilado Histórico de Estadísticas de Unidad de Psicología”. Unidad de Psicología DAE, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, 2013.**
10. **“Guía para Tutoría para el Inicio de los Estudios”. Unidad de Psicología DAE, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, 2013.**
11. **“Validación de un Cuestionario de Evaluación de Calidad de Vida Universitaria”. Unidad de Psicología DAE, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, 2012.**
12. **“Prevalencia de Sintomatología Ansiosa y Depresiva en Estudiantes de Medicina”. Unidad de Psicología DAE, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, 2012.**

13. "Prevalencia del Typus Melancholicus en estudiantes de Primer Año de Medicina". Unidad de Psicología DAE, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, 2012.
14. "Programa de Asesoramiento Académico entre Pares". Unidad de Psicología DAE, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, 2012.
15. "Normativa de Programa de Tutoría". Unidad de Psicología DAE, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, 2012.
16. "Guía de Actividades Ser o no Ser: Asertividad es la Cuestión". Escuela de Medicina de la Universidad de Chile, 2011.
17. "Test de Rorschach y Psicopatología". Unidad de Psicología DAE, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, 2011.
18. "Comunicación Verbal en Medicina". Escuela de Medicina de la Universidad de Chile, 2011.
19. "Comunicación Verbal, Exposición, Entrevista y Comunicado de Prensa". Escuela de Medicina de la Universidad de Chile, 2010.
20. Apunte "Comunicación Verbal" para la Unidad de Comunicación de Introducción a la Clínica, de 2º año de Medicina. Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, 2008.
21. Capítulo "Entrevista Psicodiagnóstica Inicial del Modelo Integrativo Supraparadigmático" en el libro *Aportes en Psicología Clínica*. Autora: Leonor Villacura Avendaño, 2005. Editado por la Universidad Adolfo Ibáñez.
22. "Entrevista Inicial del Modelo Integrativo Supraparadigmático". Tesis para optar al título de Magíster en Psicología Clínica. Autora: Leonor Villacura Avendaño. Santiago de Chile, Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa, 2004, 150 páginas.
23. "Psicopatología en Epilepsia Temporal". Autores: Rubén Celis Schneider y Leonor Villacura Avendaño, 2001. Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.
24. "La Desvinculación Asistida: un Desafío para el Área de Recursos Humanos en el Cumplimiento de la Responsabilidad Social de las Organizaciones". Tesis para optar al título de Magíster en Gestión de Recursos Humanos. Autores:

**Gigliola Satriani y Leonor Villacura Avendaño. Santiago de Chile, Universidad Gabriela Mistral, 2001, 100 páginas.**

**25. “Adaptación del Modelo de Entrevista de las Tres Funciones de Estilos Comunicacionales Clínicos a la Entrevista Inicial y Diseño de un Programa de Formación del Modelo para Estudiantes de Psicología”. Tesis para optar al título de psicóloga. Autores: Rubén Celis Schneider y Leonor Villacura Avendaño. Santiago de Chile, Universidad Gabriela Mistral, 2000, 120 páginas.**

**26. “Diseño de un Modelo de Entrevista Clínica Psicológica y de un Programa de Formación del Modelo para Psicólogos”. Autores: Rubén Celis Schneider y Leonor Villacura, 1998. Publicación asociada al Proyecto FONDECYT N° 1960119.**

**27. “Manual para la Aplicación y Corrección de la Evaluación de la Entrevista Médica”. Autores: César Carvajal, Anneliese Dörr, Rubén Celis Schneider y Leonor Villacura, 1997. Publicación asociada al Proyecto FONDECYT N° 1960119.**

- Otras Publicaciones

1. “¡Se apareció marzo!”. Autora: Leonor Villacura. Chile.com, Marzo 2007.

#### 8.4. PONENCIAS A CONGRESOS NACIONALES E INTERNACIONALES

1. "Prevalencia de sintomatología depresiva y ansiosa en estudiantes consultantes de la Unidad de Psicología de la Dirección de Asuntos Estudiantiles de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile". Presentación oral realizada en el VIII Congreso Internacional en Ciencias de la Salud-ASOFAMECH, Coquimbo, 27 y 28 de junio de 2017.
2. "Características de los estudiantes que consultan la Unidad de Psicología-DAEC de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile". Presentación oral realizada en el VIII Congreso Internacional en Ciencias de la Salud-ASOFAMECH, Coquimbo, 27 y 28 de junio de 2017.
3. "Qué sugieren los estudiantes de las carreras de la salud para mejorar su calidad de vida en su establecimiento educacional". Presentación oral realizada en el VIII Congreso Internacional en Ciencias de la Salud-ASOFAMECH, Coquimbo, 27 y 28 de junio de 2017.
4. "Evaluación de Malestar Psicológico en Estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile". Presentación oral realizada en la XVII Jornada de Educación en Ciencias de la Salud, Santiago de Chile, 4 y 5 de mayo de 2017.
5. "Evaluación de Sintomatología Depresiva y Ansiosa en Estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile". Presentación oral realizada en la XVII Jornada de Educación en Ciencias de la Salud, Santiago de Chile, 4 y 5 de mayo de 2017.
6. "Evaluación de Malestar Psicológico en Estudiantes-Consultantes de la Unidad de Psicología-DAE de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile". Presentación oral realizada en la XVII Jornada de Educación en Ciencias de la Salud, Santiago de Chile, 4 y 5 de mayo de 2017.
7. "Sintomatología depresiva y ansiosa en estudiantes-usuarios de la Unidad de Psicología-DAE de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile". Presentación oral realizada en la XVII Jornada de Educación en Ciencias de la Salud, Santiago de Chile, 4 y 5 de mayo de 2017.
8. "Principales Factores que facilitan una Mejor Calidad de Vida Universitaria en los Estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile". Presentación oral realizada en la XVII Jornada de Educación en Ciencias de la Salud, Santiago de Chile, 4 y 5 de mayo de 2017.

