



Universidad de Concepción  
Unidad de Postgrado  
Facultad de Ciencias Sociales  
Programa de Magister en Trabajo Social y Políticas Sociales

# **VULNERACIÓN DE DERECHOS A NIÑOS/AS Y ADOLESCENTES. UN ESTUDIO DE FACTORES PERSONALES Y SOCIALES PRESENTES EN ADULTAS/OS QUE PARTICIPAN EN UN PROGRAMA DE PROTECCIÓN**

Tesis para optar al grado de Magister en Trabajo Social y Políticas Sociales

ISABEL CRISTINA DEL CARMEN TORRES NAVARRETE

Concepción-Chile

14 de junio de 2023

**Profesor(a) Guía:** Sra. Isis Chamblás García Depto.  
de Trabajo Social Facultad de Ciencias Sociales  
Universidad de Concepción



## Contenido

INDICE DE TABLAS .....	4
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
Justificación .....	12
II. MARCO REFERENCIAL .....	15
II.1 Marco Teórico y Conceptual.....	15
Modelo Ecológico.....	15
La violencia desde la perspectiva del Modelo ecológico. Planteamiento de la OPS.....	15
Vulneración de derechos hacia niños/as y adolescentes .....	12
Perfil de los adultos responsables que vulneran los derechos de NNA.....	14
Consecuencias de la vulneración de derechos en niños/as y adolescentes (OPS y OMS).....	15
Declaraciones internacionales y nacionales sobre protección de derechos .....	16
Programas especializados que atienden vulneración grave de derechos:.....	18
II.2. Marco Empírico.....	20
III. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN .....	25
Objetivo General: .....	25
Objetivos Específicos:.....	25
Hipótesis:.....	25
IV. IDENTIFICACIÓN Y DEFINICIÓN DE VARIABLES .....	26
V. METODOLOGÍA.....	31
a) Diseño y tipo de estudio:.....	31
b) Unidad de Análisis: .....	31
c) Unidad de Observación: .....	31
d) Universo.....	31
e) Fuentes y Técnicas de Información.....	32
f) Instrumentos: .....	32
g) Trabajo de Campo: .....	34
h) Consideraciones Éticas de la investigación. ....	34
i) Plan de Análisis .....	35
VI. RESULTADOS .....	36
1. Descripción característica sociodemográficas de los adultos.....	36
1.1 Características demográficas .....	36
1.2 Características Sociofamiliares .....	41
1.2.1 Características de las Familias .....	41
1.3 Características Socioambientales .....	47
1.3.1 Características de la Vivienda.....	47
1.3.2 Características del entorno .....	49
2. Situaciones de Salud Mental (Depresión, Ansiedad Y Estrés) presente en Adultos	



Responsables de NNA participantes en Un Programa De Protección Ambulatoria .....	50
2.1 Dimensión Depresión .....	50
2.2 Dimensión Ansiedad.....	52
2.3. Dimensión Estrés.....	54
3. Presencia de Consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) en adultos responsables de NNA .....	56
3.1 Consumo de alcohol, tabaco y sustancias en adultos responsables participantes en un programa de protección ambulatoria .....	56
4. Funcionamiento familiar y Apoyo Social según Evaluación realizada por los adultos que participan en el Programa.....	60
4.1.- Valoración del Funcionamiento Familiar Antes y Durante la participación en un Programa de Protección Ambulatoria.....	60
4.1.1 Evaluación de la Dinámica Familiar Antes y Durante la participación de adultos responsables en un Programa de Protección de derechos.....	60
4.1.2.- Insatisfacción con el Funcionamiento Familiar Antes y Durante la participación en un Programa de Protección de derechos, según adultos responsables de NNA .....	62
4.2.- Apoyo Social percibido Antes y Durante la participación en un Programa de Protección.....	63
4.2.1 Dimensión Apoyo Social de Personas Significativas.....	63
4.2.2. Dimensión Apoyo Social de la Familia.....	65
4.2.3 Dimensión Apoyo Social de Amigos .....	66
4.2.4 Apoyo Social Percibido Global.....	67
5) Relación de factores ambientales y personales con Tipo de Vulneración de Derechos.....	68
Derechos .....	68
5.1. Tipo de Vulneración de Derechos a Niños/as y Adolescentes según Características Sociodemográficas de adultos que participan en un Programa de Protección.....	68
5.2. Situaciones de Vulneración de Derechos a NNA según Características del Entorno Familiar de adultos responsables que participan en un Programa de Protección.....	71
5.3. Tipos de Vulneración de Derechos a NNA según Características del Entorno Social, en adultos responsables que participan en un Programa de Protección.....	73
6) Nivel de relación de los problemas de salud mental en los adultos responsables respecto de los Tipos de vulneración de derechos de NNA.....	76
7) Interrelación factores personales, familiares y ambientales en personas que participan en programa de protección ambulatoria.....	79
VII. CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN.....	81
CONCLUSIÓN Y REFLEXIÓN GENERAL .....	90
LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	91
X. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA .....	92
XI ANEXOS.....	98
ANEXO Nº1 INSTRUMENTO DE ENCUESTA .....	98
ANEXO Nº2 CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	109
ANEXO Nº3 Modelos de Intervención Social aplicados en situaciones de Vulneración de	



Derechos (Basados en Viscarret, 2014).....	111
ANEXO N°4. TABLAS.....	113



## INDICE DE TABLAS

.....	1
Tabla 1:.....	36
<i>Distribución del rango etario según el sexo de los adultos responsables de NNA, que participan en un programa de protección ambulatoria. ....</i>	<i>36</i>
Tabla 2:.....	37
<i>Distribución de la Escolaridad según la edad de los adultos responsables de NNA, que participan en un programa de protección ambulatoria. ....</i>	<i>37</i>
Tabla 3:.....	37
<i>Distribución de la Situación Civil según los rangos etarios de los adultos responsables de NNA, que participan en un programa de protección ambulatoria. ....</i>	<i>37</i>
Tabla 4:.....	38
<i>Distribución del Tiempo y Tipo de la relación con la pareja actual de los adultos responsables de NNA que participan en un programa de protección ambulatoria. ....</i>	<i>38</i>
Tabla 5:.....	38
<i>Distribución de la Actividad Laboral Actual y Anterior de los adultos responsables de NNA, que participan en un programa de protección ambulatoria. ....</i>	<i>38</i>
Tabla 6:.....	39
<i>Distribución porcentual del Ingreso por la actividad laboral actual realizada en los adultos, que participan en un programa de protección ambulatoria. ....</i>	<i>39</i>
Tabla 7:.....	40
<i>Distribución de la Evaluación del Ingreso con respecto al ingreso antes de ingresar al programa según el Ingreso actual de los adultos responsables de NNA, que participan en un programa de protección ambulatoria. ....</i>	<i>40</i>
Tabla 8:.....	40
<i>Percepción de la Situación económica actual con respecto a la situación antes de ingresar al Programa según el Ingreso actual de los adultos responsables de NNA, que participan en un programa de protección ambulatoria. ....</i>	<i>40</i>
Tabla 9:.....	41
<i>Frecuencia de Calificación Socioeconómica (Registro Social de Hogares) de los adultos que participan en un programa ambulatorio ....</i>	<i>41</i>
Tabla 10: .....	41
<i>Distribución porcentual por Tipo de familia de los adultos responsables de NNA, que participan en un programa de protección ambulatoria. ....</i>	<i>41</i>
Tabla 11.....	42
<i>Número de Hijos de los adultos que participan en el Programa de protección ambulatoria.....</i>	<i>42</i>
Tabla 12: .....	42
<i>Distribución de la Edad de los hijos de los adultos según su orden de nacimiento .....</i>	<i>42</i>
Tabla 13: .....	42
<i>Planificación de los hijos según el orden de nacimiento de los hijos de los adultos responsables de NNA, que participan en un programa de protección ambulatoria .....</i>	<i>42</i>
Tabla 14: .....	43



<i>Distribución del Tamaño del grupo familiar de los adultos responsables de NNA, que participan en un programa de protección ambulatoria.</i> .....	43
Tabla 15: .....	43
<i>Distribución de los integrantes del grupo familiar según el Ingreso actual de los adultos responsables de NNA que participan en un programa de protección ambulatoria.</i> .....	43
Tabla 16:.....	44
<i>Distribución de la necesidad especial del hijo según el orden de nacimiento del hijo de los adultos responsables de NNA, que participan en un programa de protección ambulatoria.</i> .....	44
Tabla 17: .....	44
<i>Distribución porcentual Situación de salud de los adultos responsables de NNA que participan en un programa de protección ambulatoria.</i> .....	44
Tabla 18: .....	45
<i>Tipo de enfermedades de los adultos responsables de NNA que participan en un programa de protección ambulatoria.</i> .....	45
Tabla 19: .....	46
<i>Número de enfermedades diagnosticadas de los adultos responsables de NNA que participan en un programa de protección ambulatoria.</i> .....	46
Tabla 20: .....	46
<i>Tiempo del diagnóstico de la enfermedad en los adultos responsables de NNA que participan en un programa de protección ambulatoria</i> .....	46
Tabla 21: .....	46
<i>Vivencia de Maltrato en la Infancia de los adultos responsables de NNA, que participan en un programa de protección ambulatoria.</i> .....	46
Tabla 22:.....	46
<i>Participación en Situaciones de violencia por los adultos responsables de NNA que asisten al programa de protección</i> .....	46
Tabla 23: .....	47
<i>Tamaño de la vivienda según la propiedad de las viviendas que residen actualmente los adultos responsables de NNA, que participan en un programa de protección ambulatoria.</i> .....	47
Tabla 24: .....	48
<i>Tamaño de la vivienda según tamaño del grupo familiar de los adultos responsables de NNA, que participan en un programa de protección ambulatoria.</i> .....	48
Tabla 25: .....	48
<i>Distribución de los dormitorios en la vivienda según los integrantes del grupo familiar de los adultos responsables de NNA, que participan en un programa de protección ambulatoria.</i> .....	48
Tabla 26: .....	49
<i>Relación N° de dormitorios según el Tamaño de la vivienda de los adultos responsables de NNA, que participan en un programa de protección ambulatoria.</i> .....	49
Tabla 27: .....	49
<i>Distribución del Tipo y Frecuencia de violencia en el barrio según los adultos responsables de NNA, que participan en un programa de protección ambulatoria.</i> .....	49
Tabla 28: .....	50



<i>Distribución porcentual indicadores de Depresión (DASS-21), según adultos responsables de niños/as y adolescentes participantes de un programa de protección ambulatoria</i> .....	50
Tabla 29: .....	51
<i>Descriptivos Síntomas de Depresión (DASS-21), en adultos responsables de NNA participantes de un programa de protección</i> .....	51
Tabla 30: .....	51
<i>Distribución porcentual Nivel de presencia de Sintomatología emocional para Depresión (DASS-21).</i> .....	51
Tabla 31: .....	52
<i>Distribución porcentual indicadores de Ansiedad (DASS-21), según adultos responsables de niños/as y adolescentes participantes de un programa de protección ambulatoria</i> .....	52
Tabla N°32: .....	53
<i>Descriptivos de indicadores de Ansiedad (DASS-21), en adultos responsables de NNA participantes de un programa de protección (n=64)</i> .....	53
Tabla 33.....	53
<i>Distribución porcentual Nivel de presencia de Sintomatología emocional para Ansiedad en personas adultas, Antes y Durante la participación en un programa de Protección(n=64)</i> .....	53
Tabla 34: .....	54
<i>Distribución porcentual indicadores de Estrés, según adultos responsables de niños/as y adolescentes participantes de un programa de protección ambulatoria</i> .....	54
Tabla 35: .....	55
<i>Descriptivos Síntomas de Estrés, en adultos responsables de NNA participantes de un programa de protección</i> .....	55
Tabla 36.....	55
<i>Frecuencia del Indicador general de síntomas emocionales para Estrés (DASS-21).</i> .....	55
Tabla 37.....	55
<i>Comparación en intragrupos de las dimensiones en Salud Mental</i> .....	55
Tabla N°38 .....	56
<i>Frecuencia de la presencia de Consumo de alcohol, tabaco y sustancias alguna vez en la vida en adultos responsables participantes en un programa de protección ambulatoria.</i> .....	56
Tabla N° 39 .....	57
<i>Frecuencia del Consumo de alcohol, tabaco y sustancias Antes de la pandemia en adultos responsables participantes en un programa de protección ambulatoria</i> .....	57
Tabla N° 40 .....	57
<i>Distribución porcentual del Consumo de alcohol, tabaco y sustancias en los últimos tres meses en adultos responsables participantes en un programa de protección ambulatoria</i> .....	57
Tabla N°41 .....	58
<i>Distribución porcentual respecto de los hábitos de Consumo de alcohol, tabaco y sustancias en adultos responsables participantes en un programa de protección ambulatoria</i> .....	58
Tabla N° 42 .....	59
<i>Distribución porcentual de la presencia de riesgo (bajo, moderado o alto) por el Consumo de alcohol, tabaco y sustancias en adultos responsables participantes en un programa de protección</i>	



<i>ambulatoria(n=64)</i> .....	59
Tabla 43.....	60
<i>Descriptivos de la Prueba de Percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL). Antes y Durante la participación en el Programa de Protección. (N=64)</i> .....	60
Tabla 44: .....	61
<i>Distribución porcentual funcionamiento familiar según valoración realizada por los participantes Antes y Durante la participación en un programa de Protección ambulatoria</i> .....	61
Tabla 45: .....	62
<i>Descriptivos de Insatisfacción con el funcionamiento familiar antes de ingresar al programa, según adultos responsables de Niños/as y adolescentes.</i> .....	62
Tabla 46: .....	63
<i>Descriptivos Escala Apoyo Social, Dimensión Apoyo Social de personas significativas, Antes y Durante la participación en el Programa de Protección de derechos de niños/as y adolescentes. (n=64)</i> .....	63
Tabla 47: .....	64
<i>Distribución porcentual de Indicadores de la dimensión de Apoyo Social de personas significativas Antes y Durante la participación en el Programa de Protección.</i> .....	64
Tabla 48: .....	65
<i>Distribución porcentual en indicadores de la dimensión de Apoyo Social de familia, Antes y Durante la participación en el Programa de Protección. de derechos de niños/as y adolescentes</i> .....	65
Tabla 49: .....	65
<i>Descriptivos Dimensión Apoyo Social de familia, Antes y Durante la participación en el Programa de Protección(n=64)</i> .....	65
Tabla 50: .....	66
<i>Distribución porcentual en Indicadores de la dimensión Apoyo Social de amigos(as), Antes y Durante la participación en el Programa de Protección.</i> .....	66
Tabla 51: .....	67
<i>Descriptivos de la dimensión de Apoyo Social de amigos (as). Antes y Durante la participación en el Programa de Protección. (N=64)</i> .....	67
Tabla N°52.....	67
<i>Descriptivos Escala Global y por Dimensiones de Apoyo Social Antes y Durante la participación en un Programa de Protección de niños/as y adolescentes.</i> .....	67
Tabla 54.....	68
<i>Tabla de frecuencia de la Vulneración de Derechos a NNA.</i> .....	68
Tabla 55.....	69
<i>Distribución porcentual Tipo de Vulneración de Derechos según características sociodemográficas.</i> .....	69
Tabla 56.....	70
<i>Prueba estadística de la Situación de Vulneración de Derechos según características demográficas, en adultos responsables de NNA que participan en un Programa de Protección.</i> .....	70
Tabla 57.....	71
<i>Distribución porcentual de Situaciones de Vulneración de Derechos según características del Entorno</i>	



<i>Familiar</i> .....	71
Tabla 58.....	72
<i>Situación de Vulneración de Derechos según características del Entorno Familiar, en adultos responsables de NNA que participan en un Programa de Protección</i> .....	72
Tabla 59.....	74
<i>Situación de Vulneración de Derechos según Presencia de problemas en el Barrio en adultos responsables de NNA que participan en un Programa de Protección (U de Mann Whitney)</i> . .....	74
Tabla 60.....	75
<i>Distribución porcentual de Situación de Vulneración de Derechos según Presencia de conductas de VIF y Problemas con la Justicia en adultos responsables de NNA que participan en un Programa de Protección</i> . .....	75
Tabla 61.....	75
<i>Situación de Vulneración de Derechos según presencia de VIF y Problemas c/Justicia en adultos responsables de NNA que participan en un Programa de Protección</i> . .....	75
Tabla 62.....	76
<i>Distribución porcentual de Situación de Vulneración de Derechos según antecedentes de salud en adultos responsables de NNA</i> . .....	76
Tabla 63.....	76
<i>Situación de Vulneración de Derechos según antecedentes de salud en adultos responsables de NNA</i> . .....	76
Tabla 64.....	77
<i>Distribución porcentual de Situación de Vulneración de Derechos según presencia de Síntomas de Salud Mental, en adultos responsables de NNA que participan en un Programa de Protección</i> .....	77
Tabla 65.....	78
<i>Situación de Vulneración de Derechos según presencia de Síntomas de Salud Mental, en adultos responsables de NNA que participan en un Programa de Protección</i> .....	78
Tabla 66.....	79
<i>Relación de la Situación de Vulneración de Derechos de NNA según el apoyo social (antes (Rho Spearman))</i> . .....	79
Tabla 67.....	79
<i>Correlación entre Variables Psicosociales en un grupo de adultos responsables de NNA antes de participar de un Programa de Protección año 2022 (Rho de Spearman)</i> .....	79

## INDICE DE ILUSTRACIONES

Gráfico 1: Tipos de Vulneración de Derechos según Problemas sociales en el Entorno.....	73
---	----



## I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Esta investigación tiene como propósito profundizar sobre los factores socio-ambientales, familiares, de salud física y mental que rodean a los adultos responsables y su relación con la vulneración de derechos de NNA que están bajo su protección.

La vulneración de derechos hacia niños, niñas y adolescentes<sup>1</sup> constituye un grave e importante problema a escala mundial (Contreras *et al*, 2018); esta violencia física y psicológica se presenta prioritariamente en las propias familias (Cillero *et al* 2018). En América latina, los índices de vulneración de derechos de parte de las familias reportan que el 63% de niños/as y adolescentes menores de 15 años experimentan algún tipo de disciplina violenta en el hogar, es decir, psicológica y física, y un 43% sufre de maltrato físico (UNICEF, 2020). En Chile los índices de vulneración de derechos no son diferentes a lo mencionado, ya que el 43.5% de los hogares donde hay presencia de niños/as, el **62.5% de sus cuidadores principales (madre/padres/terceros significativos), reconocen el uso de métodos de disciplina violentos en la crianza hacia los mismos, el 32,5% reconocen haber utilizado métodos de agresión física en la crianza y el 56,9% métodos de agresión psicológica** (Casen, 2017; [UNICEF], 2020).

Esta vulneración de derechos que niño/as y adolescentes experimentan en el contexto del hogar y la familia, puede tener repercusiones para su salud y desarrollo que duran toda la vida, ocasionando consecuencias tanto en el ámbito personal inmediato como el daño que éste transmite en las etapas posteriores de la infancia, la adolescencia y la vida adulta (Pinheiro, 2011).

Desde este escenario se genera un obstáculo en el desarrollo íntegro de NNA, principalmente, porque todos los tipos de maltrato estarían asociados al desarrollo de trastornos depresivos y ansiosos en los niños/as. Se afirma que los que están expuestos a algún tipo de maltrato, tienen 2.5 veces más probabilidades de desarrollar un trastorno depresivo en comparación a quienes no experimentan maltrato (Gardner, Thomas, Erskine, 2019), que desarrollan un comportamiento agresivo (Holmes, 2013) y/o produce efectos negativos asociados al desarrollo cognitivo, emocional, social, sexual y reproductivo (Nemeroff, 2016 citado en Contreras *et al.*, 2018).

Esta vulneración de derechos, es más grave aún, cuando los maltratadores son ambos padres, ya que de quienes se debería esperar protección y ayuda, son precisamente quienes ejercen la mayor violencia quedando sin amparo por parte de algunos de ellos y sin modelos alternativos de resolución de conflicto. Esta misma situación genera consecuencias en diversos ámbitos cómo se ha señalado, se agrega además que a nivel de desarrollo personal se genera una pérdida de confianza en otros seres humanos. Se sabe que el aprender a confiar se desarrolla desde la infancia a través de los lazos familiares, la confianza es una parte fundamental en la evolución normal de los niños/as, lo cual está estrechamente relacionado con la capacidad de amor, empatía y de relaciones futuras. Por tanto, en un nivel más profundo, la vulneración de derechos puede generar dificultad en el potencial de desarrollo personal de estos niños/as y de la

---

<sup>1</sup> En Chile, la Defensoría de la Niñez define la vulneración de derechos como “cualquier trasgresión a los derechos de niños, niñas y adolescentes establecidos en la Convención de los Derechos del Niño, la cual puede ser constitutiva de delito o no, dependiendo de nuestra legislación”.



sociedad en su conjunto (Haz, 1997; Pinheiro, 2011).

Para responder a la vulneración de derechos que se produce hacia los niños/as y adolescentes, los Estados a nivel internacional han sido parte de la Convención de los Derechos del niño. El Estado de Chile, ha ratificado dicho acuerdo (1990) que tiene la finalidad de otorgar protección a la infancia, y lo hace a través de su órgano público encargado de aquello, que es el Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia<sup>2</sup> con la ejecución de diversos programas.

Para la restitución de estos derechos vulnerados, es importante trabajar no solo con niños y niñas y adolescentes, sino que también con las familias en situaciones de vulneración de sus hijos, primero, por su rol central de generar el espacio propicio para el desarrollo de los niños/as, donde estos comienzan a descubrir, relacionarse, interactuar con el entorno y desenvolverse como seres sociales. Y segundo, porque es allí donde se genera un entorno contradictorio, debido a que es el lugar donde se produce la transgresión física, psicológica y/o emocional, con interacciones que no se desarrollan como se esperaría, ejecutando conductas violentas hacia miembros de la familia, principalmente hacia los niños/as y adolescentes y no de protección hacia los mismos (Rodrigo *et al*, 2015 citado en Contreras *et al.*, 2018; Sallés y Ger, 2011).

Las investigaciones en esta línea dan cuenta de diversos factores que interactúan con el espacio familiar y que gatillan en esta vulneración hacia los niños/as y adolescentes. Pinheiro, (2011), refiere que “la exposición de los riesgos que tiene esta violencia, surge de la interacción entre la calidad de las relaciones familiares y el estrés o presión sobre la familia por factores externos o por las características de los propios miembros del hogar, siendo probable que sea el resultado de una combinación de factores personales, familiares, sociales, económicos y culturales” (p.66).

En el contexto anterior, se puede indicar que dentro de los factores socio ambientales que pueden generar la vulneración de derechos, por parte de los adultos responsables, se encuentran aquellos asociados a la seguridad del vecindario, así Contreras *et al* (2018), afirma que aquellos adultos que viven en barrios violentos, favorece que se desarrollen relaciones de conflictos con y entre los vecinos.

Dentro de estas familias, también se identifica una vulnerabilidad socioeconómica que puede estar dada por la inestabilidad laboral, debido a que ambos progenitores o cuidadores carecen de empleo estable, accediendo solo a trabajos eventuales con carácter de “ilegal y marginal”, lo que genera en ellos un alto grado de insatisfacción laboral (Moreno, 2004; contreras *et al*, (2018)). Sumado a ello, se presentan problemas de vivienda estable o definitiva, produciendo inestabilidad residencial en los adultos y sus familias, lo que produce que en muchas ocasiones se trasladen de lugar de residencia, generando espacios y entornos pocos estables y poco estimulantes para el desarrollo y aprendizaje de niños/as y adolescentes, presentando precariedad en las relaciones sociales con familiares y/o amigos, por tanto, menos recursos y apoyo de redes sociales disponibles (Contreras *et al.*,2018; Medina *et al* 2004; Moreno, 2004).

---

<sup>2</sup> Ley 20032, crea el Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, vigente desde el uno de octubre de 2021, dependiente del Ministerio de Desarrollo Social y Familia. En su artículo nº2 refieree que “el servicio tiene como por objeto garantizar la protección de niños y niñas (menores de 14 años) y adolescentes (menores de 18 y mayores de 14 años), gravemente amenazados o vulnerados en sus derechos, entendida como el diagnóstico especializado, la restitución de los derechos, la reparación del daño producido y la prevención de nuevas vulneraciones”.



Estas situaciones o factores socio ambientales **pueden provocar altos niveles de estrés** en los adultos y sus familias que afectan la salud, y su calidad de vida, e influyen en como los adultos responden y se vinculan con los niños/as y adolescentes, y puede obstaculizar el adecuado rol de adulto responsable (Cockerham, 2001 citado en Sadín, 2002; Barudy y Dantagnan, 2010).

Sumado a los factores ambientales que pueden favorecer a la vulneración de derechos de los niños/as y adolescentes, se encuentran los factores familiares; por un lado, características propias de la familia, como: el bajo nivel educativo de la madre y/o padre, la monoparentalidad, en el caso de que hubiese solo un adulto responsable a cargo de cubrir las necesidades del niño/a; por otro lado, el funcionamiento y dinámica familiar que se desarrolla al interior de las familias, observándose dificultades en los patrones de interacción entre los padres, afectando diversos aspectos en las relaciones familiares tales como: la resolución de problemas, habilidades para negociar, la autonomía individual de la familia y sus miembros, la dificultad en la expresión emocional, felicidad, optimismo, y en la percepción de cercanía afectiva, ya sean estas, expresiones físicas o verbales sobre sentimientos positivos hacia sus integrantes, de manera que estos factores convierten en una tarea difícil el ejercer adecuadamente el rol adulto responsable (Beaver y Hampson 1995, citado en Greve, 2014; Cabrera et al 2009).

Pérez y Santelices (2016), plantean que estos factores del contexto intrafamiliar, inciden en la presencia de estrés en los padres, lo que en cifras se traduce que un 40% de las madres y 30.6% de los padres padezcan altos niveles de estrés en general, estableciendo la existencia de reciprocidad entre las variables psicológicas de los adultos y las distintas dimensiones del funcionamiento familiar.

**El estrés parental**, puede interferir negativamente en las percepciones que los adultos responsables tienen sobre las conductas de sus propios hijos y sobre las conductas de apoyo que reciben de sus propias redes sociales (Barcelata y Álvarez (2005), es decir, por el estrés experimentado, los adultos responsables pueden percibir una realidad más negativa de lo que realmente es, lo que podría favorecer a ejecutar correcciones a las conductas de sus hijos de manera violenta, y a su vez disminuir la posibilidad que tienen de apoyarse en su red familiar o de amigos.

Por otra parte, Haz (1997), asocia factores psicológicos que influyen en la vulneración de derechos enfocados en la figura materna, específicamente, en el deterioro de la salud mental materna. La autora refuerza que el 64% de las madres, que han ejercido maltrato físico a sus hijos, ha experimentado una situación de tensión importante que las ha llevado a resolver situaciones a través de la violencia con sus hijos, lo que se condice con autores como Vizcarra *et al*,(2001) quienes reportan esta dificultad en la salud mental materna, como unos de los factores de riesgo significativo del maltrato infantil, dado que aquellas que presentan altos niveles de estrés, son menos tolerantes y pierden el control más fácilmente. Holmes (2013) afirma que las madres con mala salud mental son más propensas a mostrar menor calidez materna y a



ejercer violencia física y psicológica hacia sus hijos de manera más frecuente. Además, son ellas quienes asumen prioritariamente el cuidado y atención de niños/as.

De acuerdo a la Encuesta Longitudinal de Primera Infancia (2017), un 95.8% de las madres, asume como principal cuidadora, pues los padres asumen una mínima responsabilidad con un 1.4%, escenario que provoca en la madre sentimientos de soledad y aislamiento, ya que, un 75,8% de ellas declara que tampoco cuenta con red familiar o social de apoyo para la crianza.

Diversos autores coinciden en que la presencia de sintomatología depresiva en los adultos, es un factor de riesgo relevante para vulnerar los derechos de los niños/as y adolescentes dentro del contexto familiar, además de otros factores como la baja autoestima de los adultos, las escasas estrategias emocionales que poseen para afrontar situaciones dificultosas. Estas últimas, asociadas a crisis situacionales y crisis del ciclo vital, considerando en ello, aquellos adultos que experimentaron situaciones de abuso físico o sexual en la infancia (Experiencias Adversas en la infancia) debido a que dicha vivencia les generó un funcionamiento de personalidad menos integrado en la sociedad, y son quienes tienen más probabilidades de desarrollar sintomatología depresiva en la vida (Dagnino et al., 2020; Barcelata y Álvarez, 2005; Morales y Costa, 1997 citado en Aracena et al, 2000). Lo anterior va dejando en evidencia la relevancia que tienen estos factores personales vitales de los adultos, para el manejo de los distintos estresores y a su vez, el nivel de impacto que puede tener la presencia de dificultades asociadas a la salud mental en los adultos responsables con la vulneración de derechos de NNA, sin embargo, no existe un diagnóstico específico sobre ellos.

A nivel general de salud mental en Chile, según el Ministerio de Salud de Chile, MINSAL (2016), indica que el 15.8% de la población chilena presenta síntomas depresivos, y 6.2% presenta prevalencia a padecer depresión, además la OMS(2017) refiere que Chile aparece como uno de los países del mundo con mayores problemas de salud mental, especificando que el 5% de la población mayor de 15 años padece depresión y el 6.5% sufre de ansiedad, señalando que **los trastornos comunes** (ansiedad, depresión, autolesiones y trastorno somatomorfe) **representan el 50% de la carga de enfermedades(OMS, 2020)**, ocupando la depresión mayor el primer lugar en Chile como causa en las discapacidades(Vicente et al, 2016) . Cabe reforzar que un estudio realizado por Andrades et al (2020), si bien se enfoca en el brote epidémico del covid-19, establecen que “el porcentaje de personas con depresión leve o superior es de 49,5% y un 74,1% con estrés”, y específicamente en los padres, se predice mayor estrés, por lo que podemos referir que esta pandemia también ha generado estresores ambientales en las familias, principalmente en los padres.

Dentro de este contexto, autores plantean que “en presencia de esta sintomatología depresiva y/o de estrés parental, diversas dimensiones del funcionamiento familiar como: las interacciones familiares, las competencias parentales y el bienestar infantil se pueden ver afectados” (Cummings *et al*, 2005 citado en Pérez y Santelices, 2016). Surgiendo de esta manera, acciones de incompetencia parental en familias de mayor riesgo por parte del entorno, el cual es un factor fundamental para que en este microsistema familiar se generen o gatillen malos tratos, aumentando los ambientes violentos y conflictivos (Pérez y Santelices, 2016; Barudy y Dantagnan, 2010).



Dentro de las dificultades que se presentan en el contexto parental, los adultos responsables que han sido agresores pueden ejercer una crianza con un modelo cercano a lo autoritario, con mayor o excesivo control, exigencia parental, bajos niveles de afecto y de autonomía (Greve, 2014). Así también, Febrario (2015) en un estudio realizado en Argentina, alude a las posibles fallas psicológicas de los padres que ejercen vulneración de derechos mencionando algunas de sus implicancias, y dentro de aquello, están las dificultades en la integración del yo, es decir, falta de maduración, baja capacidad para vincularse de manera madura y estable con sus hijos, dificultades para asumir un rol de adulto responsable en la crianza, lo que implica no poder resolver situaciones prácticas y cotidianas, generando un posible descuido en las necesidades básicas del niño/a, sin sentir la necesidad para responder favorablemente a ellas; dificultades en el control de impulsos, por tanto tendencia a manifestar conductas agresivas, baja capacidad empática que afecta directamente los cuidados y desarrollo psicológico futuro del niño/a (Febrario, 2015).

Los antecedentes señalados dan cuenta de la interacción de factores socioambientales y familiares con los factores personales y de salud mental del adulto responsable y de la relación de estos en la presencia de vulneración de derechos a NNA, por lo mismo, la importancia de una buena salud mental para favorecer los buenos tratos en la infancia, pues esto, es proporcional a presentar una óptima salud mental y física en la adultez (Barudy, 2005). Desde esta mirada, surge la pregunta, ¿cómo se está considerando los factores de salud mental del adulto responsable en conjunto con los factores estresores socioambientales y familiares en nuestro sistema proteccional o en nuestras intervenciones para hacer frente a la vulneración que, en lugar de disminuir, va en aumento en Chile?

Efectivamente el Informe anual de estadísticas judiciales (2019), refiere que en el área protección de derechos y primera infancia, se registra un aumento sostenido en la vulneración de derechos de niños/as y adolescentes, que se encuentran vigentes en Senape<sup>3</sup> (Actualmente Mejor Niñez), especificando que en el año 2014 se registra una cifra de 82.509 casos, y en el año 2019 aumenta a 127.059 casos de vulneración. Por tanto, es urgente indagar en cuáles otros factores pueden estar teniendo mayor incidencia en este aumento en las vulneraciones de derechos de niños/as y adolescentes por parte de sus propios adultos responsables, conocer la situación de salud mental de padres, madres o adultos responsables de NNA víctimas de violencia en sus hogares, u otros factores psicosociales que pudiesen estar generando la vulneración de derechos en sus niños, niñas y adolescentes.

### **Justificación**

Se ha señalado que los factores socio ambientales/ familiares son un fuerte predictor de la conducta violenta, no obstante, también se ha manifestado, pero no se ha profundizado suficientemente sobre los factores asociados a la salud mental de los adultos responsables y la interacción con otros factores socioambientales. En este sentido, las iniciativas de los programas del área proteccional de la línea Mejor Niñez para atender las problemáticas asociadas a la salud mental de los adultos, el recurso financiero es insuficiente, por ende, humano y material, para detectar e intervenir en esta área, lo que tampoco permite profundizar cómo se relacionan

---

<sup>3</sup> Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia. <http://mejorninez.cl/mejor-ninez>



con los factores socio ambientales, familiares y finalmente su nivel de relación en la vulneración de derechos a NNA.

De acuerdo a los lineamientos técnicos otorgados por el actual Servicio Mejor Niñez, en la intervención del programa, se ejecutan acciones en los adultos responsables asociadas al fortalecimiento de competencias parentales, determinando factores de riesgos y protectores a nivel familiar, sin embargo, no se establece una evaluación específica sobre el componente salud mental o estresores psicológicos de los adultos, y posterior atención u orientación clínica sobre ello lo que pudiese estar incidiendo fuertemente en la presencia de vulneración de derechos de los niños/as y adolescentes. Por lo mismo, que esta investigación, pretende no sólo profundizar en el nivel de presencia de este componente, sino también en su interrelación con los factores socio ambientales y familiares, de niños/as y adolescentes que han sido vulnerados en sus derechos por parte de adultos responsables y que son parte de un Programa de Protección ambulatoria de la provincia de Concepción. Se pretende aportar conocimiento que permita respaldar mayores estrategias para estos organismos que intervienen directamente con la vulneración de derechos a NNA y poder enfocarse en la mayor parte de las causas documentadas en la literatura, pero no suficientemente estudiadas en las situaciones locales y así lograr afectar positivamente los resultados de estas intervenciones. En este sentido se establece la importancia de considerar los factores personales incluyendo familiares, ambientales y el estado de salud mental de los adultos responsables de NNA, para trabajar por el bienestar de la infancia, la familia y su contexto.

Esta investigación se considera relevante por cuanto permitirá generar conocimiento acerca de esta realidad que afecta a los adultos responsables y sus familias, y que pueden estar actuando como un factor relevante y obstaculizador para el adecuado ejercicio del rol parental, considerando que los entornos sociales con carencias son propicio para los malos tratos infantiles (Barudy y Dantagnan, 2010). Por lo mismo al ser incorporados en la intervención con estas familias, favorece con énfasis, una buena interacción entre los diversos sistemas que actúan para nutrir, proteger, socializar y educar a los niños/as y adolescentes (Bronfenbrenner, 2002 citado en Barudy y Dantagnan 2010). Cuanto más significativo y cercano sea el sistema familiar, mayor será la influencia que ejercerá sobre el niño o la niña.

Este estudio aportará conocimiento al área de protección de derechos de los niños/as, adolescentes y sus familias, para los lineamientos técnicos de estos programas y principalmente, como se ha manifestado, para la intervención que realizan los diversos programas que trabajan en el área, a modo que éstas tengan un enfoque más integral según la realidad de la población intervenida, logrando responder de forma oportuna, adecuada, sistemática y sin fragmentación a las problemáticas de estas familias asociadas a la vulneración de derechos, y de esta manera interrumpir de manera permanente en el tiempo, además de la cronificación de las mismas.

El conocimiento que generará además beneficiará a los propios adultos responsables al recibir atención, orientación especializada y herramientas suficientes para que puedan lograr un mayor conocimiento de su propia salud y de las formas de enfrentar situaciones adversas que se presentan por dichos contextos, y con ello disminuir al máximo la influencia negativa en el desarrollo de los miembros de la familia. De esta manera, se contribuye a mejorar su calidad de vida, potenciar el buen desarrollo de los niños/as y adolescentes, en un microsistema familiar que tenga la capacidad de contar con los recursos emotivos, cognitivos y conductuales por parte de



las madres y los padres permitiéndoles, reconocerlos permanentemente como sujetos legítimos, y relacionarse con ellos de tal manera que respondan a sus necesidades para cuidarlos, protegerlos, educarlos y socializarlos (Barudy y Dantagnan, 2010).

De acuerdo a lo anterior se destaca la relevancia que presenta esta investigación, primero, en el ámbito de las personas, por el impacto inmediato que esto pueda tener, en la medida que los resultados puedan evidenciar problemas asociados a la salud mental de los adultos responsables, segundo, en la intervención que se realiza con estas familias, para que se logre contemplar recursos para intervenir en dicho aspecto y por tanto, generar resultados que contribuyan a una real restitución de derechos y disminuir esta vulneración en un futuro, tercero, generar evidencia para programas de salud mental en general, y por último, a la Política Nacional de Infancia y Adolescencia de Chile, la cual, establece que para el año 2025, este sea **“un país que genere y fortalezca las condiciones familiares, comunitarias, sociales, económicas, culturales y medioambientales necesarias para que todos los niños, niñas y adolescentes que habiten en él alcancen todo su potencial de desarrollo, ampliando sus posibilidades y libertades” (pp.70)**. Por lo tanto, se busca que el resultado de esta investigación tenga implicancias no solo en el ámbito del sistema de política y protección de la infancia, sino que también en el ámbito de la prevención asociado a fomentar y potenciar pautas de interacción más sanas en nuestra sociedad.

Esta investigación estuvo orientada a familias que participan en el sistema de protección a la infancia, específicamente en un Programa de Protección de la provincia de Concepción, cuyos adultos han desarrollado un rol parental y funcionamiento familiar basado en la violencia, repercutiendo directamente a los niños/as y adolescentes que están bajo su cuidado y protección.

Para concretar este estudio se contó con la colaboración de la Dirección del Programa y voluntad de participación de las familias que fueron parte del Programa.



## II. MARCO REFERENCIAL

### II.1 Marco Teórico y Conceptual

#### Modelo Ecológico

Este modelo es planteado por Urie Bronfenbrenner (1979), presenta “las interconexiones ambientales y su impacto sobre las fuerzas que afectan directamente el desarrollo humano” (p.28), definiendo el desarrollo como “un cambio perdurable en el modo en que una persona percibe su medio ambiente y se relaciona con él” (p 24). El autor demostró la importancia de los diferentes niveles ecológicos, interconectados y mutuamente influyentes, considerando que el entorno social puede ser comprendido a partir de cuatro subsistemas distintos e interconectados: el microsistema, mesosistema, exosistema y el macrosistema.

**Microsistema:** En el nivel más interno se encuentra el entorno más próximo en que se sitúa la persona en desarrollo, que puede ser su hogar, su familia, sus amigos más cercanos, es el lugar conocido donde puede interactuar y experimentar. “Un microsistema es un patrón de actividades, roles, y relaciones interpersonales que la persona en desarrollo experimenta en un entorno determinado, con características físicas, y materiales particulares” (Bronfenbrenner, 1979, p. 41). El autor establece como **entorno** a aquel espacio donde la persona puede interactuar cara a cara, y la palabra “experimenta” se refiere a que las características del ambiente más próximas que rodea a las personas tiene importancia no solo por sus propiedades objetivas, sino también por el “modo en que las personas perciben estas propiedades” (p. 41).

**Mesosistema:** El segundo nivel se conforma por un conjunto de ambientes donde la persona en desarrollo se encuentra inserta, “comprende las interrelaciones de dos o más entornos en los que la persona en desarrollo participa activamente” (familia, trabajo y vida social). “Es por tanto un sistema de microsistemas que se forma o amplía cuando la persona entra en un nuevo entorno” (Bronfenbrenner, 1979, p 44).

**Exosistema:** El tercer nivel “Se refiere a uno o más entornos que no incluyen a la persona en desarrollo como participante activo, pero en los cuales se producen hechos que afectan a lo que ocurre en el entorno directo en el que se desarrolla la persona (lugar de trabajo de la pareja, grupos de amigos de la pareja, etc.)” (Bronfenbrenner, 1979, pp 44).

**Macrosistema:** Por último, desde un ambiente más apartado pero significativo, “Se refiere a las relaciones, en forma y contenido, de los tres sistemas de menor orden (micro-, meso- y exosistemas) que existen o podrían existir en la subcultura o la cultura, lo cual se configura desde un sistema de creencias, ideología, normas culturales” (pp.45).

#### La violencia desde la perspectiva del Modelo ecológico. Planteamiento de la OPS

La Organización Panamericana de la Salud(OPS) (2003) hace referencias a investigaciones que manifiestan que, a pesar de la existencia de una predisposición a la agresión en las personas



asociada a factores biológicos y elementos personales, de manera recurrente estos factores interactúan con otros factores como “familiares, comunitarios y otros agentes externos para crear una situación que favorece el surgimiento de la violencia” (p. 3).

En este sentido, la OPS agrega que un factor por sí solo no explica la conducta violenta de una persona hacia otra(s), tampoco explica la razón por la cual la violencia se genera más en ciertas comunidades, sino que “la violencia es el resultado de la acción recíproca y compleja de factores individuales, relacionales, sociales, culturales y ambientales” (p. 13). Todos estos factores influyen en el comportamiento violento de las personas, lo que se explica desde el **modelo ecológico** (pp. 13),

La violencia desde el modelo ecológico en su primer nivel, el **microsistema**, (el individual), reconoce los **factores biológicos y personales del individuo**, lo cual, influye en su conducta. Dentro de estos factores se encuentran “la impulsividad, el bajo nivel educativo, el abuso de sustancias psicotrópicas y los antecedentes de comportamiento agresivo o de haber sufrido maltrato”, vale decir que estos elementos pueden aumentar la posibilidad de ser quien ejerce violencia y de ser víctima de ella.