9. "Evaluación de Autocompasión y Auto-eficacia en Estudiantes de Primer y Quinto años de Odontología de la Universidad de Chile". Presentación oral realizada en la XVII Jornada de Educación en Ciencias de la Salud, Santiago de Chile, 4 y 5 de mayo de 2017.
10. "Motivos de Consulta y Diagnósticos de los Estudiantes Consultantes de la Unidad de Psicología de la Dirección de Asuntos Estudiantiles de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile." Presentación oral realizada en la XVI Jornada de Educación en Ciencias de la Salud, Santiago de Chile, 19 y 20 de mayo de 2016.
11. "Evaluación de Sintomatología Depresiva y Ansiosa en los Estudiantes de Medicina de la Universidad de Chile." Presentación oral realizada en la XVI Jornada de Educación en Ciencias de la Salud, Santiago de Chile, 19 y 20 de mayo de 2016.
12. "Prevalence of Typus Melancholicus and Depression in Students of Medicina of the University of Chile". Conferencia realizada en el Simposio Regular "Mental Health of Students; Prevalence of Complaints and Disorders, Methods and Outcome of Counseling and Short-term Psychotherapy" del XVI Congreso Mundial de Psiquiatría, Madrid, España, 15 de septiembre de 2014.
13. "Análisis de las principales dificultades detectadas contextualizadas en nuestra realidad como Facultad". Conferencia realizada en el VI Taller para Docentes Clínicos de la Escuela de Fonoaudiología de la Universidad de Chile. Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Santiago de Chile. 24 de julio de 2014.
14. "Relevar las principales dificultades en salud mental que se detectan en los estudiantes en práctica profesional". Conferencia realizada en el VI Taller para Docentes Clínicos de la Escuela de Fonoaudiología de la Universidad de Chile. Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Santiago de Chile. 24 de julio de 2014.
15. "Características de la Población Estudiantil Consultante de la Unidad de Psicología". Conferencia realizada en la Jornada de Salud Mental de los Estudiantes Universitarios, realizada en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, Santiago de Chile, 13 de diciembre de 2013.
16. "Trastorno de Desarrollo Múltiple y Complejo". Fue presentado en modalidad de póster en La I Conferencia Latinoamericana del Espectro Autista, realizada en el Aula Magna de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, Santiago de Chile, 10 y 11 de septiembre de 2013.
17. "Evaluación del Typus Melancholicus en Estudiantes de Primer Año de Medicina de la Universidad de Chile", en la XI Jornada de Educación en Ciencias de la Salud, Santiago de Chile, 26 y 27 de agosto de 2010.

18. **“Efectos del consumo de marihuana en funciones cognitivas involucradas en el aprendizaje escolar: memoria y atención/concentración”, en XXVIII Jornadas Chilenas de Salud Pública, Santiago, 16 de Octubre de 2009.**
19. **“Taller: Efectos del consumo de marihuana en funciones cognitivas involucradas en el aprendizaje escolar: memoria y atención/concentración”, en 8º Congreso Chileno de Salud Mental. La Salud Mental un Desafío Urgente, Santiago de Chile, 8 de Enero 2009.**
20. **“Effects of consumption of marihuana on cognitive functions involved in scholastic learning: memory, attention / concentration and execution strategies”, en XIV World Congress of Psychiatry. Checoslovaquia, 22 de Septiembre de 2008.**
21. **“Efectos del consumo de marihuana en funciones cognitivas involucradas en el aprendizaje escolar: memoria y atención/concentración”, en Congreso Internacional de Patología Dual. Madrid, 30 de Mayo de 2008.**
22. **“Gustograma en estudiantes de medicina””, en Congreso Internacional de Patología Dual. Madrid, 30 de Mayo de 2008.**
23. **“Taller acontecimientos significativos: un espacio para la reflexión del quehacer médico desde el logos, el ethos y el pathos. Internado de Atención Primaria y Salud Familiar. Universidad de Chile 2007”, en IX Jornada en Educación en Ciencias de la Salud. Santiago, 15 de Mayo de 2008.**
24. **“Filmación de los Estudiantes de Medicina como Modalidad Eficaz de Entrenamiento en la Técnica de la Entrevista”, en II Festival de Video y Multimedia en Ciencias de la Salud, Santiago, 10 de enero de 2008.**
25. **“Impacto psicológico en los padres de hijos con Síndrome de Apnea del Lactante”, en II Congreso Chileno de Medicina del Sueño, Viña del Mar, 27 de Octubre de 2007.**
26. **“Análisis de un Caso de Trastorno Alimentario y su Abordaje Psicoterapéutico”. Conferencia realizada en Curso sobre Trastornos de la Alimentación II, Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile, junio 2006.**