El segundo nivel del modelo hacia la violencia en general, el **mesosistema**, identifica la manera que se dan **relaciones sociales inmediatas** de la persona como lo son su pareja, amigos, integrantes de la familia y como éstas pueden influenciar en su comportamiento, es decir, la forma en que se relaciona con sus cercanos puede desarrollar conductas violentas o ser víctima de ella. En este caso, la violencia intrafamiliar, ya sea a la pareja o el maltrato a niños/as, se lleva a cabo de manera permanente, pues viven juntos y tienen al agresor cerca de manera habitual, lo que incrementa las ocasiones o los escenarios para que se produzca la violencia de manera reiterada.

El modelo ecológico establece en su tercer nivel de la violencia, el **exosistema**, donde está presente la comunidad, es decir **el contexto próximo en el que se establecen las relaciones sociales**, como lo es el vecindario, el colegio, el área laboral, reconociendo las particularidades que cada área tiene y como se relacionan con favorecer los actos violentos ya sea desde el lado de quien perpetua la violencia o de quien es víctima de ella. La OPS (2003) refiere que dentro de las particularidades o características de este nivel que pueden favorecer la violencia están, las bajas relaciones estables en la comunidad, la diversidad de la población (que genera baja cohesión social de la comunidad), alta densidad de la población, presencia de tráfico de drogas, desempleo, aislamiento social, pobreza, bajo apoyo institucional y baja inversión en aspectos de infraestructura de la comunidad.

En su último nivel, el modelo ecológico establece el **macrosistema**, el cual identifica los factores sociales más amplios que establecen los actos de violencia o agresividad de las personas, como lo son las pautas culturales de aceptación de la violencia estableciéndolo como método de resolución de conflictos, sin considerar la asertividad para ello. Entre otros factores de este cuarto nivel del modelo ecológico, se encuentran las políticas sociales, de salud, educación, económicas, que conservan las desigualdades entre los grupos de la sociedad.

La OPS (2003) hace referencia al modelo ecológico para visualizar la violencia como problema de salud, estableciendo que dicho modelo identifica sus diversas causas y la relación que ésta tiene



con los factores de riesgos que se desarrollan en cada uno de sus niveles, es decir, desde los componentes que se desarrollan e influyen en interior de la familia hasta los elementos a nivel macro social, explicitando que “en un contexto de desarrollo, el modelo ecológico indica también el modo en que la violencia puede ser causada por diferentes factores en distintas etapas de la vida” (p.15). Así también plantea que “Los vínculos entre la violencia y la interacción entre los factores individuales y los contextos sociales, culturales y económicos más amplios indican que abordar los factores de riesgo en los diversos niveles del modelo ecológico puede ayudar a disminuir más de un tipo de violencia” (pp.15).

### **Vulneración de derechos hacia niños/as y adolescentes**

La vulneración de derechos de niños/ñas y adolescentes es abordada por entidades internacionales tales como Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, Organización de las Naciones Unidas y a nivel nacional la defensoría de la niñez, quienes abarcan conceptos asociados a la vulneración de derechos como también desde la mirada del adulto que vulnera y de las familias.

En el año 2000, la OMS define

“que el maltrato o la vejación de menores abarca todas las formas de malos tratos físicos y emocionales, abuso sexual, descuido o negligencia o explotación comercial o de otro tipo, que originen un daño real o potencial para la salud del niño, su supervivencia, desarrollo o dignidad en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder”.

La OMS (2000) también realiza un análisis de la violencia y la Vulneración de derechos de NNA según el Modelo ecológico, basado en Belsky (1980), quienes refieren que la vulneración de derechos hacia niños/as y adolescentes, “resulta de una compleja combinación de factores personales, culturales y sociales”, y expone los factores que contribuyen al maltrato basado en el modelo ecológico, centrandó el análisis en cuatro niveles: El individuo, la Familia, La comunidad y la sociedad:

**Nivel individual:** Hace referencia a las experiencias adversas en la infancia(ACE) y las dificultades de salud mental que eso conlleva, se correlacionan con las habilidades de los adultos para responder a las necesidades de sus hijos. Dentro de ello se observa que sus factores de riesgos son el consumo de sustancias, haber sido testigo de violencia intrafamiliar principalmente hacia su madre y haber sido víctima de maltrato en su infancia.

**Nivel Familiar:** Hace referencia a diversos componentes de interacción familiar que favorecen a la vulneración de derechos hacia los niños/as, dentro de ello se encuentran los conflictos y tensiones entre los padres, la violencia domestica hacia la mujer, lo que genera una significativa relación con la incompetencia en el rol parental o marental.

**Nivel comunidad:** Refiere a la ausencia de la red social como un factor relevante en el apoyo en la crianza de los padres y de esta manera favorecer un clima familiar saludable, sin patrones de interacción agresivos, para el buen desarrollo de sus hijos.



**Nivel Sociedad:** En este nivel se observan los niveles de violencia que se desarrollan a nivel social, tal como las desigualdades, la pobreza, inequidad, la normalización de la violencia, normas culturales, violencia en los medios de comunicación, la ausencia de regularización legal en estas temáticas, lo cual, puede exacerbar la violencia social y familiar.

La **Organización de las Naciones Unidas(ONU)** (2016), afirma que es un gran desafío abordar la violencia contra los niños en la esfera más privada como lo es la que se produce en la familia, reconoce que es en el hogar donde continúa estando el principal riesgo de vulneración de derechos contra los niños y niñas. Agrega que formar una familia, puede ser estresante cuando los padres o adultos responsables de los niños/as y adolescentes, enfrentan circunstancias sociales, económicas o personales complejas, y como efecto de ello “para muchos niños/as y adolescentes, el hogar se asocia con el sufrimiento que puede establecer un patrón para el resto de sus vidas”.

Desde la ONU se rescata el aporte del consejo de Europa sobre la política de apoyo a la crianza positiva (2006), refuerza que los Estados pueden apoyar la crianza positiva en los padres o adultos responsables, a través de medidas de políticas apropiadas, generando estrategias de apoyo hacia estos adultos, además de generar sensibilización e incorporar los derechos de los niños en las políticas públicas. Tales derechos que los niños/as tienen, se encuentra el de crecer en un ambiente óptimo, el que es entregado en prioridad por sus progenitores, por tanto, es relevante considerar a los adultos responsables en el trabajo para favorecer tanto a la infancia como a la familia y sociedad en sí.

El Informe sobre Maltrato Infantil del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de España (2011), también identifica algunos factores de riesgos familiar y sociocultural que favorecen a la vulneración de los derechos de niños/as y que se consideran relevante para efectos de esta investigación, que aun encontrándose en contexto de un país europeo tienen validez para contextos de habla hispana, considerando que sus definiciones sobre el maltrato infantil se basan en organizaciones mundiales de la protección de los derechos de niños/as, tales como la OMS y la Convención de los Derechos del niño.

Dicho informe refiere que dentro de los factores que pueden predisponer la vulneración por parte de los progenitores o adultos responsables, se encuentran aquellos asociados al **nivel familiar**, tal como su historia de maltrato infantil, concordando con lo planteado por Barudy(1998), quien hace referencia sobre el ciclo de la transgeneracionalidad del maltrato, “Cuando el sufrimiento de las víctimas, resultado de la violencia intrafamiliar, no ha sido verbalizado y/o socialmente reconocido, el riesgo de que se exprese a través de comportamiento violentos sobre otras personas es muy alto”. Otros factores, es la presencia de violencia intrafamiliar entre los padres o adultos responsables, la desestructuración familiar y los estilos de crianza que se ejercen en las familias, correlacionando el estilo autoritario y negligente con la vulneración de derechos. Dentro de los factores de riesgos que apuntan al **nivel socio-cultural** y que se correlacionan con situaciones de vulneración de derechos de niños/as al interior de las familias se encuentran la debilidad en las redes de apoyo social, la Inestabilidad laboral de los adultos, su bajo nivel educativo, condiciones habitacionales precarias, el nivel socioeconómico bajo de los adultos, lo cuales, son factores que favorecen a ejecutar conductas



violentas o vulneradoras hacia los niños/as.

Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2003) la vulneración de derechos a NNA, es un problema mundial, que contiene diferentes tipos de maltrato y se encuentra fuertemente asociado a contextos sociales, culturales y económicas. Para la OPS y la UNICEF (2000) existen cuatro tipos de vulneración de derechos hacia los niños/as y adolescentes dentro del grupo familiar, los cuales son: **El maltrato físico:** Se define como los actos infligidos por un cuidador que causan un daño físico real o tienen el potencial de provocarlo. **El abuso sexual:** Son los actos en que una persona usa a un niño/a o adolescente para su gratificación sexual. Incluye la explotación sexual. **El maltrato emocional:** se produce cuando un cuidador no brinda las condiciones apropiadas y propicias e incluye actos que tienen efectos adversos sobre la salud emocional y el desarrollo del niño/a o adolescente, como por ejemplo el hostigamiento verbal habitual por medio de insultos, críticas, descréditos, ridiculizaciones, así como la indiferencia hacia el niño, niña o adolescente. **El descuido(Abandono)/Negligencia:** Aquí se incluye la restricción de los movimientos del niño/a o adolescente, por ejemplo, la denigración, la ridiculización, las amenazas e intimidación, la discriminación, el rechazo y otras formas no físicas de tratamiento hostil. El descuido se produce cuando uno de los padres o adultos responsables no toma medidas para promover el desarrollo del niño, estando en condiciones de hacerlo en una o varias de las áreas tales como la salud, educación, desarrollo emocional, nutrición, amparo y las condiciones de vida seguras.

### Perfil de los adultos responsables que vulneran los derechos de NNA

La Organización Panamericana de la Salud (2003) y UNICEF (2000), hace alusión al perfil de los padres o adultos responsables que han vulnerados los derechos de niños/as y adolescentes, las cuales, están asociadas al aspecto psicológico, conductual, ambiente familiar/contextual, que pueden incidir en la crianza, favoreciendo a la vulneración de sus derechos, y dentro de ellos refieren los siguientes:

Factores Psicológicos	Factores conductuales	Factores Familiares/contextuales
<ul style="list-style-type: none"><li>- Baja autoestima de los padres</li><li>- Estrés</li><li>- Problemas de salud mental</li><li>- Rasgos de personalidad antisocial</li><li>- Baja capacidad para enfrentar el estrés.</li><li>- Irritabilidad.</li><li>- Tendencia a la personalidad hostil y dominante</li><li>- Abuso de sustancias psicotrópicas</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Incapacidad de responder adecuadamente a las conductas de NNA</li><li>- Dificultad en la expresión de emociones</li><li>- Dificultad en la expresión de afecto</li><li>- Aislamiento</li><li>- Descontrol de impulsos</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Bajo apoyo social.</li><li>- Antecedentes de maltrato de los padres en su infancia.</li><li>- Juventud de los padres.</li><li>- Hacinamiento en el hogar.</li></ul>

Esta variedad de rasgos personales, conductuales, familiares de los adultos, que anteriormente se mencionan por parte de la OPS, también es abordado y organizado en el Informe sobre



Maltrato Infantil del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de España (2011), en dos conceptos, el de **tipo biológico** y el **psicológico**.

- Los factores de **tipo Biológico** son: la hiperactividad fisiológica (Impulsividad, agresividad, comportamientos similares) por ejemplo, ante el estímulo de un niño/a.
- Los factores de **Tipo Psicológico**: Se refieren a **aspectos emocionales, cognitivos y conductuales**. Los de **tipo emocionales**: mencionan ausencia de empatía en los adultos responsables, dificultades en su autoestima, angustia personal y el desarrollo de sentimientos negativos (ansiedad, ira, depresión y hostilidad). Las personas que agreden, la mayoría de las ocasiones experimentan altos niveles de estrés, presentan sentimientos de aislamiento, soledad y suelen utilizar una menor capacidad de habilidades individuales y sociales de los que disponen. Los factores de **Tipo Cognitivos**: Por un lado, se refieren a las expectativas inadecuadas referente al niño/a (área educativa, avance evolutivo) y las distorsiones cognitivas, y, por otro lado, el adulto/a define de manera errónea la información social respecto al niño/a, lo que favorece a alimentar la falta de empatía con el mismo. Y los Factores de **Tipo conductual**: Refieren a la conducta impulsiva del adulto/a, la dificultad para manejar emociones negativas, la ausencia de comunicación e interacción con el niño/a y los altos parámetros de exigencia. Agregar que, dentro de ello, también se encuentran el ejercicio de conductas autoritarias, baja expresión de sentimientos positivos por parte de los adultos y existe una relación entre el consumo de drogas, antidepresivos y alcohol, con la vulneración de derechos de niños/as y adolescentes.

### Consecuencias de la vulneración de derechos en niños/as y adolescentes (OPS y OMS)

La Organización Mundial de la Salud (2000) y la Organización Panamericana de la Salud (2003), establecen que el maltrato infantil tiene consecuencias en el área física, sexual, emocional/ del comportamiento y otros efectos a largo plazo que se intensifica según la edad del niño/a y adolescente, la gravedad de la vulneración, la duración de la vulneración y la relación existente entre el agresor y el niño/a y adolescente. Estos efectos se resumen en el siguiente cuadro:

Consecuencias físicas	Consecuencias Sexuales	Consecuencias Psíquicas y en el comportamiento	Consecuencias a largo plazo
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lesiones abdominales o torácicas.</li> <li>- Lesiones cerebrales.</li> <li>- Moretones e hinchazón.</li> <li>- Quemaduras y escaldaduras.</li> <li>- Lesiones del sistema nervioso central.</li> <li>- Discapacidad Fracturas</li> <li>- Desgarros y abrasiones.</li> <li>- Desnutrición</li> <li>- Falta de higiene.</li> <li>- Cortes o pinchazos.</li> <li>- Retraso en el crecimiento.</li> <li>- Asfixia</li> <li>- Lesiones del sistema Nervioso Central Síndrome de Münchausen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Problemas de salud reproductiva.</li> <li>- Disfunción Sexual</li> <li>- Enfermedad de transmisión sexual.</li> <li>- Embarazos no deseados.</li> <li>- Promiscuidad sexual.</li> <li>- Prostitución</li> <li>- Pareja de un abusador/a.</li> <li>- Agresividad sexual.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Abuso de alcohol y otras drogas</li> <li>- Menoscabo Cognoscitivo</li> <li>- Comportamientos violentos, delictivos u otros</li> <li>- Depresión</li> <li>- Retraso del desarrollo.</li> <li>- Trastornos de alimentación y el sueño.</li> <li>- Sentimientos de vergüenza y culpa.</li> <li>- Hiperactividad</li> <li>- Incapacidad para relacionarse.</li> <li>- Bajo desempeño escolar.</li> <li>- Falta de autoestima.</li> <li>- Trastorno postraumático por estrés.</li> <li>- Trastornos psicósomáticos.</li> <li>- Comportamiento suicida y daño autoinflingido.</li> <li>- Tristeza y Ansiedad crónica.</li> <li>- Sentimientos de inferioridad e inadecuación.</li> <li>- Trastorno de identidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cáncer</li> <li>- Enfermedad pulmonar crónica</li> <li>- Fibromialgia</li> <li>- Síndrome de colon irritable</li> <li>- Cardiopatía isquémica</li> <li>- Enfermedad hepática</li> <li>- Problemas de salud reproductiva (Ejemplo: Esterilidad)</li> <li>- Lesión ocular.</li> </ul>



## Declaraciones internacionales y nacionales sobre protección de derechos

Dentro de las declaraciones internacionales sobre la protección a la infancia, Chile adhiere a la Convención de los Derechos del niño (CDN en adelante), y la ratifica el 13 de agosto de 1990 (UNICEF, 2015), la que tiene como finalidad reconocer, garantizar y proteger los derechos de los niños/as y adolescentes donde también enfatiza en la importancia que tiene el rol de la familia en la crianza de los niños/as.

De tal manera que la CDN establece en sus artículos la prioridad o preferencia del activo rol que deben tener los padres, madres o familiares para el desarrollo y cuidado de sus hijos, en especial, mencionar el artículo **nº5** que indica “Los estados partes respetaran las responsabilidades, los derechos y los deberes de los padres o, de los miembros de la familia ampliada o de la comunidad, según establezca la costumbre local, de los tutores u otras personas encargadas del niño de impartirle, en consonancia con la evolución de su facultades, dirección y orientación apropiadas para que el niño ejerza los derechos reconocidos en la presente convención”, esto es reforzado en el artículo **nº14** que establece “Los estados partes respetaran los derechos y deberes de los padres de guiar al niño en su ejercicio de su derecho de modo conforme a la evolución de sus facultades”; en el artículo **nº9** establece “Los Estados partes velaran por que el niño no sea separado de sus padres contra la voluntad de éstos, solo se efectuaría considerando el interés superior del niño”, por tanto y en definitiva este artículo señala que es un derecho del niño de vivir con su padre y su madre, “el derecho de vivir en familia”.

En la Convención Americana de derechos humanos denominada Pacto de San José de Costa Rica(1991), en su artículo 19, reconoce a la familia como elemento natural y fundamental de la sociedad, y el Protocolo adicional a la Convención Americana sobre derechos humanos “Protocolo de San Salvador<sup>4</sup>”(1990) en su artículo nº15 inc.1, agrega que “la familia debe ser protegida por el Estado, quien deberá velar por el mejoramiento de su situación moral y material”, de esta manera reconoce que los NNA deben desarrollarse principalmente en su entorno familiar, y el estado es quien debe favorecer a las familias para que cubra los cuidados de los mismos reforzando en su artículo 15 N°3 letra d) donde establece que los Estados se comprometen a brindar protección al grupo familiar en especial en “ejecutar programas especiales de formación familiar a fin de contribuir a la creación de un ambiente estable y positivo en el cual los niños perciban y desarrollen los valores de comprensión, solidaridad, respeto, y responsabilidad”. Dicho Protocolo de San Salvador enfatiza además sobre la relación entre padres e hijos, y en su artículo 16, agrega que “todo niño tiene el derecho a crecer al amparo y bajo la responsabilidad de sus padres; salvo circunstancias excepcionales reconocidas judicialmente, el niño de corta edad no debe ser separado de su madre”. En este sentido, la CDN en su artículo 27 establece que son los padres, madres o personas encargadas quienes deben proporcionar un nivel de vida adecuado para el desarrollo del niño, y a su vez, es obligación del Estado adoptar las medidas necesarias para ayudar a los padres y a otras personas responsables del niño/a para que este derecho se cumpla.

Conjuntamente a estos tratados internacionales mencionados, que están asociados a proteger los derechos de NNA y no vulnerarlos, Chile, en su legislación de protección a la infancia y

---

<sup>4</sup> Actualmente en Chile la tramitación del Protocolo de San Salvador, se encuentra en etapa Trámite finalización en Cámara de Origen (C. Diputados) / Oficio de ley al Ejecutivo.  
[http://www.senado.cl/appsenado/templates/tramitacion/index.php?boletin\\_ini=4087-10](http://www.senado.cl/appsenado/templates/tramitacion/index.php?boletin_ini=4087-10)



adolescencia, tiene vigente su **política Nacional de Niñez y Adolescencia(2015-2025)**, la cual, dentro de sus principios establece el rol del Estado, la Familia y la Sociedad en su conjunto para garantizar el cumplimiento de los derechos de niños/as y adolescentes; en ellos especifica que es el Estado quien debe ser garante de estos derechos, y en este sentido debe **“constituir una línea estratégica de apoyo a las familias para ejercer su roles de protección que conlleve mecanismos administrativos para que resguarden y promuevan la calidad de vida familiar”**, esto en razón a que los padres deben ser los primeros encargados de la protección de sus hijos.

En esta línea, el Estado de Chile ejecuta programas que fortalecen a las familias de NNA que han sido vulnerados en sus derechos, lo cual, hasta el 30 de septiembre de 2021, fue implementado por el órgano regulador Servicio Nacional de menores (SENAME), reemplazado por el actual Servicio “Mejor Niñez”, por medio del **sistema de atención a la niñez y adolescencia a través de la red de colaboradores<sup>5</sup> del Servicio Nacional de Menores, y su régimen de subvención (ley 20.032)**, la cual, subsidia cuatro líneas de acción y entre las que se encuentran los programas de protección ambulatoria donde sus lineamientos técnicos y definiciones de cada programa están determinados por el área de Protección de Derechos de Mejor Niñez

El foco de estos programas de protección **ambulatoria** “está puesto en el bienestar, restitución y ejercicio de derechos de los niños, niñas y adolescentes, considerando acciones con las familias o adultos responsables y el entorno socio comunitario” (SENAME, 2021). Estos programas se diferencian en su línea de intervención de acuerdo al tipo y nivel de vulneración de derechos que el niño/a y/o adolescente ha sido víctima.

A continuación, se describen brevemente estos programas que aún se ejecutan, que con la entrada en vigencia de la Ley 21302 que crea el Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia se implementa las líneas de acción: Diagnóstico clínico especializado y seguimiento de casos, y pericia, Intervenciones ambulatorias de reparación, Fortalecimiento y vinculación, Cuidado alternativo y Adopción(artículo nº 18)<sup>6</sup>.

- **Programa de Prevención Focalizada (PPF)** Es un programa que atiende vulneraciones de mediana complejidad. Su objetivo es fortalecer las competencias de cuidado y crianza de familias y/o adultos significativos de los niños, niñas, adolescentes, de manera de restituirle a estos últimos, los derechos vulnerados, asociados a mediana complejidad, tales como negligencia moderada, testigo de violencia intrafamiliar no constitutiva de delito, maltrato físico y/o psicológico moderado, evitando su cronificación, clasificación que es determinada por Departamento de protección De Derechos

---

<sup>5</sup> Ley 20032. Artículo nº4: “Se entenderá por Colaboradores acreditados: Las personas jurídicas sin fines de lucro que, con el objeto de cumplir el rol público de atención y cuidado de la niñez desarrollando las acciones a que se refiere el artículo anterior, sean reconocidas como tales por resolución del Director Nacional del SENAME, en la forma y condiciones exigidas por esta ley y su reglamento. Las personas naturales podrán ser reconocidas como colaboradores acreditados, para el solo efecto de desarrollar la línea de acción de diagnóstico, en conformidad con el procedimiento dispuesto en el inciso anterior. Las instituciones públicas que ejecuten o entre cuyas funciones se encuentre desarrollar acciones relacionadas con las materias de que trata esta ley, no requerirán de dicho reconocimiento”.

<sup>6</sup> Ley 21302 crea el Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia y modifica normas legales que indica. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1154203&idParte=10190469&idVersion=2222-02-02>



### **Programas especializados que atienden vulneración grave de derechos<sup>7</sup>:**

- **Programa de Protección Ambulatoria con Discapacidad Grave o Profunda (PAD):** Su propósito es a portar a resolver situaciones de vulneración de derechos de niños, niñas y adolescentes con discapacidad asociada, fortaleciendo su desarrollo integral a través de prestaciones de la red universal y especial.

- **Programa Especializado para Agresores Sexuales (PAS):** Asegurar la interrupción permanente de conductas abusivas de carácter sexual que presentan adolescentes, a través del fortalecimiento de factores protectores y la resignificación.

- **Programa de Intervención Especializada (PIE):** Contribuir a la reparación del daño ocasionado a niños, niñas y adolescentes víctimas de negligencia grave, abandono y explotación, favoreciendo la integración familiar y social, logrando como resultado la interrupción de sintomatología y/o de conductas que transgreden derechos de otras personas.

**Programa Especializado de Reinserción Educativa (PDE):** Favorecer las condiciones para el fortalecimiento de la trayectoria educativa de niños, niñas y adolescentes del Programa 24 horas.

**Programa Especializado en Drogas (PDC):** Contribuir a la construcción de un proyecto de vida libre de drogas en los niños, niñas y adolescentes del Circuito 24 Horas.

**Programas Especializados Reparación de Maltrato Grave (PRM):** Contribuir al proceso reparatorio del niño, niña o adolescente que ha sufrido maltrato físico o psicológico grave, constitutivo de delito, y/o agresión sexual infantil.

**Programa de Intervención Integral Especializada (PIE- 24 Horas):** Contribuir a la interrupción y resignificación de situaciones de vulneración de derechos y/o prácticas transgresoras de niños, niñas y adolescentes provenientes preferentemente del PSI 24 Horas.

**Programa Especializado en Explotación Sexual Comercial Infantil (PEE):** Contribuir a garantizar la protección de niños, niñas y adolescentes víctimas de explotación sexual comercial, en cualquiera de sus modalidades: explotación sexual comercial infantil y adolescente, turismo sexual, trata de personas con fines sexuales y pornografía infantil.

- **Programa de Representación Jurídica para niños, niñas y Adolescentes Víctimas de Delitos (PRJ):** Su objetivo es representar judicialmente a los niños, niñas y adolescentes víctimas de vulneraciones de derechos eventualmente constitutivas de delito ante los Tribunales competentes de orden penal, Tribunales de Familia, Tribunales de Letras con competencia en Familia, Tribunales Superiores de Justicia y/o Ministerio Público

-**Programa Especializado Calle (PEC):** Contribuir a poner término a la situación de vida de y en la calle de niños, niñas y adolescentes, adoptando medidas que aseguren la protección y bienestar por parte de familiares o adultos responsables.<sup>8</sup>

Son los propios programas del área de Protección de Mejor Niñez (que postulan y se adjudican la licitación) quienes definen el modelo para el trabajo con infancia en situación de

<sup>7</sup> [https://www.mejorninez.cl/descargas/doc-MN/colaboradores/2022/gestion/ppt\\_instancia\\_01.pdf](https://www.mejorninez.cl/descargas/doc-MN/colaboradores/2022/gestion/ppt_instancia_01.pdf)

<sup>8</sup> <https://www.mejorninez.cl/oferta-programatica.html>



vulneración de derechos y sus familias, sin embargo, algunos modelos que son aplicados en el área social (por los equipos profesionales) son: el modelo psicosocial, de resolución de problemas, de modificación de la conducta de intervención en crisis, centrado en tareas, sistémico con enfoque ecológico y la teoría de la comunicación (Viscarret, 2014)(Ver anexo N°1). Estos programas de protección ambulatoria intervienen de acuerdo a la complejidad de vulneración de derechos de NNA y Mejor Niñez.

Cabe mencionar en este apartado, a las Oficinas de Protección de Derechos(OPD), las que serán reemplazadas por las Oficinas Locales de la Niñez<sup>9</sup>, que, si bien no están categorizada dentro los programas ambulatorios de Mejor Niñez, es parte de los organismos supervisados por este último y que, en su mayoría, es administrada por los Municipios, siendo una entidad relevante dentro del intersector de infancia, pues es quien realiza diagnóstico de la situación de vulneración de derechos de NNA, para luego realizar la derivación correspondiente a un programa ambulatorio de acuerdo a su complejidad. El principal objetivo de las OPD, es “contribuir a la Instalación de Sistemas Locales de Protección de Derechos que permita prevenir y dar respuesta oportuna a situaciones de vulneración de derechos de niñas, niños y adolescentes a través de la articulación efectiva de actores presentes en el territorio como garantes de derechos, el fortalecimiento de las familias en el ejercicio de su rol parental, como de la participación sustantiva de las niñas, niños y adolescentes, familias y comunidad”.

Tal como se ha indicado anteriormente, estos programas de protección intervienen a través de modelos que están enfocado en el fortalecimiento de competencias parentales de los adultos responsables y habilidades personales de NNA. En este aspecto, si bien cada uno de los programas de protección ambulatoria tienen sus propios modelos para enfocar la intervención, el principal trabajo que se realiza a nivel familiar está enfocado en la restitución de derechos del NNA, desde el fortalecimiento del roles parentales de los adultos responsables en el área vincular (afectivo); formativo (asociado a estimulación en el aprendizaje y rutinas); protector (asociados a la seguridad física/emocional/sexual del NNA); reflexivo (asociado a las etapas vitales de los NNA, y el autocuidado parental).

Sin embargo, en este último ámbito específicamente del autocuidado parental, no existe la intervención de manera directa en el ámbito de salud mental de los adultos responsables, como máxima gestión se realiza derivación a atención de salud primaria en aquellos casos con evidente sintomatología depresiva, con ello, tampoco se realiza una profundización de todos aquellos factores del entorno o personales que influyen directamente en el bienestar mental (o bienestar subjetivo) del adulto responsable que le permitan desempeñarse adecuadamente en su rol y en otras dimensiones de la paternidad o maternidad, pues, los lineamientos técnicos de dichos programas no lo incorporan y muchos de los casos de NNA en vulneración de derechos se mantienen en el sistema de protección por largo periodo, o reingresan por similares causales, no habiendo una profundización en las posibles causas en el adulto que ejerce la vulneración, si no, una interrupción de la vulneración por el tiempo que se mantiene en la red protectora y entregando psicoeducación respecto a lo que se espera de su rol de los adultos responsables.

---

<sup>9</sup> Artículo n° 57,65, 66, 67, 68 Ley 21302 crea el Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia y modifica normas legales que indica.



## II.2. Marco Empírico

A continuación, se hace referencia a algunos estudios nacionales e internacionales relacionados con el problema de investigación. Cabe señalar, que la literatura revisada en bases de datos especializadas y no especializadas, no fue posible acceder a investigaciones recientes que den cuenta del impacto de la salud mental de los adultos responsables en la vulneración de derechos de niño/as que tiene a su cuidado, o de factores que se asocian a la salud mental de los mismos, si no, más bien existen mayoritariamente estudios relacionados con los tipos y consecuencias de vulneración de derechos de NNA, datos comparativos desde el área de la seguridad e interacción familiar como la relación entre los integrantes del grupo familiar y con el vecindario, y datos principalmente sociodemográficos. Por lo tanto, los estudios seleccionados si bien no son recientes, son lo más cercano a lo que se ha podido acceder.

a) El Estudio realizado por **Contreras, Paulsen y Gómez (2018)** cuyo objetivo fue determinar las características y problemáticas que se presentan en el funcionamiento familiar de niños, niñas y adolescentes en situación de graves vulneraciones de derechos atendidos en algún organismo de la red SENAME en alguna de las siguientes modalidades de atención: Programas Especializados (explotación sexual comercial infantil, situación de calle y programas integrales especializados), Programas de Protección Especializada en Maltrato y Abuso Sexual (PRM), Centros Residenciales de Protección y Programas de Familias de Acogida (FAE). La muestra fue de 389 casos. La información se extrajo de fuente secundaria y por el equipo a cargo de la intervención en cada caso. Se aplicó la Escala de Evaluación Familiar de Carolina del Norte (NCFAS-G). **Los resultados** arrojan que un 20.8% de las familias muestra indicadores de alto riesgo en su entorno, destacando problemas de seguridad en el barrio o vecindario. Un 16.9% evidencia significativas dificultades de Autonomía, destacando problemas en los ingresos familiares y desempleo del cuidador especialmente en los Programas Especializados, además de problemas de nutrición con importantes dificultades en el uso de sus redes sociales formales e informales (15,7%), siendo la conexión con el vecindario y la comunidad el aspecto más deteriorado, seguido por las relaciones sociales con familiares y amigos, aspecto donde aparecen más debilitadas las familias de los niños/as atendidos en Residencias. En el área de Competencias Parentales se observó que la mayor complejidad se da en las prácticas disciplinarias, lo cual, refleja una recurrencia habitual a prácticas de malos tratos, particularmente en familias de niños/as atendidas en Residencias y Programas Especializados. En Seguridad Familiar, se muestra un mayor deterioro general con otros conflictos familiares, seguida por negligencia parental y abuso emocional (Este ítem considera discusiones violentas con vecinos, amenazas recurrentes de exparejas y agresiones con miembros de la familia extensa, entre otros). En Salud Familiar, se observan deterioro en la salud mental del niño. La presencia de indicadores de riesgo graves, se pesquiza en una de cada tres Familias de Acogida, tres de cada cuatro en Programas Especializados, cerca de la mitad de los Programas de Reparación de Maltrato y en dos tercios de Residencias. El estudio **concluye** que una de cada tres familias de NNA atendidos por estos programas, se ubicó en una zona de riesgo significativo para el desarrollo infantil (El 21 % de las familias de Programas Especializados



y el 19.6 % de las Residencias se ubicó en la categoría de riesgo extremo, comparado con el 6.8 % de los Programas de Reparación en Maltrato y el 3.6 % de las Familias de Acogida).

**b) Medina et al (2004)** buscó describir y comparar aspectos estructurales y funcionales del apoyo social de padres maltratadores físico y no maltratadores de la ciudad de Temuco, en el que se utiliza como método un análisis secundario realizado con la base de datos del estudio “Construcción de un instrumento para detectar Potencial del Maltrato Infantil” (Aracena, 1997) es una muestra no probabilística de familias de nivel socioeconómico bajo residentes de la ciudad de Temuco, se consideró un total de 112 casos de maltratadores y 231 casos no maltratadores, a quienes se aplica el instrumento Potencial de Maltrato Físico (PMF) del cual, se utiliza solo el apartado “Utilización de redes de apoyo” y el apartado “Características socio-demográficas del entrevistado”. En el aspecto estructural, los resultados arrojaron que los progenitores no maltratadores físicos llevan más años viviendo en sus actuales domicilios que los padres maltratadores físicos, en el aspecto funcional estos padres perciben a sus redes sociales y vecinos en general como más apoyadores. En cuanto al apoyo social percibido de la familia los padres no maltratadores físicos perciben a su familia como más apoyadora que los padres maltratadores físicos, en cuanto al apoyo social percibido de la pareja, los hombres perciben sus parejas como más apoyadores que las mujeres, independiente de la condición de maltrato físico. Por ende, se concluye que los padres maltratadores físicos se perciben menos apoyados por las redes sociales, vecinos y familia, sintiéndose menos pertenecientes, menos identificados e integrados y no participante de la comunidad a la que pertenecen, se contactan significativamente más veces con sus redes de apoyo que las mujeres maltratadoras y **tienen más factores personales (Estrés, Creencias)** que les hacen evaluar la conducta de sus hijos como erróneas, por pequeñas que estas sean, haciendo más probable la utilización de técnicas disciplinarias castigadoras hacia los niños/as y/o adolescentes.

**c) Pérez y Satelices (2016)** realizan un estudio con el propósito de analizar la relación entre la sintomatología depresiva, el estrés y las dimensiones del funcionamiento familiar en 50 madres y 50 padres de la ciudad de Santiago- Chile con hijos en edad preescolar. El diseño metodológico fue de tipo descriptivo correlacional, no experimental, de carácter transversal y con metodología cuantitativa. Los instrumentos utilizados fueron cuestionario específico para antecedentes del niño y sociodemográficos, el Instrumento de Beck et al. (1961) que evalúa la presencia de sintomatología depresiva en el adulto, un cuestionario auto-aplicado para describir diversos síntomas de depresión, un inventario de estrés parental formato abreviado (PSI-SF) y una Escala de Evaluación Familiar de Carolina del Norte (NCFAS). Los resultados indican que un 60% de las madres presenta niveles medios de estrés y un 40% niveles altos, y los padres un 69.4% presenta niveles medios y un 30.6% niveles altos de estrés. En las madres el ítem “seguridad familiar” (Ítem donde se establece presencia o ausencia de violencia doméstica, conflictos familiares, abuso emocional, físico y/o sexual en el niño) y la salud mental del padre explicarían fuertemente la aparición de sintomatología depresiva. **“Es decir, ambientes familiares violentos y conflictivos aumentarían la presencia de sintomatología depresiva en la madre y viceversa.** El estrés del padre también formaría parte de esta dinámica, el cual se asocia tanto a la seguridad familiar como a la sintomatología depresiva de la madre”. Dentro de los factores de riesgos para la presencia del estrés materno se citan aspectos vinculares e intrafamiliares y con factor protector es la ocupación laboral



fuera del hogar, en el caso de los padres como factor de riesgo para la presencia de estrés es la inestabilidad en el contexto y entorno, y de la salud mental materna, un factor protector es la edad (a mayor edad menor estrés), lo que haría pensar que padres con mayor experiencia, en comparación a los padres jóvenes, se encuentran más tranquilos en su rol parental. Por tanto, en relación al funcionamiento familiar, en los casos en que se observa mayor riesgo en el entorno general se observan menores competencias parentales generales, lo que se concluye que existen algunas condiciones contextuales básicas (vivienda, seguridad en la comunidad, riesgos del entorno, etc.) y factores intrafamiliares, como las interacciones familiares, resultan necesarias para que los padres puedan desplegar una parentalidad positiva. Por tanto, el estudio “corroboró la existencia de una asociación entre las dimensiones de funcionamiento familiar y salud mental de los padres”.

**d) Febraio, (2015)** Analizó nueve competencias parentales y la relación entre la falla en dichas funciones con el maltrato de padres a hijos. Fue un estudio no experimental, deductivo, descriptivo y transversal, con muestra no probabilista de tipo intencional (40 hombres y 22 mujeres de Argentina). Las técnicas utilizadas por los peritos y evaluadas por el investigador fueron Entrevistas en profundidad, Test de las Dos Personas, Test de la familia Kinética actual, Cuestionario desiderativo. El estudio concluye que “ la presencia de fallas en la integración yoica, la capacidad para hacer y establecer vínculos afectivos, la posibilidad de identificarse a un rol y sostenerlo en el tiempo implicando existencia de conflictos para diferenciar el rol de autoridad,, la capacidad para interpretar situaciones de la vida cotidiana y para encontrar respuestas o soluciones adecuadas a las mismas, la capacidad empática, la expresión de sentimientos cariñosos y la posibilidad para controlar los impulsos agresivos, son relevantes para determinar posibles conductas de maltrato físico y psicológico o negligencia por parte de los progenitores hacia sus hijos”.

**A continuación, se exponen algunos estudios que no son recientes sin embargo se opta por incorporarlos para visibilizar cierta mantención en el tiempo de los factores asociados a la conducta de vulneración de derechos de NNA por parte de sus padres y/o tutores.**

**e) Barcelata y Álvarez, (2005).** analizó los patrones de interacciones que se establecen entre padres-hijos, en familias con problemas de violencia. Particularmente de padres y madres denunciados por maltrato infantil en la fiscalía de ciudad de México. Fue un estudio transversal de casos de tipo exploratorio y utilizó la entrevista semiestructurada. Participaron 21 adultos (8 padres y 13 madres). Los resultados establecen que el 100% de los padres recibieron castigo físico como medida disciplinaria en su infancia, el 86% provienen de una familia de origen en la que al menos uno de los progenitores presentó alcoholismo, el 57% de las madres reportan restricciones en la adolescencia el 38% de ambos padres refiere crisis adolescente, el 38% crisis por entrada de los hijos a la escuela, el 50% reportó crisis con la familia de origen por intervención en la vida matrimonial. Ambos adultos reportan crisis situacional principalmente por violencia conyugal (24%) y estrés por factores diversos (86%), el 76% de las madres y padres reportan conflictos con su hijo por las expectativas no cumplidas.

**f) Moreno (2004).** Realizó un análisis comparativo entre abandono físico y el abandono emocional con el propósito de determinar en qué medida los mismo factores o variables intervienen en ambos tipos de desprotección infantil en Badajoz, España, utilizando como



muestra 168 NNA con abandono físico y 12 con abandono emocional. Se aplicó entrevistas semiestructuradas, observación y análisis de documentos. Resultados: Casi las dos terceras partes de los casos de NNA con abandono físico, son ambos padres los perpetradores del abuso y sucede de manera similar con el abandono emocional. En el abandono físico la mayor manifestación es que el NNA pasa tiempo solo y sin supervisión, con aspecto descuidado, falta de higiene y ausentismo escolar y el mayor indicio del abandono emocional también se encuentra la baja supervisión, por lo cual, ello explica que el 43% de los casos de abandono emocional se asocia al abandono físico. En ambas variables las familias presentan un riesgo significativo de inseguridad habitacional (perder la vivienda), presencia de hacinamiento, falta de servicios y equipamientos básicos. Además, en ambas muestras se observa que sus adultos responsables habían sido objeto de situación de desprotección en su infancia, aludiendo a la transmisión intergeneracional del maltrato, y a pesar que ambos adultos se preocupan mínimamente de los NNA, se puede constatar que es la madre la encargada del cuidado y atención a ellos, asumiendo el padre una mínima responsabilidad, generando en la madre sentimientos de soledad y aislamiento con escasas redes sociales de apoyo hacia la familia. De esta manera, la falta de apoyo social se identifica como uno de los factores de la vulneración de derechos hacia los NNA. Otro factor que se hace presente en ambas variables es la “insatisfacción laboral, es decir los padres carecen de empleo estable, catalogados de marginal e ilegal” (Moreno, 2004).

**g) Haz (1997)** Estudió la prevalencia del maltrato físico hacia los niños en la Región Metropolitana y los factores de riesgo de orden social de mayor relevancia, en el cual, se utiliza un muestreo probabilístico con estratificación por nivel socioeconómico y afijación desproporcional. La muestra estuvo constituida por mujeres entre 22 y 55 años, (esta muestra y los datos, correspondió a la utilizada en un Estudio de Prevalencia de la violencia intrafamiliar y la situación de las mujeres en Chile de Larraín (1992)). Se adaptó y aplicó el cuestionario Conflict Tactics Scale(CTS). Los resultados indican que el 64% de las madres vulneradoras de derechos de sus hijos ha experimentado una situación de tensión importante, asociado a factores de estrés ambientales tales como hacinamiento (41.6%) y número de hijos (mayor a tres), ambas variables asociadas a la pobreza que producen estrés. El estudio concluye que el 12,7% de los niños del gran Santiago, es objeto de maltrato grave por parte de su madre, el 10,1% lo es por su padre. Agrega que en las dos terceras partes de los hogares las madres y en la mitad de los hogares los padres, utilizan conductas que implican la fuerza física como método de resolución de conflictos. Así mismo el estudio establece factores de riesgos del maltrato por parte de las madres son aquellas relacionadas con el clima de violencia actual en la familia y a la historia previa de violencia de la madre del niño.

A partir de la evidencia de investigaciones descritas, se entrega información sobre los factores de riesgos que presentan los progenitores que vulneran los derechos de niños/as, además de establecer la prevalencia de los tipos de maltrato que se observan relacionados a dichos factores. Se observan que los tipos de maltrato validados por los padres/madres para resolver los conflictos que puedan tener con los niños/as, lo utilizan porque obtienen resultados positivos para ellos, Además se muestra las consecuencias, tipos de vulneración de derechos y algunos factores que se asocian a la generación del maltrato infantil. Sin embargo no se profundiza de forma integrada sobre las causas de esta vulneración y menos desde la salud mental del adulto responsable, la información es muy escasa en este aspecto y lo que existe resulta muy general, razón que lleva a impulsar esta investigación que busca , ahonda principalmente en esta área



del adulto responsable que ejerce la acción de la vulneración de derechos, y como se correlaciona con diversos factores personales, familiares y ambientales que interactúan con mayor fuerza para ocasionar esta vulneración a los niños/as.



### III. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

#### Objetivo General:

Describir la relación de la vulneración de derechos de NNA de los Factores contextuales y personales (socio-ambientales-familiares y de salud mental) presente en los adultos responsables que participan en un Programa de Protección en la provincia de Concepción.