27. **“Psicoterapia en los Trastornos de la Alimentación”**. Conferencia realizada en **Curso sobre Trastornos de la Alimentación I, Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile, noviembre 2005.**
28. **“El Autoconocimiento como Elemento Formativo del Estudiante: Uso de una Metodología de Autoevaluación en el Curso de Comunicación”**, en colaboración con las psicólogas Anneliese Dörr y María Luz Bascuñán. Trabajo presentado en las **IV Jornadas de Educación en Ciencias de la Salud, Decanato de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, mayo 2003. Presentación a cargo de Ps. María Luz Bascuñán. Presentación premiada.**
29. **“Características Psicosociales de los Estudiantes de Medicina de Primer Año”**, en colaboración con la E.U. Ana Marchandón. Trabajo presentado en el Congreso Mundial de la Asociación Internacional de Educación Médica (AMEE), realizado en Portugal, septiembre de 2002.
30. **“Características Psicosociales de los Estudiantes de Medicina de Primer Año”**, en colaboración con la E.U. Ana Marchandón. Trabajo presentado en la **III Jornada de Educación en Ciencias de la Salud, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, 8, 9 y 10 de mayo de 2002.**
31. **“Resultados de la Evaluación del Curso de Comunicación como parte del Nuevo Currículo de la Carrera de Medicina de la Universidad de Chile”**, en colaboración con la Ps. Anneliese Dörr y la Dra Matilde Pulgar. Trabajo presentado en las **III Jornadas de Educación en Ciencias de la Salud, Decanato de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, 8, 9 y 10 de mayo 2002.**
32. **“Innovación en la Metodología empleada para Curso de Comunicación de Segundo Año de Medicina”**. Trabajo presentado en las **II Jornadas de Educación en Ciencias de la Salud, Decanato de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, 23, 24 y 25 de mayo 2001.**
33. **“Materiales y Técnicas Utilizados en el ramo de Comunicación de Segundo Año de Medicina”**. Trabajo presentado en las **II Jornadas de Educación en Ciencias de la Salud, Decanato de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, 23, 24 y 25 de mayo 2001.**
34. **“Propuesta de un Sistema de Evaluación para Curso de Comunicación de Segundo Año de Medicina”**. Trabajo presentado en las **II Jornadas de**

**Educación en Ciencias de la Salud, Decanato de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, 23, 24 y 25 de mayo 2001.**

- 35. "Psicopatología en Epilepsia Temporal", en colaboración con el Dr. D. Ramírez, Anneliese Dörr y Rubén Celis. Trabajo presentado en la Reunión de Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, Santiago de Chile, octubre 2000.**
  
- 36. "Experiencia del Ramo de Comunicación en la Unidad de Introducción a la Clínica de II año de Medicina". Trabajo presentado en las Jornadas de Educación de la Salud "Evidencias y Creatividad en la Docencia en Ciencias de la Salud". Decanato de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, Santiago, entre el 30 de marzo y 1 de abril de 2000.**
  
- 37. "Psicopatología en Epilepsia Temporal, un Análisis Crítico de la Metodología Utilizada en las Investigaciones y una Propuesta Metodológica". Conferencia dirigida a la Sociedad de Neurofisiología Clínica en la Reunión Anual, 53º Congreso Chileno de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía. Viña del Mar, noviembre de 1998.**
  
- 38. "Alexitimia en Estudiantes Universitarios", en colaboración con Dra. Patricia Tapia y Claudia Ornstein. Trabajo presentado en la Reunión Anual, 53º Congreso Chileno de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, Viña del Mar, noviembre de 1998. Presentación modalidad póster.**

## 8.5. CONFERENCIAS.

1. “Salud Mental y Calidad de Vida en Estudiantes Universitarios”, conferencia a dar en la Jornada de Salud Mental Universitaria, el día 29 de septiembre de 2017, en Valdivia.
2. “Estrés y Burnout en Estudiantes de carreras de la salud”, conferencia con la que se inauguró el Taller de Control del Estrés, organizado por la Sociedad Chilena de Educación en Ciencias de la Salud, dirigido a académicos de carreras de la salud. Santiago de Chile, 24 de marzo de 2017.
3. “Estrés y Burnout en Estudiantes de carreras de la salud”, conferencia con la que se inauguró en la Universidad de Concepción el “Taller Control del Estrés. Temas Estrés y Burnout”, dirigido a académicos en ciencias de la salud asistentes a las Jornadas de Educación Médica JEM 2017. Concepción, Chile, 12 de enero de 2017.
4. “Prevalence of Typus Melancholicus and Depression in Students of Medicina of the University of Chile”, conferencia dada en el Simposio Regular “Mental Health of Students; Prevalence of Complaints and Disorders, Methods and Outcome of Counseling and Short-term Psychotherapy”, en el XVI Congreso Mundial de Psiquiatría realizado en Madrid, España, 15 de septiembre de 2014.
5. “Salud Mental de los Estudiantes Universitarios” conferencia dada en la 1era Jornada de Salud Mental en estudiantes Universitarios, en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. 13 de diciembre de 2013.