#### Objetivos Específicos:

1. Establecer un perfil demográfico, familiar y socio contextual de personas adultas con conductas de vulneración de derechos a NNA y que participan en un Programa de Protección en la provincia de Concepción.
2. Identificar y describir la presencia de problemas de salud mental y explorar cambios pos pandemia por covid-19 en adultos responsables de niños/as y adolescentes y que participan en Programa de protección en la provincia de Concepción.
3. Relacionar factores socio ambientales-familiares y de satisfacción con el Funcionamiento Familiar con tipos de vulneración de derechos de niños/as y adolescentes de Adultos Responsables que participan un Programa de Protección en la provincia de Concepción.
4. Establecer la relación de los problemas de salud mental y la percepción de apoyo social respecto de los tipos de vulneración de derechos de niños/as y adolescentes por parte de adultos responsables que participan en un Programa de Protección en la provincia de Concepción,

#### Hipótesis:

La presencia de problemas de salud mental del adulto responsable es un factor de igual relevancia a los familiares y socioambientales en la conducta de vulneración de NNA que participan en un programa de protección ambulatoria del Servicio Mejor Niñez en la provincia de Concepción.



#### IV. IDENTIFICACIÓN Y DEFINICIÓN DE VARIABLES

Objetivos	Variables	Def. Nominal	Def. Operacional (Cómo se medirá)
1. Establecer un perfil demográfico, familiar y socio contextual de personas adultas con conductas de vulneración de derechos a NNA y que participan en un Programa de Protección en la provincia de Concepción	Edad de los adultos	Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales. (Real Academia Española, 2020)	Variable que es medida a través de preguntas directas elaboradas por la Tesista.
	Sexo	Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas. Conjunto de seres pertenecientes a un mismo sexo. Sexo masculino, femenino. (Real Academia Española, 2020)	Variable que es medida a través de preguntas directas elaboradas por la Tesista.
	Estado Civil	Calidad permanente que un individuo ocupa en la sociedad y que se deriva de sus relaciones de familia (Manuel Somarriva). Corresponde a una situación particular de las personas en relación, principalmente, con la institución del matrimonio (soltero, casada, divorciado, viuda, etc.), con el parentesco (padre, madre, hijo, hermano, abuelo, etc.) y, últimamente, con el Acuerdo de Unión Civil (que introduce el estado de conviviente civil)(Biblioteca del Congreso Nacional).	Variable que es medida a través de preguntas directas elaboradas por la Tesista.
	Embarazos no planificados	Los embarazos no planificados no necesariamente equivalen a embarazos no deseados, pueden generar una amplia gama de riesgos para la salud de la madre y el niño, como malnutrición, enfermedad, maltrato, abandono, e incluso la muerte. Además, los embarazos no planificados pueden producir ciclos de gran fecundidad, reducir las posibilidades educativas y laborales y llevar a la pobreza, problemas que pueden extenderse a lo largo de generaciones(OMS,2019).	Variable que es medida a través de preguntas directas elaboradas por la Tesista.
	Ingresos	Corresponde al ingreso corriente del hogar o ingreso total, que se compone de la suma del ingreso primario (o autónomo) y las transferencias corrientes percibidas por el hogar e incluye el valor de los servicios imputado al uso de viviendas(CASEN, 2020)	Variable que es medida a través de preguntas directas elaboradas por la Tesista.
	Clasificación Socioeconómica(CSE)	Es el rango porcentual en que se ubican los hogares de acuerdo a los ingresos efectivos que perciben, número de personas que componen el hogar y sus características(Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2021).	Esta variable es medida a través de la visualización del Registro Social de Hogares, a través de pregunta directa elaborada por la Tesista.
	Actividad laboral	Se entiende por laboral a todas aquellas situaciones o elementos vinculados de una u otra forma con el trabajo, entendido este último como cualquier actividad física o intelectual que recibe algún tipo de respaldo o remuneración en el marco de una actividad o institución de índole social(Salazar, A. 2017).	Variable que es medida a través de preguntas directas elaboradas por la Tesista.



	Tipo de Familia	Según su extensión: Familia extensa: Aquella constituida por los progenitores, los hijos, los parientes por consanguinidad (tanto en línea recta como colateral) y, si existe matrimonio, los parientes por afinidad. Un reconocimiento a este tipo de familia lo encontramos en el artículo 815 del Código Civil. Familia nuclear: aquella constituida por los progenitores y los hijos que viven con ellos. Familia monoparental: aquella constituida por un solo progenitor y sus hijos. Familia ensamblada o reconstituida: aquella constituida por los progenitores, sus hijos comunes y los hijos que tengan fruto de una unión anterior con otra pareja)(Biblioteca del Congreso Nacional).	Variable que es medida a través de preguntas directas elaboradas por la Tesista.
	Nº de Integrantes en la familia	La familia se define, "conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.) con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan" (OMS). La Constitución Política de la República de Chile, reconoce a la familia como el "núcleo fundamental de la sociedad" y dispone el deber del Estado de protegerla y propender a su fortalecimiento"(Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 2018)	Variable que es medida a través de preguntas directas elaboradas por la Tesista.
	Nº de hijos	Persona o animal respecto de sus padres(RAE, 2020)	Variable que es medida a través de preguntas directas elaboradas por la Tesista.
	Edad de los hijos	Edad: Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales. (Real Academia Española, 2020) Hijos: Persona o animal respecto de sus padres(RAE, 2020)	Variable que es medida a través de preguntas directas elaboradas por la Tesista.
	Necesidades Educativas especiales en los hijos	Es un concepto amplio que incluye la diferencia existente en cuanto a condiciones físicas, intelectuales, sociales, emocionales y lingüísticas(Catalina Santa Cruz, citada en Unicef, 2021)	Variable que es medida a través de preguntas directas elaboradas por la Tesista.
	Propiedad de la vivienda	Toda edificación construida, convertida o dispuesta para el alojamiento permanente o temporal de personas, así como cualquier clase de albergue, fijo o móvil, ocupado como lugar de residencia. (Ministerio de Desarrollo Social, 2020)	Variable que es medida a través de preguntas directas elaboradas por la Tesista.
	Hacinamiento	Razón entre el número de personas residentes en la vivienda y el número de dormitorios de la misma, considerando piezas de uso exclusivo o uso múltiple. Contempla las categorías: sin hacinamiento (menos de 2,5 personas por dormitorio), medio (2,5 a 3,4), alto (3,5 a 4,9) y crítico (5 o más)(Ministerio de Desarrollo Social, 2020)	variable que es medida a través de preguntas directas elaboradas por la Tesista.



	Apoyo social	<p>El concepto de apoyo social surge del interés por comprender las interacciones sociales y la tendencia a buscar la compañía de otras personas, especialmente en situaciones estresantes en el transcurso del ciclo de vida (Orcasita &amp; Uribe, 2010).</p> <p>El apoyo social es un elemento primordial para el desarrollo del bienestar individual y familiar, respondiendo a las necesidades y etapas de transición dentro del proceso de desarrollo en cada individuo.</p> <p>Esta conceptualización del apoyo social permite plantearse cómo las interacciones sociales de diferentes ámbitos de la vida podrían tener un impacto en la salud mental de las personas (Iriarte, I. &amp; Oyarzun, D. (2020)</p>	Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS) de Zimet (1988).
	Funcionamiento familiar	Las interacciones son entendidas como rasgos detectables del comportamiento familiar, como fenómenos transaccionales que se pueden observar, aislar y registrar durante la actuación de los miembros de la familia (Fairlie, A., y Frisancho D, 1992)	-Escala de funcionamiento familiar de Feetham de Roberts y Feetham (1982). - Escala de Funcionamiento familiar (FF-SIL) de Ortega T., De la Cuesta, D. and Días, C. (1999).
	Problema con la Justicia(Delito)	Es toda conducta descrita por la ley, que lleva aparejada una sanción penal en caso de contravención o incumplimiento, el artículo primero del Código Penal lo define como acción u omisión voluntaria penada por la ley (Ministerio Público de Chile)	Variable que es medida a través de preguntas directas elaboradas por la Tesista.



	<p>Presencia de violencia en el entorno, barrio o comunitaria</p>	<p>Según la OMS (1999). La seguridad es un “estado donde los peligros y las condiciones que puedan provocar daños de orden físico, psicológico o material, están controlados para preservar la salud y el bienestar de los individuos y la comunidad. Es un recurso indispensable para la vida cotidiana, que permite al individuo y a la comunidad realizar sus aspiraciones” (p. 9).</p> <p>Inseguridad ciudadana, es “Aquella situación o condición que sufre una comunidad y por la cual, una parte significativa de sus habitantes se ven privados del libre y pacífico ejercicio de sus derechos humanos, o sienten temor de verse privados, como resultado de acciones violentas, de cualquier naturaleza, y sin vislumbrar para el futuro, por lo menos inmediato, un cambio positivo en la situación” (Salinas, 2004).</p> <p>Violencia, el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones(OMS, 2002).</p>	<p>Variable que es medida a través de preguntas directas lelaboradas por la Tesista. Se consulta por la presencia de situaciones específicas y de acuerdo a la “vivencia” en su propios barrios .</p>
<p>2.. Identificar y describir la presencia de problemas de salud mental y explorar cambios “pos” pandemia por Covid-19 en los adultos responsables de niños/as y adolescentes que participan en Programa de Protección en la Concepción provincia de</p>	<p>Salud Mental</p>	<p>La Salud Mental es un “estado de bienestar por medio del cual los individuos reconocen sus habilidades, son capaces de hacer frente al estrés normal de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera, y contribuir a sus comunidades. Salud mental se refiere a la posibilidad de acrecentar la competencia de los individuos y comunidades y permitirles alcanzar sus propios objetivos”(OMS, 2004)</p>	<p>Se utilizará el instrumento Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21) de Lovibond y Lovibond, 1995). En Chile (2012), Antúnez y Vinet, realizaron la adaptación idiomática y cultural.</p>
	<p>Ansiedad</p>	<p>La ansiedad consiste en una respuesta emocional que se presenta en un sujeto ante situaciones que percibe o interpreta como peligrosas o amenazantes, aunque en realidad no se pueden considerar como tal. Esta manera de reaccionar de forma no adaptativa, tiene un carácter patológico al alterar el funcionamiento normal del sujeto, manifestándose en múltiples disfunciones y desajustes a nivel fisiológico, conductual y cognitivo. a ansiedad consiste en una respuesta emocional que se presenta en un sujeto ante situaciones que percibe o interpreta como peligrosas o amenazantes, aunque en realidad no se pueden</p>	<p>Se utilizará el instrumento Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21) de Lovibond y Lovibond, 1995). En Chile (2012), Antúnez y Vinet, realizaron la adaptación idiomática y cultural.</p>



	Depresión	Es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (OMS, 2016).	Se utilizará el instrumento Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21) de Lovibond y Lovibond, 1995). En Chile (2012), Antúnez y Vinet, realizaron la adaptación idiomática y cultural.
	Estrés	Tensión provocada por situaciones agobiantes que originan reacciones psicosomáticas o trastornos psicológicos a veces graves(RAE, 2020)	Se utilizará el instrumento Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21) de Lovibond y Lovibond, 1995). En Chile (2012), Antúnez y Vinet, realizaron la adaptación idiomática y cultural.
	Consumo de sustancias	Autoadministración de una sustancia psicoactiva. Sustancia o droga psicoactiva: Sustancia que, cuando se ingiere, afecta a los procesos mentales, p. ej., a la cognición o la afectividad. Este término y su equivalente, sustancia psicotrópica, son las expresiones más neutras y descriptivas para referirse a todo el grupo de sustancias, legales e ilegales, de interés para la política en materia de drogas. "Psicoactivo" no implica necesariamente que produzca dependencia sin embargo en el lenguaje corriente, esta característica está implícita, en las expresiones "consumo de drogas" o "abuso de sustancias" (OMS, 1994).	Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST por sus siglas en inglés). En Chile, ASSIST V3.0 es validado y adaptado lingüísticamente al idioma español de uso en Chile.
	Exposición a la violencia en la infancia	Violencia intrafamiliar cuando la conducta (todo maltrato que afecte la vida o la integridad física o psíquica) ocurra entre los padres de un hijo común, o recaiga sobre persona menor de edad, adulto mayor o discapacitada que se encuentre bajo el cuidado o dependencia de cualquiera de los integrantes del grupo familiar(Art. 5 Ley 20066)	Variable que es medida a través de preguntas directas elaboradas por la Tesista.



3.-Relacionar factores socio ambientales-familiares y de satisfacción con el FF con tipos de vulneración de derechos de niños/as y adolescentes de Adultos Responsables que participan un Programa de Protección en la provincia de Concepción	Vulneración de derechos de niños/as y adolescentes	La vulneración de derechos es cualquier situación en la cual los niños, niñas y adolescentes queden expuestos al peligro o daño que pueda violar su integridad física y psicológica. En los casos más extremos, la vulneración se presenta por negligencia, maltrato de cualquier tipo o abuso sexual.  Tipos de vulneración de los Derechos de NNA: <ul style="list-style-type: none"><li>· Abuso sexual</li><li>· Maltrato Físico</li><li>· Maltrato psicológico</li></ul>	Variable que es medida a través de cada causal de ingreso al PPF del niño/a en relación al adulto, información obtenida desde fuentes documentales.
4.-Establecer la relación de los problemas de salud mental y la percepción de apoyo social respecto del tipo de vulneración de derechos de niños/as y adolescentes por parte de adultos responsables que participan en un Programa de Protección en la provincia de Concepción	Remitirse a Descripción de Variables de objetivos Nº 2 (Salud Mental) y Nº 3 (Vulneración de derechos).		



## V. METODOLOGÍA

### a) Diseño y tipo de estudio:

La Investigación propuesta fue de Tipo Cuantitativa, Descriptivo-Correlacional y Transversal. Descriptiva por cuanto se pretendió precisar la extensión y características de las diversas variables que caracterizan el problema estudiados. Fue correlacional por cuanto se buscó establecer las relaciones que se presentaban entre estos diversos factores indicados por la teoría: familiares, ambientales, personales y de salud mental con la vulneración de derechos a NNA, además se estableció el nivel de relación de los problemas de salud mental por sobre los otros factores en la presencia de esta vulneración de derechos. También se trató de una investigación transversal o transeccional y retrospectiva, ya que se buscó “describir variables y analizar su asociación e interrelación en un momento dado” (Hernández et al., 2014), esto significa analizar esta situación en el momento que se produjo la vulneración de derecho, lo que está referida a un hecho en un tiempo pasado, dado que la población de estudio corresponde a sujetos que al momento del estudio se encontraban participando en un Programa de protección por conductas de Vulneración de derechos a NNA (hijos/as)

### b) Unidad de Análisis:

“Factores Contextuales y Personales presentes en adultos responsables y relación con su conducta de vulneración de derechos a NNA”

### c) Unidad de Observación:

1. Adultos responsables (Hombres y/o mujeres) con conducta de vulneración de derechos a NNA.
2. Que participen en un programa de Prevención ambulatoria por conductas vulneración moderada de derechos. Y con presencia en la provincia de Concepción.
3. Que participan en el Programa durante los años 2020-2022.

### d) Universo

El universo corresponde a 74 adultos responsables de NNA en situación de vulneración de derechos, que actualmente participan en el Programa de Prevención Focalizada con presencia en una de las Comunas del Gran Concepción. Considerando el tamaño reducido del universo se optó por estudiarlo en su totalidad.



## e) Fuentes y Técnicas de Información.

Las Fuentes a utilizar fueron de tipo primaria y secundaria:

**Fuentes Primarias:** Corresponden a los Adultos responsables de NNA que participan en un Programa de Protección ambulatoria elegido, quien entregan proporcionó la información respecto a las variables relacionadas a características personales familiares, contextuales y de salud través de entrevista estructurada.

**Fuentes Secundarias:** corresponde a los registros del Programa y son las Carpetas digitales/físicas, SIS, desde donde se obtuvo la información de variables como: tipo de vulneración de derechos de cada NNA, relación de parentesco de NNA, características sociodemográficas, Sector de residencia, entre otras de interés para el estudio

## f) Instrumentos:

**Cuestionario de preguntas** de preguntas elaborado por la tesista, consta de 16 preguntas diseñadas para medir las variables socio demográficas (Tipo de Vulneración de derecho ocasionado. Vivencia de violencia en la infancia. Problemas con la justicia (como autores), edad, sexo, estado civil, planificación de Embarazo, ingresos, actividad laboral, entre otras); variables familiares y contextuales (Tipo y Tamaño de la familia, Nº de hijos, Edad de los hijos, Necesidades especiales en los hijos, Características de la vivienda y violencia en el barrio).

**II. Apoyo social:** Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS) de Zimet (1988). Instrumento de 12 Ítems, que recoge que nivel de apoyo social perciben las personas a las cuales se les aplica en el área familiar, amigos y otros significativos. Consta de 12 indicadores que conforman 3 subescalas: Apoyo de personas significativas, Apoyo de Amigos y Apoyo de la Familia. Cada indicador tiene 7 opciones de respuesta, donde 1 es “nunca y 7 es “siempre”, a mayor puntaje mayor es el apoyo social percibido. Esta escala cuenta con evidencia de validación en hile en población adulta mayor un alpha de cronbach de 0.8595 por Pinto et al (2013), y Latinoamérica, específicamente en Argentina se valida en adultos, en cuanto a la confiabilidad, el coeficiente Alpha de Cronbach muestran valores adecuados en cada uno de los factores indicando adecuadas propiedades psicométricas (Apoyo Social de Familiar .934; Apoyo Social Amigos .941; Apoyo Social otros significativos .890) por Matrángolo et al. (2022).

**III. Funcionamiento Familiar:** Se aplicaron dos escalas:

**-Escala de Funcionamiento familiar (FF-SIL)** de Ortega, De la Cuesta. and Días. (1999). Este Test de escala Likert contiene 14 situaciones que recoge la percepción que tiene como miembro de la familia y que mide las variables de Cohesión, armonía, comunicación, adaptabilidad, afectividad, rol y permeabilidad. Las opciones de respuestas son de Casi nunca (1 punto), Pocas veces (2 puntos), A veces (3 puntos), Muchas veces (4 puntos) y Casi siempre (5 puntos). Luego se suman los puntos determinando la categoría que se encuentra el funcionamiento familiar, esto es, 70 a 57 puntos Familia funcional; 56 a 43 puntos Familia moderadamente funcional; 42 a 28 puntos Familia disfuncional; 27 a 14 puntos Familia severamente disfuncional, lo que se consideró para este estudio. Validado en Chile por Fuentes y Merino (2016) estudio compuesto por 131 adolescentes con un enfoque cuantitativo, tipo de diseño no experimental, transversal. Estudio que realiza



análisis comparativo a nivel teórico-metodológico con el instrumento ¿Cómo es tu familia? Que también mide funcionamiento familiar. Sus resultados muestran baja correlación en categoría en roles, adaptabilidad y armonía (0.58, 0.59 y 0.53 respectivamente). “Interpretando Alpha total de la escala al igual que el instrumento anterior presenta un grado de correlación de cronbach de 0,890, siendo altamente significativo”.

**-Escala de Funcionamiento Familiar de Feethman** de Roberts y Feetham (1982), Es una escala compuesta por 15 indicadores, que preguntan por el nivel de satisfacción actual con la familia “*cuánto es ahora*” y a la vez pregunta “*cuanto debería ser*”, ambas con respuestas de 1 a 7 donde 1 es “nunca existe” y 7 “siempre existe”; la respuesta final se obtiene de las diferencias en cada uno de los indicadores, mientras más elevado es este resultado mayor es la insatisfacción. La tesista modificó la redacción de 7 ítems, los que referían a madre y padre, los modifica por pareja/cónyuge, y en la pregunta de desacuerdo con padre y madre, una de ellas se modifica por pareja/ cónyuge, y la otra se modifica por desacuerdo con el /la hija/hija, eliminando referirse a padre o madre que no correspondían. Esta escala cuenta con evidencia de validez y confiabilidad en los estudios aplicados a jóvenes y adultos (Adaptada y validada por Mathiesen et al 1989).

**IV. Salud Mental (Ansiedad, Depresión y Estrés):** Se utilizó el instrumento Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21) de Lovibond y Lovibond, 1995). En Chile, Antúnez y Vinet (2012), realizaron la adaptación idiomática y cultural. Es una escala conformada por tres factores: Depresión, Ansiedad y Estrés, distribuida en 21 ítems. En Chile, dicho instrumento se ha aplicado a adolescentes y jóvenes universitarios (Antúnez y Vinet, 2012; Román, 2010), estableciéndose una validez con valores  $\alpha$  de Cronbach de .87 .88 para la escala de Depresión, entre .72 a .79 para la escala de Ansiedad y de .82 a .83 para la escala de Estrés. Para las respuestas, se presentan cuatro alternativas tipo Likert, las cuales van desde 0 a 3, donde 0 “No describe nada de lo que me paso o sentí en la semana”, hasta 3 “Sí, me paso mucho, o casi siempre”.