## 9. FORMACIÓN PROFESIONAL Y ACADÉMICA

Las personas que han contribuido en forma importante en mi formación profesional y académica son:

1. Ps. Ety Rapaport, profesora patrocinante de mi tesis para optar al título de psicóloga. Ella me ayudó generosamente en la orientación de mi trabajo en psicodiagnóstico, acercándome además a mi vocación investigativa y académica.
2. Dr. Ramón Florenzano, profesor patrocinante de mi tesis para optar al título de psicóloga. Me dio la oportunidad de ingresar a la investigación y la docencia.
3. Ps. Anneliese Dörr. Ella me ha incentivado a continuar trabajando, dándome generosamente un espacio en sus investigaciones y docencia.
4. Dra. María Leonor Avendaño Kunstmann. Mi madre me interesó en la medicina, en la investigación y en la docencia, invitándome desde pequeña a su trabajo y trabajando juntas cuando adulta.

## 10. ACTIVIDADES ACADÉMICAS QUE DESARROLLA A LA FECHA DE ESTE CURRÍCULO FUERA DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE.

11. **OTRA ADMINISTRACIÓN NO UNIVERSITARIA**(científica, cultural, gremial u otras) .

Colegio de Psicólogos de Chile.

12. **SOCIEDADES A LAS QUE PERTENECE** (científicas, artísticas, etc.).

Miembro de la sociedad científica internacional **Society for the Exploration of Psychotherapy Integration (SEPI)**.

Miembro de la sociedad internacional de coaching **International Coaching Community (ICC)**.

### 13. REFERENCIAS

1. Psicóloga Anneliese Dörr, Directora del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Oriente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.
2. Prof. Antonio Mondaca, Director de Asuntos Estudiantiles y Comunitarios de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.
3. Prof. Ilse López, académica y metodóloga del Departamento de Educación en Ciencias de la Salud de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.
4. Dra. Christel Hahne, Directora del Departamento de Educación en Ciencias de la Salud de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

### 14. ANTECEDENTES ADICIONALES

#### CONOCIMIENTO DE IDIOMAS

Nivel Avanzado : **Alemán**

Nivel Medio : **Inglés**

#### ASISTENCIA A CONGRESOS, CURSOS Y SEMINARIOS

1. Asistencia a la XVII Jornada de Educación en Ciencias de la Salud, Santiago de Chile, 4 y 5 de mayo de 2017.
2. Asistencia a la XVI Jornada de Educación en Ciencias de la Salud, Santiago de Chile, 19 y 20 de mayo de 2016.
3. Asistencia al Primer Curso “Formación en Tamizaje e Intervenciones Breves para el Consumo Riesgoso de Sustancias en Estudiantes Universitarios”. Vicerrectoría de Asuntos Estudiantiles y Comunitarios de la Universidad de Chile. Santiago, 5 de noviembre de 2015.
4. Asistencia al Taller “¿Qué entendemos por equidad, diversidad e inclusión en la Educación superior? Desafíos y oportunidades en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile”. Dirección de Pregrado de la Facultad de Medicina en conjunto

con el Departamento de Pregrado de la Vicerrectoría de Asuntos Académicos. **Santiago**. 29 y 31 de julio de 2015.