**v. Consumo de sustancias:** Es una Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST por sus siglas en inglés) fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud(OMS) validado con un estudio multicéntrico realizado en Australia, Brasil, India, Tailandia, Reino Unido, Zimbabue y Estados Unidos (OMS, 2011). La versión 3.0 abarca diez sustancias: tabaco, alcohol, cannabis, cocaína (en el caso chileno, incluye pasta base y clorhidrato de cocaína), anfetaminas, inhalantes, sedantes, alucinógenos, opiáceos y otras drogas. En Chile, ASSIST V3.0 es validado y adaptado lingüísticamente al idioma español de uso en Chile (El alpha de Cronbach para el puntaje total fue de .91, para tabaco de .87, alcohol .93, marihuana.95, cocaína .98, anfetaminas .98, inhalantes .90, tranquilizantes .97, alucinógenos .98, y opiáceos .98). Los resultados de validación chilena, indican que dicha versión del instrumento ASSIST V.3.0, demostró evidencias de validez de sus puntuaciones para la identificación de distintos niveles de riesgo de consumo de alcohol, marihuana, tabaco y cocaína en población de diferentes ámbitos, en las demás sustancias, no se alcanzó un número suficiente de casos, sin embargo, la OMS (2011), refiere que el diseño de la prueba es culturalmente neutral, por lo que puede utilizarse en una gran variedad de culturas para detectar el consumo de sustancias. Las puntuaciones finales para cada sustancia son clasificadas en tres niveles de riesgo bajo, intermedio y alto, pudiendo ser aplicado por personal no especializado, con un tiempo de entre 5 y 15 minutos dependiendo del número de sustancias que consume cada usuario, (Soto-Brandt et al, 2014).



### g) Trabajo de Campo:

En primera instancia para acceder a las personas que cumplen los requisitos de inclusión se solicitó autorización a los directivos de las Instituciones responsables de la implementación de los Programas de Prevención Focalizada para realizar el estudio en uno de los Programas de la Corporación implementa en la comuna elegida.

Una vez autorizado el estudio, se estableció el contacto con los adultos responsables con el objetivo solicitar su participación en la investigación. En esta instancia se explicó el propósito de la investigación, se clarificó la información requerida y se garantizó la confidencialidad de la información y participación, todo lo cual estaba explícitamente descrito en el Consentimiento Informado.

Una vez aceptada la invitación, se solicitó consentir su voluntariedad de participar en ella, a través del Consentimiento Informado. Además de coordinar día y hora de entrevista para la aplicación de encuesta.

Respecto a la recogida de datos secundarios, se realizó en paralelo al proceso anterior, a través de la solicitud formal a la dirección de la Institución de la base de datos del programa, desde donde se extrae la información de aquellas variables necesarias para esta investigación.

Las entrevistas se realizaron de manera presencial en los domicilios de los adultos responsables, en la fecha y hora programados (solo en dos casos se realizó la entrevista en modalidad online. Tuvieron una duración promedio de 60 minutos). Se realizaron durante los meses de abril a julio de 2022.

### h) Consideraciones Éticas de la investigación.

Los encargados de entregar la información para este estudio fueron los adultos responsables de niño/as y adolescentes que participan en un programa de protección de la provincia de Concepción, a quienes se les informó sobre el objetivo del estudio, tipo de participación e información solicitadas, uso que se dará a esta información, efectos de la participación (ninguno) y sobre todo resguardo de la confidencial la información, carácter voluntario de la participación, todo lo que fue expuesto en el Consentimiento informado el que además incorporó información sobre la tesista y forma de contactarla en caso de requerir información.

Lo anterior se fundamentó en atención a los principios éticos de Emanuel (2015) los cuales se analizan a continuación: **valor social** de la investigación dado que se busca generar evidencia científica respecto a un problema social real relacionado con adultos que cometen violencia que afecta a NNA y que busca profundizar en respuestas para enfrentar de manera eficaz y oportuna los procesos interventivos con los mismos,); **Validez Científica**, el estudio se respalda en una planificación y definición metodológica clara, rigurosa y sustentada en las exigencias de una investigación científica. **Selección Equitativa del sujeto**, se dio la posibilidad de que todos los adultos responsables que participan en un programa de protección puedan participar del estudio, entregándoles la posibilidad de que a partir de esta investigación; **Proporción favorable de riesgo-**



**beneficio**, este estudio no presentaba mayor riesgo para los adultos que participaron, y tampoco se presentó alguna situación no prevista que ameritara un apoyo institucional para los participantes, se consideró como mayor beneficio al favorecer que los adultos puedan ser visualizados y atendidos en aquellas circunstancias que le aquejan y que generan situaciones de riesgos (violencia) tanto para ellos mismos, para los niños/as, familia y comunidad; **Evaluación independiente**, este estudio es guiado por profesional que trabaja con adultos teniendo un manejo y respeto por ellos y considerando relevante hacer visible su situación personal y contextual; Consentimiento informado, la elaboración de este documento permitió explicitar y dejar por escrito las características de la participación como lo fue: voluntariedad en la participación por parte del adulto(a), la confidencialidad de la información, la finalidad del estudio, los posibles riesgos asociados a posibles derivaciones en caso de requerirlo, los beneficios de la participación; Respeto a los sujetos inscritos, del respeto a los adultos(as) por toda la duración de su participación del estudio, de libertad para desistir del estudio cuando lo estimara conveniente, de la comunicación de los resultados del estudio y se mantendrá el seguimiento del bienestar del adulto(a), todo lo anterior se informó de los datos de la tesista y el contexto de esta investigación.

#### i) **Plan de Análisis**

Para el análisis de datos se utilizó el programa estadístico SPSS y Microsoft Excel 2010. Se realizó un Análisis Univariado con lo que se buscó escribir las características demográfica, familiares, sociales y ambientales (vivienda y entorno) realizando algunas comparaciones para enriquecer la lectura de la información y por otra parte fue necesario un análisis Bivariado para relacionar los distintos Factores personales y contextuales (de vivienda, salud y de apoyo social, entre otros) con la Vulneración de derechos, identificando las pruebas estadísticas específicas de acuerdo al nivel de medición de las variables analizadas. También fue necesario un análisis multivariado para determinar el nivel de relación de la salud mental, respecto de otros factores en la conducta violenta presentadas por los adultos responsables de NNA.



## VI. RESULTADOS

### 1. Descripción característica sociodemográficas de los adultos

#### 1.1 Características demográficas

##### ✓ Edad y Estado Civil según sexo de los adultos

Tabla 1:

*Distribución del rango etario según el sexo de los adultos responsables de NNA, que participan en un programa de protección ambulatoria.*

Grupo etario	Sexo		Total (%)
	Hombre (%)	Mujer (%)	
De 20 a 29 años.	16,67(1)	20,69 (12)	20,31 (13)
De 30 a 39 años.	33,33(2)	32,76 (19)	32,81 (21)
De 40 a 49 años.	50,00(3)	25,86 (15)	28,13 (18)
De 50 a 69 años.	0,00(0)	20,69 (12)	18,75 (12)
<b>Total</b>	<b>100,0(6)</b>	<b>100,0(58)</b>	<b>100,0(64)</b>

Situación civil	Sexo (%)		Total (%)
	Hombre	Mujer	
Casado(a)	33,33(2)	31,03(18)	31,25(20)
Divorciado(a)	16,67(1)	17,24(10)	17,19(11)
Soltero(a)	50,00(3)	51,27(30)	51,56(33)
<b>Total</b>	<b>100,0(6)</b>	<b>100,0 (58)</b>	<b>100,0 (64)</b>

Fuente: Elaboración propia.

En el estudio participaron 64 adultos responsables de NNA de un total de 74. El grupo estudiado estuvo compuesto principalmente por mujeres (90,62%) y sólo 6 hombres (9,38%) y el rango etario fue de 20 y 69 años, aunque la mayoría tiene de 30 a 49 años (60,9%). Por otra parte, se puede agregar que la mayoría de las mujeres tienen de 30 y 39 años con un 32,76% los otros grupos etarios representan cerca del 25%, por su parte, la mitad de los hombres (3 de 6 adultos) tiene de 40 a 49 años.

De los 64 adultos entrevistados, 33 se encuentran solteros(as) (51,56%), 20 están casados(as) (31,25%) y 11 divorciados(as) equivalente al 17,19%, la mayoría de hombres estudiados están solteros (3 de 6), y de igual forma, la mayoría de las mujeres se encuentra soltera con un 51,27% (30 de 58 mujeres), se destaca que el 17,24% está divorciada (10 de 58).



✓ **Escolaridad según Edad**

**Tabla 2:**

*Distribución de la Escolaridad según la edad de los adultos responsables de NNA, que participan en un programa de protección ambulatoria.*

Escolaridad	Edad (%)				Total (%)
	De 20 a 29	De 30 a 39	De 40 a 49	De 50 a 69	
De 1° a 4° básico	0,00 (0)	0,00 (0)	5,56 (1)	16,67(2)	4,69(3)
De 5° a 8° básico	0,00 (0)	19,05(4)	16,67(3)	33,33(4)	17,19(11)
Media incompleta	0,00 (0)	9,52 (2)	27,78(5)	25,00(3)	15,63(10)
Media completa	46,15(6)	28,57(6)	33,33(6)	16,67(2)	31,25(20)
Superior incompleta	23,08 (3)	19,05(4)	0,00 (0)	0,00 (0)	10,94(7)
Superior completa	30,77 (4)	23,81(5)	16,67(3)	8,33(1)	20,31(13)
<b>Total</b>	<b>100,0 (13)</b>	<b>100,0(21)</b>	<b>100,0(18)</b>	<b>100,0(12)</b>	<b>100,0(64)</b>

Fuente: Elaboración propia

Sobre la escolaridad de los adultos responsables de NNA, se observa que la mayoría tiene enseñanza media completa (31,25%,20 adultos), y superior completa (20.31%, 13 adultos); Son 14 los adultos con escolaridad hasta 8° básico. Comparativamente por edad, se distingue una clara tendencia que los adultos de menos de 40 años tienen mayor nivel de escolaridad, todos con enseñanza media completa (46,15%) y enseñanza superior incompleta o completa (23,08% y 30,77% respectivamente), por el contrario, adultos de 40 y más años, el su nivel de escolaridad es de enseñanza básica incompleta a enseñanza media incompleta (50 a 75% de estos grupos etarios).

✓ **Situación civil según Edad de los adultos**

**Tabla 3:**

*Distribución de la Situación Civil según los rangos etarios de los adultos responsables de NNA, que participan en un programa de protección ambulatoria.*

Situación civil	Edad (%)				Total (%)
	De 20 a 29	De 30 a 39	De 40 a 49	De 50 a 69	
Casado(a)	0,00 (0)	23,81 (5)	50,00 (9)	50,00 (6)	31,25(20)
Divorciado(a)	0,00 (0)	9,52 (2)	27,78 (5)	33,33 (4)	17,19(11)
Soltero(a)	100,0(13)	66,67(14)	22,22 (4)	16,67 (2)	51,56(33)
<b>Total</b>	<b>100,0(13)</b>	<b>100,0 (21)</b>	<b>100,0 (18)</b>	<b>100,0(12)</b>	<b>100,0(64)</b>

Fuente: Elaboración propia

En la **Tabla anterior** se observa que la mayoría de los adultos jóvenes (de 20 a 39 años) se encuentra soltero(a) y, por el contrario, los adultos de 40 a 69 años la mayoría porcentual se encuentran casados(as) con 50% en todos los casos y la mayoría de los divorciados son las personas de 50 a 69 años (33,33%).



✓ **Tiempo y Tipo de relación con pareja actual**

**Tabla 4:**

*Distribución del Tiempo y Tipo de la relación con la pareja actual de los adultos responsables de NNA que participan en un programa de protección ambulatoria.*

Tiempo de relación	Tipo de relación con Pareja actual (%)				Total (%)
	Casado(a)	Convivencia	Pololeo	Sin pareja	
<b>De 0 a 4 años</b>	0,00 (0)	31,25 (5)	60,00 (6)	0,00 (0)	17,19(11)
<b>De 5 a 10 años</b>	40,00(2)	37,50 (6)	20,00 (2)	0,00 (0)	15,63(10)
<b>De más de 10 años</b>	60,00(3)	31,25 (5)	20,00 (2)	0,00 (0)	15,63(10)
<b>Sin relación</b>	0,00 (0)	0,00 (0)	0,00 (0)	100,0 (33)	51,56(33)
<b>Total</b>	100,0(5)	100,0 (16)	100,0 (10)	100,0 (33)	100,0 (64)

Fuente: Elaboración propia

Con respecto al tipo y tiempo de la relación que mantienen los adultos responsables de los NNA que participan del Programa con su pareja actual, de la tabla anterior se desprende que solo 31 de ellos tiene relación de pareja y sólo 5 de estos están casados, la mayoría convive con su pareja actual (16 de 31); los tiempos de esta relación para quienes están casados es de más de 5 años (y en 3 de los 5 casos adultos es de más de 10 años). En el caso de los adultos que mantienen una convivencia actualmente, el 37,5% de ellos tiene una relación de 5 a 10 años y los restantes es similar entre quienes mantienen una relación de más de 10 años o de menos de 5 años (31% en cada caso). Por otra parte, 10 adultos mantienen un pololeo actualmente, de los que el 60% lleva menos de 5 años de relación (6 de los 10 adultos). Finalmente, las 33 personas que figuran sin pareja actual son quienes tienen un estado civil de solteros/as.

✓ **Actividad laboral de los adultos**

**Tabla 5:**

*Distribución de la Actividad Laboral Actual y Anterior de los adultos responsables de NNA, que participan en un programa de protección ambulatoria.*

Actividad antes.	Actividad laboral actual (%)							Total
	(1).	(2).	(3).	(4).	(5).	(6).	(7).	
(1) Labores Domésticas..	66,67 (8)	0,00 (0)	0,00 (0)	0,00 (0)	0,00 (0)	0,00 (0)	0,00 (0)	12,50(8)
(2) Atención en alimentación	0,00 (0)	100,0 (2)	0,00 (0)	0,00 (0)	0,00 (0)	0,00 (0)	20,00 (2)	6,25 (4)
(3) Servicios-Atención Público	8,33 (1)	0,00 (0)	66,67 (4)	0,00 (0)	15,79 (3)	0,00 (0)	20,00 (2)	15,63(10)
(4) Técnicos y profesionales	0,00 (0)	0,00 (0)	0,00 (0)	100,0 (9)	0,00 (0)	0,00 (0)	0,00 (0)	14,06(9)
(5) Dueña de Casa	16,67(2)	0,00 (0)	0,00 (0)	0,00 (0)	73,68 (14)	16,67(1)	0,00 (0)	26,56(17)
(6) Actividades menores	0,00 (0)	0,00 (0)	16,67 (1)	0,00 (0)	10,53 (2)	66,67(4)	30,00 (3)	15,63(10)
(7) Otros	8,33 (1)	0,00 (0)	16,67 (1)	0,00 (0)	0,00 (0)	16,67(1)	30,00 (3)	9,38 (6)
<b>Total</b>	100,0(12)	100,0 (2)	100,0(6)	100,0 (9)	100,0 (19)	100,0(6)	100,0 (10)	100,0(64)

Fuente: Elaboración propia

Categorías de actividad laboral: (1). Labores Domésticas (Asesora de hogar / Costurera / Auxiliar de aseo); (2). Garzona / Manipuladora de alimentos / Reponedora; (3). Atención de público (cajera, empaque, vendedora, call center); (4). Técnicos(as) y profesionales; (5). Dueña de casa; (6). Actividades menores (portuario, esteticista, independiente y otras); (7). Otros (cesante, estudiante)



Se observa que solo una actividad se mantiene sin variación en el transcurso del inicio del programa hasta el momento de realizar la entrevista, son 9 adultos con actividad de técnicos o profesionales que mantienen su trabajo. Por otra parte, hay un aumento de adultos con actividad de labores domésticas (antes eran 8 y en la actualidad 12). Se observa un aumento en cesantía o estudiantes con 6 adultos antes y al momento de la entrevista 10 adultos mencionan estar en esa condición; las dueñas de casa aumentan de 17 a 19, que, además, corresponden a la mayor actividad de los adultos en todo el periodo con un 26,56% antes del programa (17 adultos), aumentando a un 29,69% al momento de la entrevista (19 adultos).

Por el contrario, las actividades que disminuyen a la actualidad son Garzona, manipuladora de alimentos o reponedor que pasan de 4 a 2 adultos; también las actividades de atención de público o post venta, ya sea cajera, empaque, vendedora o en call center, que pasan de 10 a 6 adultos; las actividades menores también disminuyen pasando de 10 adultos antes del programa a solo 6 adultos en esta actividad en la actualidad.

#### ✓ Ingresos por Actividad Actual

**Tabla 6:**

*Distribución porcentual del Ingreso por la actividad laboral actual realizada en los adultos, que participan en un programa de protección ambulatoria.*

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	28 *	43,75
Menos de \$380.000	13	20,31
De \$380.001 a \$500.000	12 **	18,75
De \$500.001 a \$1.000.000	9 ***	14,06
Más de \$1.000.000	2	3,13
<b>TOTAL</b>	<b>64</b>	<b>100</b>

Fuente: Elaboración propia

Se observa que existen 28 adultos(as) que se encuentran en la categoría no reciben ningún ingreso mensual por la actividad actual realizada, de los cuales 18 adultos son dueñas de casa, 8 se encuentran cesantes y 2 se encuentran estudiando. A nivel económico dichos adultos son apoyados económicamente, por parejas actuales, por grupo familiar extenso, otros(as) reciben pensión de alimentos y en algunos de ellos complementan con bonos del gobierno como programa familia del ministerio de desarrollo social y/o subsidio único familiar.

Independiente del ingreso por la actividad actual realizada, hay 3 adultos que reciben un ingreso adicional, no considerado para efectos de la ubicación en los rangos descritos los cuales son por subsidio de cesantía (\*), pensión de invalidez (\*\*) y trabajo ocasional desempeñado (\*\*\*).



✓ **Ingreso actual versus Ingreso antes del programa**

**Tabla 7:**

*Distribución de la Evaluación del Ingreso con respecto al ingreso antes de ingresar al programa según el Ingreso actual de los adultos responsables de NNA, que participan en un programa de protección ambulatoria.*

Evaluación de Ingreso actual respecto de los anteriores	Ingreso actual, en miles de \$ (%)					Total (%)
	Ninguno	Menor a 380	De 380 a 500	De 500 a 1000	Más de 1000	
<b>Menor</b>	50,00(14)	38,46(5)	16,67(2)	11,11(1)	0,00 (0)	34,38(22)
<b>Similar</b>	50,00(14)	30,77(4)	66,67(8)	66,67(6)	100,0 (2)	53,13(34)
<b>Mayor</b>	0,00 (0)	30,77(4)	16,67(2)	22,22(2)	0,00 (0)	12,50(8)
<b>Total</b>	100,0 (28)	100,0(13)	100,0(12)	100,0(9)	100,0(2)	100,0(64)

Fuente: Elaboración propia

Los adultos que declaran no tener ingreso actualmente (28) la mitad declara que esta situación es igual o peor con respecto al ingreso anterior al programa (50% respectivamente). Los adultos que tienen un ingreso actual menor a \$380.000, el 38.46% declaran que tienen un ingreso menor, el resto menciona que su ingreso actual es similar o mayor con respecto al ingreso al inicio del programa, ambos con un 30,77% (4 de 13 adultos). Por otra parte, la mayoría de los adultos que tiene ingreso actual entre \$380.000 y más, reconocen que este ingreso es similar a lo anterior al Programa (66,67% y más).

✓ **Situación económica antes del programa e Ingreso actual**

**Tabla 8:**

*Percepción de la Situación económica actual con respecto a la situación antes de ingresar al Programa según el Ingreso actual de los adultos responsables de NNA, que participan en un programa de protección ambulatoria.*

Percepción de la Situación Económica	Ingreso actual, en miles de \$ (%)					Total (%)
	Ninguno	Menor a 380	De 380 a 500	De 500 a 1000	Más de 1000	
<b>Peor</b>	64,29 (18)	30,77 (4)	25,00 (3)	22,22 (2)	0,00 (0)	42,19(27)
<b>Igual</b>	28,57 (8)	46,15 (6)	41,67 (5)	66,67 (6)	100,0 (2)	42,19(27)
<b>Mejor</b>	7,14 (2)	23,08 (3)	33,33 (4)	11,11 (1)	0,00 (0)	15,63(10)
<b>Total</b>	100,0(28)	100,0(13)	100,0(12)	100,0(9)	100,0 (2)	100,0 (64)

Fuente: Elaboración propia

Sobre la percepción de la situación económica actual con respecto a la situación antes de ingresar al programa existe un grupo similar que considera que ésta es peor o igual a la anterior (42,19% en cada caso). La mayoría de los adultos que no tienen ingreso actualmente, declaran tener una situación económica peor con un 64,29%, situación que también se presenta en tangos de ingreso mayor a 380 mil pesos, aunque en menor porcentaje; en estos casos la mayoría considera que su situación económica actual es igual a la anterior.



## ✓ Registro Social de Hogares

**Tabla 9:**

*Frecuencia de Calificación Socioeconómica (Registro Social de Hogares) de los adultos que participan en un programa ambulatorio*

Calificación Socioeconómica (%)	Fi	%
40 %	56	87,5
50%	1	1,56
60%	3	4,69
70%	1	1,56
80%	1	1,56
90%	2	3,13
<b>Total</b>	64	100

Fuente: Elaboración propia

Respecto de la calificación socioeconómica (Registro social de hogar), se puede observar en la tabla que la mayoría de estos hogares pertenecen al 40% de mayor vulnerabilidad (87,5% de los casos), 3 se encuentran en el 60% de los hogares con menos ingresos y, solo 2 adultos se encuentran en el 90% (3,13%).

## 1.2 Características Sociofamiliares

### 1.2.1 Características de las Familias

#### ✓ Tipo de familia

**Tabla 10:**

*Distribución porcentual por Tipo de familia de los adultos responsables de NNA, que participan en un programa de protección ambulatoria.*

Tipo de Familia	Fi	%
<b>Nuclear</b>	17	26,56
<b>Extensa</b>	21	32,81
<b>Monoparental</b>	23	35,94
<b>Reconstituida</b>	3	4,69
<b>Total</b>	64	100.0

Fuente: Elaboración propia

La mayoría de los adultos responsables que son parte del Programa ambulatorio conforman una familia del tipo monoparental (35,94% con 23 adultos), y extensa con un 32,81%, las familias de tipo nuclear son el 26,56 y solo un 7,81% tiene una familia reconstituida. Tal como señala Cabrera et al, 2009, el tipo de familia monoparental puede ser un factor familiar que favorece la vulneración de derechos hacia Niños/as, adolescentes.

Cabe agregar que la mayoría de los adultos que componen un tipo de familia extensa (42,9%), declaran no tener ingreso por la actividad actual realizada (Tabla Nº 1 en Anexo) condición que generaría una situación de tensión permanente en estos hogares.



✓ **Nº de Hijos y Edad de los hijos**

**Tabla 11**

*Número de Hijos de los adultos que participan en el Programa de protección ambulatoria*

Nº de Hijos	Fi	%
Uno	16	25,00
Dos	22	34,38
Tres	21	32,81
4 o más	5	7,81
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>100</b>

Respecto del número de hijos, dos y tres es la cantidad de hijos que tienen la mayoría de los adultos responsables que participan en este Programa (34,38% y 32,8% respectivamente), solo un 7,81% de los adultos tiene cuatro hijos o más (un adulto tiene 5 hijos). El total de hijos de estos grupos familiares es de 144 y 89 de ellos son parte del Programa por haber presentado vulneración de derechos.

**Tabla 12:**

*Distribución de la Edad de los hijos de los adultos según su orden de nacimiento*

Edad hijo	Hijo 1 (%)	Hijo 2 (%)	Hijo 3 (%)	Hijo 4 o 5 (%)	Total NNA (%)
De 1 a 4 años.	9,38(6)	12,50 (6)	23,08(6)	0,00(0)	12,50(18)
De 5 a 10 años.	20,31(13)	29,17(14)	(46,15)12	33,33(2)	28,47(41)
De 11 a 17 años.	28,12(18)	31,25(15)	(15,38)4	33,33(2)	27,08(39)
De 18 o más años.	42,19(27)	27,08(13)	(15,38)4	33,33(2)	31,94(46)
<b>Total</b>	<b>100,0(64)</b>	<b>100,0(48)</b>	<b>100,0(26)</b>	<b>100,0(6)</b>	<b>100,0(144)</b>

Fuente: Elaboración propia

El detalle de los hijos se presenta de tal forma que se tiene la edad del hijo mayor o primer hijo, hasta el hijo menor. Se destaca que el rango etario de los hijos varía entre 1 año a más de 18 años. El 42.19% de estos adultos tiene hijos de 18 o más años (46), y el 28,12% su primer hijo tiene de 11 a 17 años. Por otra parte, respecto del tercer hijo de los adultos la mayoría de ellos tiene menos de 18 años. De lo anterior se desprende que la gran mayoría de los adultos que son parte del Programa, sus 2 o 3 hijos tienen menos de 11 años y un grupo no menor (27.1%) tiene hijos adolescentes (39).

✓ **Planificación de los hijos**

**Tabla 13:**

*Planificación de los hijos según el orden de nacimiento de los hijos de los adultos responsables de NNA, que participan en un programa de protección ambulatoria*

Orden de hijos	Planificación Hijo		Total (%)
	Sí (%)	No (%)	
Hijo 1	32,81(21)	67,19(43)	100,0(64)
Hijo 2	52,08(25)	47,92 (23)	100,0 (48)
Hijo 3	42,31(11)	57,69 (15)	100,0 (26)
Hijo 4 o más	83,33 (5)	16,67 (1)	100,0 (6)

Fuente: Elaboración propia



Respecto de la planificación de los hijos la mayoría de los adultos que participan en el programa señala que la llegada de su primer hijo y tercer hijo no fue planificado (67.19% y 57.69% respectivamente) situación que se invierte levemente respecto del segundo hijo solo en el 52.08% de los casos.

La no planificación de los hijos sumada la vulneración de derechos hacia los mismo, puede generar efectos a largo plazo en los NNA como desarrollar embarazos no deseados y/o planificados transmitiéndose a lo largo de generaciones. (OMS, 2000 y OPS, 2003)

#### ✓ **Tamaño grupo familiar**

**Tabla 14:**

*Distribución del Tamaño del grupo familiar de los adultos responsables de NNA, que participan en un programa de protección ambulatoria.*

Tamaño del grupo familiar	Total (%)
De 2 a 3 personas	37,50(24)
De 4 a 5 personas	43,75(28)
De 6 a 7 personas	18,75 (12)
<b>Total</b>	<b>100,0(64)</b>

Fuente: Elaboración propia

El tamaño del grupo familiar como se muestra en la tabla, está compuesto prioritariamente por 4 a 5 personas (43,75%) y menos (37.5%) sólo 12 familias están compuestas por 6 o más personas. La mayoría de estos hogares mantienen este mismo tamaño en los últimos 2 años (51 casos) y sólo 5 de ellos aumentaron dicho tamaño (Anexo N°1, tabla N°2),

#### ✓ **Tamaño del Grupo familiar según Ingresos Actuales**

**Tabla 15:**

*Distribución de los integrantes del grupo familiar según el Ingreso actual de los adultos responsables de NNA que participan en un programa de protección ambulatoria.*

Tamaño del grupo familiar	Ingreso actual, en miles de \$ (%)					Total (%)
	Ninguno	Menor a 380	De 380 a 500	De 500 a 1000	Más de 1000	
2	14,29 ( 4)	0,00 (0)	16,67 (2)	0,00 (0)	0,00 (0)	4,69(3)
3	14,29 (4)	46,15(6)	33,33(4)	44,44(4)	0,00 (0)	17,19(11)
4	32,14 (9)	15,38(2)	8,33 (1)	11,11(1)	100,0(2)	15,63(10)
5	21,43 (6)	15,38(2)	16,67(2)	33,33(3)	0,00 (0)	31,25(20)
6	7,14 (2)	7,69 (1)	25,00(3)	11,11(1)	0,00 (0)	10,94(7)
7	10,71 (3)	15,38(2)	0,00 (0)	0,00 (0)	0,00 (0)	20,31(13)
<b>Total</b>	<b>100,0 (28)</b>	<b>100,0 (13)</b>	<b>100,0(12)</b>	<b>100,0(9)</b>	<b>100,0 (2)</b>	<b>100,0 (64)</b>

Fuente: Elaboración propia

En la tabla anterior llama la atención que el grupo de entrevistados que declara no tener ingreso actualmente (28 adultos), son precisamente los grupos familiares más numerosos, el 70.5% posee



familias de 4 y más integrantes, seguido por quienes informan ingresos inferiores a 380 mil pesos donde el 54% conforman familias de 4 y más personas. En el primer caso si bien declaran no tener ingresos esto es por no realizar actividad laboral actual, sin embargo, estas familias tienen apoyo económico por su grupo familiar extenso y pensión de alimentos.

Cabe agregar que el caso de los adultos que declaran tener ingresos actuales de más de 1 millón de pesos, ambos tienen un grupo familiar de 4 personas.

#### ✓ Necesidad especial de los hijos

**Tabla 16**

*Distribución de la necesidad especial del hijo según el orden de nacimiento del hijo de los adultos responsables de NNA, que participan en un programa de protección ambulatoria.*

Orden de hijos	Necesidades especiales		Total (%)
	Si (%)	No (%)	
1° Hijo	28,13(18)	71,87(46)	100,0(64)
2° Hijo	21,28(10)	78,72(37)	100,0(47)
3° Hijo	16,00(4)	84,00(21)	100,0(25)
4° Hijo o más	0,00(0)	100,0(6)	100,0(6)

Fuente: Elaboración propia

Respecto de la presencia de necesidad especial en los hijos de los entrevistados, si bien la mayoría de ellos declara que sus hijos no presentan estas necesidades (cerca del 75% de los casos) existe un porcentaje no menor de madres y padres (28.13%) que reconoce presencia de algún tipo de necesidad especial en su primer hijo y también en el segundo hijo (21.28%) El tipo de necesidad especial que se presenta mayoritariamente es Trastorno grave del desarrollo, Trastorno de la comunicación, Trastorno de la conducta y/o Discapacidad visual/intelectual/auditiva/física, de los cuales todos se encuentran en tratamiento en Hospital Penco Lirquén.

#### ✓ Situación de Salud de los adultos responsables de NNA

**Tabla 17:**

*Distribución porcentual Situación de salud de los adultos responsables de NNA que participan en un programa de protección ambulatoria.*

Situación Diagnosticada	Frecuencia	Porcentaje
SI	29	45,31
NO	35	54,69
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>100</b>
Tiempo del diagnóstico (n=29)	Fi	%
De 0 a 5 años	15	51,72
De 5 a 10 años	7	24,14
De 10 o más años	7	24,14
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>100</b>
Tratamiento médico	Fi	%



<b>SI</b>	27	93.1
<b>NO</b>	2	6.9
<b>Total</b>	29	100,
<b>Centro de Atención de Salud</b>	Fi	%
<b>Cesfam Lirquén</b>	1	3,57
<b>Cesfam Penco</b>	9	32,14
<b>Hospital Higuera</b>	4	14,29
<b>Hospital Penco Lirquén</b>	12	42,86
<b>Hospital Regional</b>	2	7,14
<b>Total</b>	28	100

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla anterior se aprecia que el 45,31% (29 de 64), de los adultos participantes en el programa tiene diagnóstico de algún problema de salud, de ellos el 51,72% declara menos de 5 años con dicho diagnóstico (y un 48,28% tiene de 5 y más años diagnosticado) casi la totalidad de ellos (93.1%) declara estar en tratamiento médico, el que se realizaría en el Hospital de Penco Lirquén (42,86%) y en el Cesfam de Penco (32,14%).

#### ✓ Tipo de Enfermedades en los adultos

**Tabla 18:**

*Tipo de enfermedades de los adultos responsables de NNA que participan en un programa de protección ambulatoria.*

<b>Tipo de enfermedades</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Trastorno de salud mental</b>	7	10,94
<b>Dificultad en articulación</b>	4	6,25
<b>Diabetes</b>	7	10,94
<b>Hipertensión</b>	6	9,38
<b>Tiroide</b>	4	6,25
<b>Cáncer (uterino/mioma)</b>	2	3,13
<b>Obstrucción respiratoria</b>	2	3,13
<b>Trastorno intestinal</b>	2	3,13
<b>Otros</b>	3	4,69
<b>Total</b>	37	

Fuente: Elaboración propia

Respecto de las situaciones de salud diagnosticadas en la tabla se observa que hay presencia de 37 tipo de enfermedades, donde prevalece el trastorno de salud mental y diabetes, con 7 adultos diagnosticados, hay 6 adultos con diagnóstico de hipertensión. Los diagnósticos de menor prevalencia es el cáncer, obstrucción respiratoria y trastorno intestinal, cada enfermedad la tienen 2 adultos.



✓ **Numero de enfermedades diagnosticadas y Tiempo del Diagnóstico**

**Tabla 19:**

*Número de enfermedades diagnosticadas de los adultos responsables de NNA que participan en un programa de protección ambulatoria.*

Nº de Enfermedades	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	35	54,69
Una	24	37,50
Dos	3	4,69
Tres	1	1,56
Cuatro	1	1,56
<b>TOTAL</b>	<b>64</b>	<b>100,0</b>

**Tabla 20:**

*Tiempo del diagnóstico de la enfermedad en los adultos responsables de NNA que participan en un programa de protección ambulatoria*

Tiempo Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
1-5 Años	15	23,4
5-10 Años	7	10,9
Más 10 Años	7	10,9
No corresponde	35	54,7
<b>TOTAL</b>	<b>64</b>	<b>100</b>

Fuente: Elaboración propia

De los 64 adultos, un 54,69% de los adultos no tienen enfermedades diagnosticadas y, un 37,5% reconoce presentar una o más enfermedades con diagnóstico son 5 los adultos que tienen más de una enfermedad. Por otra parte, la mayoría (15 casos) señala contar con un diagnóstico reciente (últimos 5 años), los restantes (14 personas) superan dicho tiempo, incluso más de 10 años (tabla N°20)

✓ **Presencia de situaciones Psicosociales adversas en los adultos**

**Tabla 21:**

*Vivencia de Maltrato en la Infancia de los adultos responsables de NNA, que participan en un programa de protección ambulatoria.*

Vivencia de Maltrato en la Infancia	Frecuencia	Porcentaje
Si	41	64,06
No	23	35,94
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>100</b>

Fuente: Elaboración propia

Respecto de la presencia o vivencia de situaciones de violencia en la persona del adulto responsable de los NNA participan en el Programa ambulatorio se puede observar que el 64,06% (41 de 64) de los adultos responsables sufrió de maltrato en la infancia, esto es un antecedente que aparece en numerosos estudios sobre las vivencias de violencia en la infancia y la repetición de estas conductas hacia sus NNA (Barudy 1998, Barcelata y alvarez 2005, Haz 1997).

**Tabla 22**

*Participación en Situaciones de violencia por los adultos responsables de NNA que asisten al programa de protección*

Problema con la justicia	Fi	%
Si	25	39,06
No	39	60,94
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>100</b>
Tipo de problema con la justicia (n=25)	Fi	%
VIF	16	64,00
Riña	4	16,00
Microtráfico	2	8,00
Amenaza de muerte	1	4,00



<b>Robo con violencia</b>	1	4,00
<b>Violencia psicológica</b>	1	4,00
<b>Total</b>	25	39.06

Complementando la información anterior, en esta tabla se observa que el 39,06% de los adultos estudiados ha tenido participación en algún problema con la justicia. De ellos, la mayoría han sido por violencia intrafamiliar con un 64% y por estar involucrado en riñas (16%). Organismos como la OPS (2003) y estudios realizados por Contrearras et al., (2018) están han reportado esta relación con la conducta violenta con el entorno social de los adultos que cometen dicha vulneración de derechos en sus NNA.

### 1.3 Características Socioambientales

#### 1.3.1 Características de la Vivienda

##### ✓ Propiedad y Tamaño de la Vivienda

**Tabla 23:**

*Tamaño de la vivienda según la propiedad de las viviendas que residen actualmente los adultos responsables de NNA, que participan en un programa de protección ambulatoria.*

Tamaño de la vivienda	Propiedad de Vivienda que habita actualmente					Total (%)
	Propia pagada (%)	Propia pagándose (%)	Arrendada (%)	Cedida (%)	Allegados (%)	
<b>Menos de 40 mts<sup>2</sup></b>	4,17 (1)	0,00 (0)	14,29(2) <sup>2</sup>	16,67(1)	5,88(1)	7,81(5)
<b>De 41 a 50 mts<sup>2</sup></b>	62,50(15)	33,33(1)	50,00(7)	33,33(2)	35,29(6)	48,44(31)
<b>De 51 a 60 mts<sup>2</sup></b>	29,17(7)	0,00 (0)	21,43(3)	50,00(3)	47,06(8)	32,81(21)
<b>De 61 o más mts<sup>2</sup></b>	4,17 (1)	66,67(2) <sup>1</sup>	14,29(2)	0,00(0)	11,76(2)	10,94(7)
<b>Total</b>	100,0(24)	100,0(4)	100,0(14)	100(6)	100(17)	100(64)
	37.50	4,68	21.88	9.36	26.56	

1 Un caso de 180 mts<sup>2</sup>; 2 Un caso de 15 mts<sup>2</sup>

Fuente: Elaboración propia

Los entrevistados viven principalmente en viviendas de 41 a 50 mts<sup>2</sup> correspondiente a un 48,44% (31 adultos), seguido por el 32,81% que habita viviendas de 51 a 60 mts<sup>2</sup>, un 10,94% tienen vivienda de 61 o más mts<sup>2</sup> y solo un 7,81% tienen viviendas menores a 40mts<sup>2</sup>.

Respecto de la propiedad de estas viviendas, en la tabla se aprecia que el 37.5% de los casos posee vivienda propia pagada y además el 4.7% (3) está pagándose, un 35,92 de los casos habita vivienda cedida o de allegados situación esta última que evidencia un porcentaje importante de familias con inestabilidad residencial.

Al relacionar la situación de tenencia con el tamaño de la Vivienda, la mayoría (sobre el 60%) que posee vivienda propia pagada y arrendadas habitan viviendas de 50 mts<sup>2</sup> o más, mientras que los están en condición de allegados o en viviendas cedidas, el tamaño de éstas no supera los 60 m<sup>2</sup> en el 90% de los casos.



✓ **Tamaño de La Vivienda según Tamaño del Grupo Familiar**

**Tabla 24:**

*Tamaño de la vivienda según tamaño del grupo familiar de los adultos responsables de NNA, que participan en un programa de protección ambulatoria.*

Tamaño del a vivienda	Tamaño del grupo familiar			Total (%)
	De 2 a 3 (%)	De 4 a 5 (%)	De 6 a 7 (%)	
Menos de 40 mts.	12,50(3)	0,00(0)	16,67(2)	7,81(5)
De 41 a 50 mts.	45,83(11)	46,43(13)	58,33(7)	48,44(31)
De 51 a 60 mts.	37,50(9)	35,71(10)	16,67(2)	32,81(21)
De 61 o más mts.	4,17 (1)	17,86(5)	8,33(1)	10,94(7)
<b>Total</b>	<b>100,0(24)</b>	<b>100,0(28)</b>	<b>100,0(12)</b>	<b>100,0(64)</b>

Fuente: Elaboración propia

Al relacionar el tamaño de la Vivienda con el Tamaño de los grupos familiares se puede observar que las familias más pequeñas (2 a 3 personas) el 45,83% de ellas habita viviendas de 41 a 50 mts<sup>2</sup>, aunque también existe un 37.5% que posee una vivienda de mayor tamaño (51 a 60m<sup>2</sup>). Por otra parte, los grupos familiares de tamaño medio (4 a 5 personas) también en su mayoría tienen viviendas de 41 a 60 mts<sup>2</sup>, situación diferente se presenta en las familias de mayor tamaño (6 y 7 personas) quienes en su mayoría (75%) declara habitar viviendas reducidas, es decir de menos de 50 mts<sup>2</sup>.

✓ **Numero de dormitorios según Tamaño del grupo familiar**

**Tabla 25:**

*Distribución de los dormitorios en la vivienda según los integrantes del grupo familiar de los adultos responsables de NNA, que participan en un programa de protección ambulatoria.*

Dormitorios en la vivienda	Tamaño del grupo familiar			Total (%)
	De 2 a 3 (%)	De 4 a 5 (%)	De 6 a 7 (%)	
1	16,67(4)	3,57(1)	0,00(0)	7,81(5)
2	33,33(8)	32,14(9)	16,67(2)	29,69(19)
3	37,50(9)	53,57(15)	41,67(5)	45,31(29)
4	2,50(3)	10,71(3)	41,67(5)	17,19(11)
<b>Total</b>	<b>100,0(24)</b>	<b>100,0(28)</b>	<b>100,0(12)</b>	<b>100,0(64)</b>

Fuente: Elaboración propia

Respecto del número de dormitorios en la vivienda, de la Tabla se puede observar que una mayoría declara tener 3 o 2 dormitorios en su vivienda (45.31% y 29,69% respectivamente) y un 17% menciona 4 dormitorios. Al relacionar esta información con el número de integrantes del grupo familiar se observa que las mayorías de las familias pequeñas (2 a 3 personas) tiene 2 (33.3%) o 3 (37.5%) dormitorios, por otro lado, los hogares de mayor tamaño (6 o 7 personas) habitan viviendas con 3 o 4 dormitorios. Derivado de lo anterior se establece que la relación número de personas por dormitorios es de menos de 2.5 personas por dormitorio, información que resulta adecuada pensando en la relación solo de número de personas, solo hay un caso con hacinamiento crítico. Sin embargo, no se ha establecido la relación adulta y genero de quienes comparten estos espacios.



✓ **Numero de dormitorios según Tamaño de la vivienda**

**Tabla 26:**

*Relación N° de dormitorios según el Tamaño de la vivienda de los adultos responsables de NNA, que participan en un programa de protección ambulatoria.*

Dormitorios en la vivienda	Tamaño de la vivienda				Total (%)
	Menor a 40m (%)	De 41 a 50m (%)	De 51 a 60m (%)	De 61 o más (%)	
1	20,00(1)	6,45(2)	9,52(2)	0,00(0)	5 (7,81)
2	60,00(3)	41,94(13)	14,29(3)	0,00(0)	19 (29,69)
3	20,00(1)	41,94(13)	47,62(10)	71,43(5)	29 (45,31)
4	0,00(0)	9,68(3)	28,57(6)	2 (28,57)	11 (17,19)
<b>Total</b>	100,0(5)	100,0(31)	100,0(21)	100,0(7)	100,0(64)

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla se observa una relación directa entre el tamaño de la vivienda y el número de dormitorios, las viviendas de mayor tamaño son las que tienen mayor cantidad dormitorios, lo mismo en el otro extremo, las de menor tamaño, solo tienen uno o dos dormitorios y a nivel de tamaño intermedio (41 a 60m<sup>2</sup>), el 50% y más de los casos declara 3 y 4 dormitorios en sus viviendas.