5. Asistencia al XVI Congreso Latinoamericano de Rorschach y otras Técnicas Proyectivas – ALAR 2015. Primer Congreso Chileno de Psicodiagnóstico de Rorschach y otras Técnicas Proyectivas – APROCH 2015. Asociación Latinoamericana de Rorschach y Asociación de Psicodiagnóstico de Rorschach de Chile. Facultad de Psicología de la Universidad Gabriela Mistral. **Santiago**, 23, 24 y 25 de julio de 2015.
6. Asistencia y Presentación al VI Taller para Docentes Clínicos de la Escuela de Fonoaudiología de la Universidad de Chile. Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. **Santiago**. 24 de julio de 2014.
7. Asistencia y Presentación en la Conferencia “Salud Mental de los Estudiantes Universitarios”, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. **Santiago**. 13 de diciembre de 2013.
8. Asistencia a la Conferencia sobre Prevalencia de Patologías Psiquiátricas en Estudiantes de la Universidad de Heidelberg, dictada por el Prof. Dr. Rainer Holm-Hadulla, en la Universidad Diego Portales. **Santiago**. 12 de diciembre de 2013.
9. Asistencia a la Conferencia “Genio y Melancolía: a Jim Morrison en su Septuagésimo Cumpleaños”, dictada por el Prof. Dr. Rainer Holm-Hadulla, en el Heidelberg Center para América Latina. **Santiago**. 11 de diciembre de 2013.
10. Asistencia al Symposium Internacional “100 años de la Psicopatología General de Jaspers”, Centros de Estudios de Fenomenología y Psiquiatría de la Universidad Diego Portales. **Santiago**. 25 de octubre de 2013.
11. Asistencia a la Reunión Mensual “PECS Terapia de Comunicación Aumentativa” del Grupo de Trastornos del Desarrollo de la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia. **Santiago**. 28 de septiembre de 2013.
12. Asistencia a la Reunión Mensual “Intervención Temprana de Fonoaudiología en Niños con TGD” del Grupo de Trastornos del Desarrollo de la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia. **Santiago**. 28 de septiembre de 2013.
13. Asistencia al XVII Symposium Internacional “Los Fenómenos Psicóticos de Aparición Temprana” del Colegio Chileno de Neuropsicofarmacología. **Santiago**. 27 de septiembre de 2013.
14. Asistencia y Presentación en la Primera Conferencia Latinoamericana del Espectro Autista. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Campus Norte de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. **Santiago**. 10 y 11 de septiembre de 2013.

15. Asistencia al Taller de Perfeccionamiento para Docentes de Formación General sobre Evaluación, Pautas, Estándares y Rúbricas. Departamento de Educación en Ciencias de la Salud, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. **Santiago**. 5 de agosto y 9 de septiembre de 2013.
16. Asistencia a la XVI Jornada de Reflexión “Diagnóstico Autismo Hoy” del Grupo de Trastornos del Desarrollo de la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia. **Santiago**. 31 de agosto de 2013.
17. Asistencia al Seminario “Fenomenología de la Corporalidad. Salud y Enfermedad”. Departamento de Humanidades y la Escuela de Medicina, Universidad Andrés Bello. **Santiago**. 14 de noviembre de 2012.
18. Asistencia al Taller de Perfeccionamiento para Docentes de Formación General “Evaluación y Construcción de Rúbricas”. Departamento de Educación en Ciencias de la Salud. **Santiago**. 9 y 23 de octubre de 2012.
19. Asistencia VIII Simposio Internacional de Psicopatología y Psiquiatría Clínica. Facultad de Medicina de la Universidad del Desarrollo y Clínica Alemana. **Santiago**. 5 y 6 de octubre de 2012.
20. Asistencia a la Primera Jornada de Desarrollo Moral y Educación. Departamento de Bioética y Humanidades Médicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. **Santiago**. 16 de marzo de 2012.
21. Asistencia al Seminario-Taller de Capacitación en el Método Konstanz de Discusión de Dilemas”. Departamento de Bioética y Humanidades Médicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. **Santiago**. 12 al 15 de marzo de 2012.
22. Asistencia al VI Simposio Internacional de Psicopatología y Psiquiatría Clínica. **Santiago**, 15 y 16 de octubre de 2010.
23. Asistencia al XXVIII Congreso de la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia - SOPNIA 2010. **Santiago**, del 20 al 23 de Octubre de 2010.
24. Asistencia al Curso para la Certificación Internacional de Coaching con PNL., International Coaching Community. INCAPT. **Santiago**, agosto-septiembre 2010.
25. Asistencia a la Jornada de Reflexión “Empatía, Aspectos Neurobiológicos, Clínicos y Sociales” del Grupo de Trastornos del Desarrollo de la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia. **Santiago**. 28 de agosto de 2010.
26. Asistencia y Presentación al XI Jornadas de Educación en Ciencias de la Salud “Autoevaluación, Acreditación y Calidad”. Departamento de Educación en Ciencias

de la Salud de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Santiago, 26 y 27 de Agosto de 2010.

27. Asistencia a Jornadas de Reflexión del Grupo del Trastornos del Desarrollo de la Sociedad Chilena de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia “Empatía: aspectos neurobiológicos, clínicos y sociales”. Sociedad Chilena de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia, Liga Chilena contra la Epilepsia. Santiago, 28 de Agosto de 2010.
28. Asistencia a V Jornada de Formación Continua para el Siglo XXI “Modalidades de Evaluación para Estudiantes Adultos”. Universidad UNIACC. Santiago, 6 de Agosto de 2010.
29. Asistencia a Curso de Educación en Bioética. Departamento de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Santiago, Marzo de 2010.
30. Asistencia a VI Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y de la Salud. Universidad de las Américas, Sede Providencia. Santiago, 27, 28, 29 y 30 de Octubre de 2009.
31. Asistencia a Simposio Internacional: Psicopatología, Psiquiatría y Psicodesarrollo. Departamento Científico Docente de la Clínica Alemana y Facultad de Medicina de la Universidad del Desarrollo. Clínica Alemana. Santiago, 9 y 10 de Octubre de 2009.
32. Asistencia a la IX Jornada de Educación en Ciencias de la Salud “Innovaciones educacionales en ciencias de la salud. ¿Efecto o Impacto? en la atención de salud”. Departamento de Educación en Ciencias de la Salud, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Santiago, 15 y 16 de Mayo de 2008.
33. Asistencia al Taller Pre-Conferencia “Trastornos de Personalidad”, dirigido por el Doctor en Psicología Vicente Caballo. II Conferencia Internacional “Psicología Básica y sus aplicaciones prácticas. Avances e innovaciones en Iberoamérica”. Universidad de las Américas. Santiago, 24 de Abril de 2008.
34. Asistencia al II Festival de Videos y Multimedia en Ciencias de la Salud: Videomed 2008. Departamento de Educación en Ciencias de la Salud, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Santiago, 10 y 11 de Enero de 2008.
35. Asistencia al II Congreso de la Sociedad Chilena de Medicina del Sueño. Viña del Mar, 26 y 27 de Octubre de 2007.
36. Asistencia al debate “Origen de la Vida”. Sus expositores fueron los Profesores Doctores Norbel Galanti, Fernando Orrego y Carlos Valenzuela. Decanato de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile e Instituto de Ciencias Biomédicas (ICBM). Santiago, 26 de Junio de 2007.

37. Asistencia al curso "Somatización y Síntomas Médicos Inexplicables". Dictado por la psiquiatra Dra. Sandra Fortes, Profesora Adjunta de Psicología Médica de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad del Estado de Río de Janeiro. Clínica Psiquiátrica Universitaria de la Universidad de Chile. Santiago, 20 y 21 de Abril de 2007.
38. Asistencia a las Segundas Jornadas de Medicina del Sueño, Hospital de Carabineros General Humberto Arriagada. Santiago, 10 y 11 de Noviembre de 2006.
39. Asistente a la conferencia titulada "Professionalism instead of Proficiency: Can Medical School Take the Challenge?." Profesionalismo en lugar de eficiencia: puede una Escuela de Medicina tomar ese desafío?". Dictada por el Dr. Avi Rotschild M.D; The Ruth and Bruce Rappaport Faculty of Medicine, Israel. Departamento de Bioética y Humanidades Médicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, Santiago, 17 de Noviembre de 2006.
40. Asistencia al Taller Clínico Internacional "Relaciones Psicoterapéuticas que Funcionan. Alianza Terapéutica: la variable que mejor predice el resultado en psicoterapia". Dictado por PhD. John Norcorss. Universidad Adolfo Ibáñez, Escuela de Psicología e Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa. Santiago, Septiembre de 2006.
41. Asistencia al Seminario "Grandes Filósofos del Siglo XX". Universidad Adolfo Ibáñez, Facultad de Humanidades. Santiago, Junio 2006.
42. Asistencia al II Curso Internacional de "Psiquiatría en el Hospital General". Santiago, Agosto, 2006.
43. Asistencia y Presentación al II Curso sobre Trastornos Alimentarios. Santiago, Junio, 2006.
44. Asistencia al Seminario sobre "Grandes Filósofos del Siglo XX". Santiago, Junio, 2006.
45. Asistencia y Presentación al I Curso sobre Trastornos Alimentarios. Santiago, Noviembre, 2005.
46. Asistencia al Taller "Ética y Comunicación de malas noticias a pacientes y familiares". Dirigido por el Dr. Ronald Epstein, Director del Centro de Comunicación en Salud de la Universidad de Rochester de Nueva York. Santiago, Noviembre 2005.
47. Asistencia al I Simposium de Comunicación en Salud. Innovaciones curriculares y asistenciales. "Reflexionando sobre dilemas éticos y

nuevos desafíos en la relación paciente-profesionales de salud". Santiago, 17 y 18 de Noviembre 2005.

48. Asistencia al Seminario de Trastornos de la Conducta Alimentaria: Anorexia – Bulimia. Santiago, Julio 2004.
49. Asistencia al V Symposium Internacional del Colegio Chileno de Neuropsicofarmacología "El concepto de vulnerabilidad en psiquiatría y psicósomática". Santiago, 8 y 9 de Noviembre 2001.
50. Asistencia al XIX Congreso de la Sociedad de Psiquiatría Y Neurología de la Infancia y Adolescencia. Viña del Mar, Octubre 2001.
51. Asistencia a la Jornada del Grupo de Trastornos del Desarrollo de la Sociedad de Neurología y Psiquiatría Infantil. Santiago, Agosto 2001.
52. Asistencia a la II Jornada de Educación en Ciencias de la Salud. Santiago, Mayo 2001.
53. Asistencia al IV Symposium Internacional del Colegio Chileno de Neuropsicofarmacología. Santiago, Noviembre 2000.
54. Asistencia al XVIII Congreso de la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia. Viña del Mar, Octubre 2000.
55. Asistencia a la Jornada de Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Santiago, Octubre 2000.
56. Asistencia a la Jornada "Evidencias y Creatividad en la Docencia en las Ciencias de la Salud". Santiago, Abril 2000.
57. Asistencia al XVII Congreso de la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia. Viña del Mar, Noviembre 1999.
58. Asistencia al 54º Congreso Chileno de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía. Valdivia. Octubre 1999.
59. Asistencia al Encuentro Internacional de Psicoanálisis. Santiago, 1999.
60. Asistencia al III Curso de Terapias del Duelo "Niveles de Reconciliación de Sistemas en Pérdida y Reparación", Santiago, Octubre 1999.
61. Asistencia a la Conferencia y Seminario de Psicología Analítica C.G. Jung., dictado por Murray Stein. Santiago, Agosto 1999.

62. Asistencia al XV Congreso Anual de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia. Santiago, Noviembre 1998.
63. Asistencia a la Reunión Anual de Neurofisiología, paralela al 53º Congreso Chileno de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, Viña del Mar, Noviembre 1998.
64. Asistencia al 53º Congreso Chileno de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía. Viña del Mar, Noviembre 1998.
65. Asistencia al V Congreso Nacional de Psicología, Santiago, Noviembre 1997.
66. Asistencia al Symposium Regional de la Asociación Mundial de Psiquiatría. Santiago, 22-25 de Octubre de 1997.
67. Asistencia al XV Congreso Anual de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia. Santiago, Octubre 1997.
68. Asistencia al Curso- Taller de Enseñanza de Técnicas de Entrevista en Escuelas de Medicina. Santiago, Octubre 1997.
69. Asistencia al VIII Congreso de Estudiantes de Psicología, "Intervención Psicológica y Lenguaje". Santiago, del 31 de Octubre al 3 de Noviembre de 1996.
70. Asistencia al Curso "Educación Sentimental", dictado por el Dr. Enrique Rojas. Santiago, Octubre 1996.
71. Asistencia al Curso-Taller "Hipnosis Clínica Ericksoniana". Santiago, 1995.

## 2) David Díaz Rojas

# David Antonio Díaz Rojas

18.201.081-2

Teléfono: +56 9 8120 6917

Correo electrónico: daviddr19.08.92@gmail.com

## Antecedentes Personales

---

- Domicilio: Portugal #564, departamento 2520
- Comuna: Santiago centro
- Región: Metropolitana
- Fecha de nacimiento: 19 de agosto de 1992
- Estado Civil: Soltero
- Nacionalidad: Chilena

## Objetivo Profesional

---

- Desarrollo en áreas de trabajo ligadas a mis intereses personales y profesionales, con una perspectiva trabajo forma responsable, cooperativa y activa. Desde mi formación profesional y mi experiencia laboral, presento aptitudes en áreas de atención clínica, trabajo con público y exposición, así como también de atención personalizada de personas.

## Formación Académica

---

- 2018 - Diploma investigación cuantitativa en Unidad de Psicología DAEC de la Facultad de Medicina, Universidad de Chile.
- 2018 – Diploma egreso de pasantía en Unidad de Psicología DAEC de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile
- 2017 - Taller de tutor en gestión del Patrimonio Cultural. ONG Desarrollo Solidario Internacional.
- 2015 - Diplomado en postítulo en psicoterapia constructivista cognitiva de adultos. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.
- 2015 - Licenciado en Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.
- 2015 - Práctica Profesional en Psicología Clínica, Dirección de Bienestar Estudiantil,

Programa de Apoyo Psicológico (PAS), Facultad de Economía y Negocios, Universidad de Chile.

- 2014 – Psicodiagnóstico infanto-Juvenil en hospital clínico San Borja-Arriarán para el ramo electivo “Psicodiagnóstico niños y adolescentes”, Universidad de Chile.
- 2012 - Ayudantía en ramo de Psicobiología de la carrera de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.

## **Experiencia Laboral**

---

- 2019 – Investigador en calidad de vida universitaria: Validación Instrumento ASSIST en una forma Autoadministrada en Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Independencia, Santiago.
- 2018 – Profesor en curso “Procesos Psicológicos Básicos”, Universidad de las Américas. La Florida, Santiago.
- 2018 – Psicólogo en Unidad de Apoyo Psicológico de la Dirección de Asuntos Estudiantiles y Comunitarios. Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Independencia, Santiago
- 2016 - Psicólogo Clínico en Dirección de Bienestar Estudiantil, Programa de Apoyo Psicológico (PAS), Facultad de Economía y Negocios, Universidad de Chile. Santiago Centro, Santiago
- 2015 – Psicólogo Clínico en Clínica de atención psicológica (CAPs) de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile para el diplomado en postítulo en psicoterapia constructivista cognitiva de adultos de la Universidad de Chile.

## **Información Adicional**

---

- Manejo de inglés fluido.
- Conocimiento intermedio de Word, y básico de Excel.
- Manejo en aplicación y evaluación de Test de Rorschach desde el modelo comprensivo de Exner.
- Manejo en pruebas proyectivas infanto-juveniles como: Test del dibujo de familia, Test de la persona bajo la lluvia, Test de apercepción temática (TAT).
- Manejo en pruebas cognitivas infanto-juveniles como: Test de la figura compleja de rey, Bender-bip, Test de inteligencia para niños de Weschler (WISC III).

### 3) Fabiola Sánchez

**Fabiola Andrea de los Ángeles Sánchez Saez**  
**Psicóloga Titulada con formación Clínica y Educacional**  
**Certificada por el MINEDUC N°123,835**

**Certificada por la SUPERINTENDENCIA DE SALUD N° 315401**

“Soy una mujer responsable, confiable, que busca la constante superación y aprendizaje. Me logro integrar con facilidad a medios sociales nuevos, me agrada trabajar en equipo y recibir críticas que promuevan mi desarrollo profesional.”

#### **Antecedentes Personales**

---

Fecha de Nacimiento : 25 de Abril de 1990  
R.U.T. : 17.406.834-8  
Teléfono Celular : +569 6534 2727  
Correo Electrónico : fabiolasanchezugm@gmail.com

#### **Antecedentes Académicos**

---

**2015** **Diplomado Herramientas de evaluación Psicolaborales**  
Fullver Consultores

**2014** **Licenciada y Titulada de Psicología**  
Universidad Gabriela Mistral

**2009-2013** **Egresada de Psicología**  
Universidad Gabriela Mistral  
Conocimiento teórico y práctico de la ciencia psicológica.

**1996-2006** **Título de enseñanza media científico-humanista**  
Colegio Larraín  
Formación integral científico humanista.

#### **Distinciones**

**2014** Reconocimiento A La Mejor Alumna Generación 2014  
**2009-2013** Beca a la Excelencia Académica Universidad Gabriela Mistral.

#### **Seminarios Cursados**

---

*Seminario de familia y su abordaje desde una perspectiva sistémica, Universidad Gabriela Mistral, 2012.*

*Seminario de Orientación Educacional-Vocacional, Universidad Gabriela Mistral, 2013.*

*Seminario de Psicofármacos, Universidad Gabriela Mistral, 2011.*

*Seminario educación para la convivencia, Universidad Gabriela Mistral, 2014.*

#### **Idiomas**

---

Inglés Escrito y Oral: Nivel Intermedio

## Herramientas Computacionales

---

R studio, SPSS, Microsoft Office (Word, Excel, PowerPoint, entre otros): Nivel Usuario Avanzado

## Experiencia Laboral

---

**2016 Psicóloga en Unidad de Psicología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.**

Psicodiagnóstico, psicoterapia basada en el modelo integrativo, labor docente desempeñada en curso de formación general (CFG) e investigación.

**2015-2016 Sociedad Los conquistadores**

Psicóloga proyecto de integración Colegio Los Conquistadores (24 horas)  
Psicóloga Educacional colegio Terra andina (16 horas).  
En la actualidad sólo en Colegio Los Conquistadores.

**2013 Escuela Nuevo Horizonte**

Práctica Profesional Psicóloga Educacional

Cargo: Psicóloga Escolar

Funciones:

- ❖ Realizar entrevista clínicas, aplicación e interpretación de baterías de test.
- ❖ Elaboración de informes clínicos y educacionales.
- ❖ Construcción y aplicación de talleres psicoeducativos según necesidades detectadas.
- ❖ Se trabajaron temas como: expectativas paternas, alianza colegio-escuela, convivencia escolar, autocuidado, autocontrol, hábitos de estudio, entre otros
- ❖ Apoyar en el equipo PIE y a los alumnos bajo la Ley SEP.
- ❖ Planificar y efectuar acompañamiento psicológico ante las diversas necesidades educativas especiales.
- ❖ Desarrollar procesos de consejería educacional- vocacional.

**2014 - 2015 Universidad Gabriela Mistral**

Cargo:

- ❖ Ayudante del ramo Evaluación de técnicas Proyectivas dirigido por Carmen Larraín, psicóloga de la Universidad Católica de Chile.

**2011-2014 Universidad Gabriela Mistral**

Cargo:

- ❖ Ayudante del ramo Psicología Experimental en la Universidad Gabriela Mistral.
- ❖ Ayudante del ramo Psicología del Aprendizaje en la Universidad Gabriela Mistral.
- ❖ Ayudante del ramo Técnicas de Análisis Cuantitativos en la Universidad Gabriela Mistral.

## **Referencias**

Mónica Mehench Laban, Supervisora de práctica: [monicamehech@gmail.com](mailto:monicamehech@gmail.com)

Iván Armijo, Decano Facultad Psicología UGM: [iarmijo@gmail.com](mailto:iarmijo@gmail.com)

Patricia Zañartu Rosselot, Jefa de Ayudantes Psicología Experimental y Aprendizaje  
: [patriciazanartu@gmail.com](mailto:patriciazanartu@gmail.com)

Escuela Nuevo Horizonte: <http://www.escuelanuevohorizonte.com>