### 1.3.2 Características del entorno

✓ **Presencia de Violencia en el barrio**

**Tabla 27:**

*Distribución del Tipo y Frecuencia de violencia en el barrio según los adultos responsables de NNA, que participan en un programa de protección ambulatoria.*

Tipo de Violencia en el barrio	Frecuencia de violencia (%)			Total (%)	%
	Diaria (%)	Semanal (%)	Mensual (%)		
<b>Asaltos</b>	14,81(4)	44,44(12)	40,74(11)	100,0(27)	42,18%
<b>Homicidios</b>	0,00(0)	11,11(1)	88,89(8)	100,0(9)	14,06%
<b>Riñas</b>	37,50(9)	41,67(10)	20,83(5)	100,0(24)	37,5 %
<b>Presencia/uso de armas</b>	66,67(14)	33,33(7)	0,00(0)	100,0(21)	32,81%
<b>Drogas, consumo/tráfico</b>	86,96(40)	8,70(4)	4,35(2)	100,0(46)	71,87%
<b>Violencia Intrafamiliar (VIF)</b>	70,00(21)	16,67(5)	13,33(4)	100,0(30)	46,88%

Fuente: Elaboración propia

El tipo de violencia que se presenta con mayor frecuencia en los barrios que habitan estos adultos con los respectivos NNA es la presencia de consumo y/o tráfico de drogas, situación mencionada por 46 de los 64 adultos y además lo reconocen como una situación que ocurre diariamente, lo cual, se asemeja con lo indicado por la OPS(2003) como un factor en el exosistema que favorece la violencia, le sigue en importancia porcentual (46,88%) las situaciones de violencia intrafamiliar, luego que también ocurren en su mayoría- diariamente (70%), lo mismo con el uso de armas (66.67%).

Otras situaciones de violencia en el barrio con algo menos de frecuencia son las Riñas (41,67% semanal y 37.5% a diario; al igual que declaran presencia de asaltos con una frecuencia a nivel



semanal (44% de los casos).

## 2. Situaciones de Salud Mental (Depresión, Ansiedad Y Estrés) presente en Adultos Responsables de NNA participantes en Un Programa De Protección Ambulatoria

Estas variables fueron medidas con la Escala DASS-21 que considera la medición de indicadores que dan cuenta de la presencia de síntomas Depresión, Ansiedad y Estrés en quien la responde, se caracteriza por tener cuatro opciones de respuesta, donde 0 significa que “No le ha ocurrido la situación”, 1 “Le ha ocurrido un poco”, 2 “Le ha ocurrido bastante y 3 “Le ha ocurrido mucho”.

### 2.1 Dimensión Depresión

**Tabla 28:**

*Distribución porcentual indicadores de Depresión (DASS-21), según adultos responsables de niños/as y adolescentes participantes de un programa de protección ambulatoria*

Síntomas de Depresión (DASS-21).	Antes (N=64)				Durante (n=64)			
	0	1	2	3	0	1	2	3
<b>3. No podía sentir ningún sentimiento positivo</b>	53,1	28,1	15,6	3,1	45,3	25,0	14,1	15,6
<b>5. Se me hacía difícil tomar la iniciativa para hacer cosas</b>	56,3	15,6	10,9	17,2	50,0	15,6	12,5	21,9
<b>10.Sentía que no había nada que me ilusionara</b>	64,1	14,1	7,8	14,1	64,1	17,2	7,8	10,9
<b>13.Me sentía triste y deprimido/a</b>	31,3	26,6	12,5	29,7	7,8	32,8	20,3	39,1
<b>16.No me podía entusiasmar por nada</b>	56,3	21,9	4,7	17,2	53,1	23,4	9,4	14,1
<b>17.Sentía que valía muy poco como persona</b>	50,0	17,2	7,8	25,0	50,0	18,8	15,6	15,6
<b>21.Sentía que la vida no tenía ningún sentido</b>	71,9	7,8	3,1	17,2	71,9	9,4	9,4	9,4

Fuente: Elaboración propia

La tabla anterior da cuenta de las respuestas a los 7 indicadores que permiten evaluar la presencia de síntomas de depresión en las personas entrevistadas y donde se observa que la mayoría responde que “No le ha ocurrido” dicha situación (puntaje=0), para ambos períodos de la consulta, la única que experimenta variación importante en esta opción de respuesta es el indicador 13 “me sentía triste y deprimido” que cambia de 31.3% a 7.8% , a su vez este mismo aspecto aumenta de manera importante en quienes afirman que le ha ocurrido bastante (p.e.2) o mucho (p.e.3) en la actualidad representando el 20.3% y 39.1% respectivamente Si bien se mantiene el porcentaje de personas que declara no haber experimentado estos síntomas, se observan cambios en los encuestados que declaran que le ha ocurrido mucho, esto ocurre en los aspectos presentes en el ítem 3, 5 10 y 13 (este último es el de mayor variación).



**Tabla 29:**

*Descriptivos Síntomas de Depresión (DASS-21), en adultos responsables de NNA participantes de un programa de protección*

Indicadores de Depresión (DASS-21).	Antes. (N=64)			Durante (N=64)			Sig
	Media.	Ds.	Md.	Media.	Ds.	Md.	
<b>3.No podía sentir ningún sentimiento positivo</b>	0,7	0,9	0	1,0	1,1	1	.013
<b>5.Se me hacía difícil tomar la iniciativa para hacer cosas</b>	0,9	1,2	0	1,1	1,2	0,5	.206
<b>10.Sentía que no había nada que me ilusionara</b>	0,7	1,1	0	0,7	1,0	0	.621
<b>13.Me sentía triste y deprimido/a (</b>	1,4	1,2	1	1,9	1,0	2	.004
<b>16.No me podía entusiasmar por nada</b>	0,8	1,1	0	0,8	1,1	0	.956
<b>17.Sentía que valía muy poco como persona</b>	1,1	1,3	0,5	1,0	1,1	0,5	.529
<b>21.Sentía que la vida no tenía ningún sentido</b>	0,7	1,2	0	0,6	1,0	0	.512
<b>Promedio escala</b>	0.9	1,1	0.2	1.0	1,1	0.6	<b>.390</b>

Fuente: Elaboración propia

En la tabla se observa que la mayoría de los promedios resultan entre 0,6 a 1,9 puntos, antes de iniciar el programa y al momento de la entrevista (durante). Los promedios son consistentes con lo ya expresado en la lectura de la tabla anterior, sin embargo, aquí se puede visualizar la tendencia central de las respuestas y sobre todo aquellos aspectos que presentan mayor variación y/o mayor tendencia negativa. Al inicio los ítems 13 y 17 tienen una media superior a 1, con una mediana diferente a 0 situación que se muestra desmejorada cuando se pregunta respecto a la situación actual, donde ahora se agregan los ítems 3 y 5, y donde el ítem 13 "Me sentía triste y deprimido/a" es el que tiene el mayor promedio en ambos periodos y aumenta considerablemente al momento de la entrevista, pasa de 1,4 a 1,9 con una mediana de 2 puntos lo que refleja que existe un 50% de los entrevistados en esta condición.

Al revisar los puntajes promedio de la escala se puede apreciar que la presencia de estos signos de depresión aumenta para el periodo actual, con una mediana de 0.2 a 0.6 lo que está indicando que estas situaciones les ocurren un poco a las personas consultadas, aunque esto era levemente menor en el tiempo anterior al programa. Al aplicar la prueba t de student para comparación de medias en una misma muestra se obtiene que esas diferencias no son significativas a nivel global ( $t=0.865$ ;  $sig=0,390$ ) según tabla N°37.

**Tabla 30:**

*Distribución porcentual Nivel de presencia de Sintomatología emocional para Depresión (DASS-21).*

Indicador general de síntomas emocionales	Antes		Durante	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
<b>Sin depresión</b>	34	53,1	27	42,2
<b>Depresión leve</b>	6	9,4	9	14,1
<b>Depresión moderada</b>	8	12,5	13	20,3
<b>Depresión severa</b>	4	6,3	5	7,8
<b>Depresión extrema</b>	12	18,8	10	15,6
<b>Total</b>	64	100	64	100

Fuente: Elaboración propia



El indicador general de Depresión -según la propia escala- muestra que antes del inicio del programa un 53,1% de las personas no tenía sintomatología de depresión, un 9,4% tenía depresión leve, y depresión extrema un 18,8% de las personas. Al momento de la entrevista, se aprecia un cambio desfavorable, ahora existe un 42,4% de las personas que están clasificadas “Sin depresión”, la depresión leve aumenta a 14,1%, la depresión moderada a un 20,3%. Aunque la depresión extrema baja a 15,6%, en rasgos generales aumentan los otros niveles de depresión (leve, moderada y severa). Por tanto, al momento de la entrevista, hay un aumento en distintos grados de síntomas emocionales de depresión, pudiendo ser también efecto de la pandemia, lo que genera concordancia con Celis-Morales, Nazar (2022) quienes indican que hubo aumento de 40,6% de casos con depresión durante la pandemia.

## 2.2 Dimensión Ansiedad.

**Tabla 31:**

*Distribución porcentual indicadores de Ansiedad (DASS-21), según adultos responsables de niños/as y adolescentes participantes de un programa de protección ambulatoria*

Ansiedad (DASS-21)	Antes del programa.				A la entrevista.			
	0	1	2	3	0	1	2	3
<b>2.Me daba cuenta que tenía la boca seca</b>	59,4	18,8	9,4	12,5	48,4	21,9	6,3	23,4
<b>4.Se me hacía difícil respirar</b>	73,4	6,3	9,4	10,9	59,4	17,2	4,7	18,8
<b>7.Sentía que mis manos temblaban</b>	64,1	12,5	10,9	12,5	57,8	14,1	12,5	15,6
<b>9.Estaba preocupado/a por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo</b>	56,3	17,2	10,9	15,6	56,3	17,2	6,3	20,3
<b>15.Sentía que estaba al punto de pánico</b>	59,4	15,6	6,3	18,8	45,3	17,2	9,4	28,1
<b>19.Sentía los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico</b>	54,7	18,8	9,4	17,2	48,4	17,2	14,1	20,3
<b>20.Tenía miedo sin razón</b>	57,8	20,3	6,3	15,6	39,1	25,0	15,6	20,3

Fuente: Elaboración propia

Para la dimensión de Ansiedad, la mayoría de las personas declara que antes que se incorporaran al Programa “No les había ocurrido” ninguna de las situaciones planteada, con valores entre 54% a 73%, y un 39% a 59.4% para el momento actual. En consecuencia, se observa un incremento desfavorable, al momento de la entrevista (1º semestre 2022) donde manifiestan que esto les ocurre “bastante” (2) o “mucho” (3). En particular esta última respuesta tiene aumento en todos los ítems entre un 3% y 11% aproximado. Solo la situación “estaba preocupado/a por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo” mantiene un 56,3% de personas en ambos periodos, que declaran que “No le ha ocurrido”.

Complementando la lectura anterior con los descriptivos que se exponen en la siguiente tabla, se observa el cambio en la tendencia central de las respuestas donde aumentan todas las medias desde un tiempo anterior al actual, excepto el ítem 9, situación que además se confirma al revisar la mediana (Md) que cambia de 0 a 1 en 4 de los 7 aspectos evaluados. La dispersión de las respuestas (DS) se mantienen similar, aunque levemente alta según rango de esta valoración (4 puntos). A nivel global de la Escala se aprecia con mayor claridad este aumento de puntajes que dan cuenta de mayor presencia de signos asociados a la Ansiedad para el periodo actual en la población estudiada. Estas diferencias resultan significativas al aplicar la prueba de comparación de medias (intragrupo) t de



Student en 4 de los 7 indicadores y también a nivel de la subescala ( $t=2,114$ ;  $sig=0.036$ ) según tabla N°37.

**Tabla N°32:**

*Descriptivos de indicadores de Ansiedad (DASS-21), en adultos responsables de NNA participantes de un programa de protección (n=64)*

Síntomas de Ansiedad (DASS-21)	Antes de iniciar.			Durante la entrevista.			Sig
	Media	Ds.	Md.	Media.	Ds.	Md.	
2.Me daba cuenta que tenía la boca seca	0,8	1,1	0	1,0	1,2	1	.015
4.Se me hacía difícil respirar	0,6	1,1	0	0,8	1,2	0	.035
7.Sentía que mis manos temblaban	0,7	1,1	0	0,9	1,2	0	.289
9.Estaba preocupado/a por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo	0,9	1,1	0	0,9	1,2	0	.742
15. Sentía que estaba al punto de pánico	0,8	1,2	0	1,2	1,3	1	.012
19.Sentía los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico	0,9	1,2	0	1,1	1,2	1	.241
20.Tenía miedo sin razón	0,8	1,1	0	1,2	1,2	1	.030
<b>Promedio Total</b>	<b>0,79</b>	<b>0,00</b>	<b>1,13</b>	<b>1,01</b>	<b>1,21</b>	<b>0,57</b>	<b>.036</b>

Fuente: Elaboración propia

**Tabla 33**

*Distribución porcentual Nivel de presencia de Sintomatología emocional para Ansiedad en personas adultas, Antes y Durante la participación en un programa de Protección(n=64)*

Indicador grado de sintomatología emocional	Antes.		Actual.	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
<b>Sin Ansiedad</b>	31	48,4	23	35,9
<b>Ansiedad leve</b>	1	1,6	5	7,8
<b>Ansiedad moderada</b>	15	23,4	10	15,6
<b>Ansiedad severa</b>	3	4,7	5	7,8
<b>Ansiedad extrema</b>	14	21,9	21	32,8
<b>Total</b>	64	100	64	100

Fuente: Elaboración propia

En la misma línea de lo señalado, en la tabla se observa que los entrevistados que no muestran síntomas de Ansiedad al inicio del programa son un 48,4%, disminuyendo a un 35,9% al momento actual y existe un aumento quienes presentan síntoma de “Ansiedad extrema” (de 21,9% a un 32,8%), lo mismo en “Ansiedad severa” pasa de un 4,7% a un 7,8%. y en “Ansiedad moderada” disminuye de un 23,4% a un 15,6%. No obstante, lo señalado, la situación de Ansiedad experimentada por este grupo de personas es similar al aumento a nivel nacional el cual es de 37,4% en su prevalencia (C. Celis-Morales, G. Nazar, 2022).



### 2.3. Dimensión Estrés.

**Tabla 34:**

*Distribución porcentual indicadores de Estrés, según adultos responsables de niños/as y adolescentes participantes de un programa de protección ambulatoria*

Indicadores de Estrés (DASS-21)	Antes (n =64)				Durante(n=64)			
	0	1	2	3	0	1	2	3
1.Me costaba mucho descargar la tensión	28,1	26,6	17,2	28,1	20,3	15,6	25,0	39,1
6.Reaccionaba exageradamente en ciertas situaciones	28,1	20,3	23,4	28,1	25,0	21,9	18,8	34,4
8.Sentía que estaba gastando una gran cantidad de energía	34,4	12,5	20,3	32,8	23,4	18,8	14,1	43,8
11.Me sentía inquieto/a	31,3	25,0	18,8	25,0	21,9	20,3	15,6	42,2
12.Se me hacía difícil relajarme	26,6	26,6	20,3	26,6	23,4	9,4	25,0	42,2
14.No toleraba nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo	76,6	10,9	7,8	4,7	70,3	17,2	9,4	3,1
18.Tendía a sentirme enfadado/a con facilidad	37,5	17,2	18,8	26,6	21,9	26,6	18,8	32,8

Fuente: Elaboración propia

La dimensión de Estrés es la que presenta mayor variación respecto de la frecuencia de ocurrencia de las situaciones consultadas. En general para el período Anterior las opciones de respuesta son muy similares tanto en quienes responde 0 como en quienes responde y 3 con cifras cercanas al 30% en cada ítem excepto el ítem 14 “No toleraba nada que no le permitiera continuar con lo que estaba haciendo” con un 76% que indica “nunca” haber experimentado esa situación Al observar el tiempo actual se aprecia con bastante claridad el aumento porcentual de persona que reconoce presencia de estas situaciones de estrés con porcentajes superior al 32% y en otras hasta en el 43% de los casos, sólo se exceptúa el mismo aspecto mencionado anteriormente (ítem14) que mantiene tendencia del tiempo anterior al programa.

Por otra parte, al revisar la siguiente tabla de promedios se observa que los 3 primeros aspectos consultados son los que se presentan -en alguna ocasión- tanto antes como después, aunque en el período actual estas medias aumentan y lo mismo ocurre con la mediana (Md), ahora todos los aspectos consultados tienen una Md=2 lo que indica que el 50% de los entrevistados experimenta mayores situaciones de estrés respecto del periodo anterior.

Esta dimensión es la que experimenta mayores promedios tanto en la situación anterior como para la actual, variando de una media de 1.3 a 1.57 y una mediana de 1.14 a 1.71, La desviación estándar evidencia también una mayor heterogeneidad en las respuestas. Estas diferencias de medias resultan **significativas** en 5 de los 7 indicadores (tabla anterior) y también en la subescala (prueba t de Student ( $t=2,568$ ;  $sig=0.013$ ) según tabla N°37.



**Tabla 35:**

*Descriptivos Síntomas de Estrés, en adultos responsables de NNA participantes de un programa de protección*

Situaciones de Estrés (DASS-21)	Antes.			En la entrevista.			Sig.
	Media	Ds.	Md.	Media	Ds.	Md.	
1.Me costaba mucho descargar la tensión	1,5	1,2	1	1,8	1,2	2	.015
6.Reaccionaba exageradamente en ciertas situaciones	1,5	1,2	2	1,6	1,2	2	.486
8.Sentía que estaba gastando una gran cantidad de energía	1,5	1,3	2	1,8	1,2	2	.104
11.Me sentía inquieto/a	1,4	1,2	1	1,8	1,2	2	.015
12.Se me hacía difícil relajarme	1,5	1,2	1	1,9	1,2	2	.022
14.No toleraba nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo	0,4	0,8	0	0,5	0,8	0	.614
18.Tendía a sentirme enfadado/a con facilidad	1,3	1,2	1	1,6	1,2	2	.089
<b>Promedio Total</b>	<b>1,30</b>	<b>1,16</b>	<b>1,14</b>	<b>1,57</b>	<b>1,14</b>	<b>1,7</b>	<b>.013</b>

Fuente: Elaboración propia

Finalmente, en la siguiente tabla se aprecia los cambios en los niveles de estrés (según las categorías de la propia escala DASS) de una situación anterior al programa a una actual, allí se aprecia cómo se duplica el porcentaje de casos que presentan un estrés severo antes del programa de 14.1% a 31.3% para el momento actual. Y quienes tienen estrés extremo que pasan de un 12.5% a un 15.6%

**Tabla 36**

*Frecuencia del Indicador general de síntomas emocionales para Estrés (DASS-21).*

Indicador general de síntomas emocionales	Antes del programa.		A la entrevista.	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Sin Estrés	27	42,2	19	29,7
Estrés leve	6	9,4	8	12,5
Estrés moderado	14	21,9	7	10,9
Estrés severo	9	14,1	20	31,3
Estrés extremo	8	12,5	10	15,6
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>100</b>	<b>64</b>	<b>100</b>

Fuente: Elaboración propia

**Tabla 37**

*Comparación en intragrupos de las dimensiones en Salud Mental*

Comparación grupos dependientes	Media	N	Desv. Estándar	Diferencia Media	Desv. Est. Media	t	gl	Sig.
<b>DASS hoy</b>	25,03	64	14,86	4,25	17,54	1,938	63	0,057
<b>DASS antes</b>	20,78	64	15,12					
<b>DASS Depresión hoy</b>	7	64	5,60	0,73	6,79	0,865	63	0,390
<b>DASS Depresión antes</b>	6,27	64	5,97					
<b>DASS Ansiedad hoy</b>	7,08	64	6,14	1,64	6,12	2,144	63	0,036
<b>DASS Ansiedad antes</b>	5,44	64	5,61					
<b>DASS Estrés hoy</b>	10,95	64	5,23	1,88	5,84	2,568	63	0,013
<b>DASS Estrés antes</b>	9,08	64	5,58					

Fuente: Elaboración propia



### 3. Presencia de Consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) en adultos responsables de NNA

Estas variables fueron medidas con la Escala ASSIST que considera la puntuación de riesgo para cada sustancia que el usuario informa haber consumido (tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, estimulantes de tipo anfetamina, inhalantes, sedantes o pastillas para dormir, alucinógenos, opiáceos y ‘otras’ drogas). La puntuación obtenida permite clasificar a los adultos según el nivel de riesgo para cada sustancia en ‘bajo’, ‘moderado’ o ‘alto’.

Señalar que la pregunta que indica “En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que habitualmente se esperaba de usted por el consumo de (primera droga, segunda droga, etc.)?”, no se genera una tabla debido a que ningunos de los encuestados respondió haber dejado de hacer las tareas habituales.

#### 3.1 Consumo de alcohol, tabaco y sustancias en adultos responsables participantes en un programa de protección ambulatoria

Tabla N°38

*Frecuencia de la presencia de Consumo de alcohol, tabaco y sustancias alguna vez en la vida en adultos responsables participantes en un programa de protección ambulatoria.*

¿Cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez?	Si %	Frec.	No %	Frec.
Tabaco	87,50%	56	12,50%	8
Bebidas Alcohólicas	82,80%	53	17,20%	11
Marihuana	50,00%	32	50,00%	32
Cocaína	7,80%	5	92,20%	59
Anfetamina/Estimulante	3,10%	2	96,90%	62
Inhalante	1,60%	1	98,40%	63
Tranquilizante/past. Dormir	14,10%	9	85,90%	55
Alucinógenos	7,80%	5	92,20%	59
Opiáceos	0,00%	0	100,00%	64
Otras drogas	0,00%	0	100,00%	64

Fuente: Elaboración propia

La mayoría de los adultos entrevistados refiere haber consumido tabaco o bebidas alcohólicas, ambas con más de un 80%, en el consumo de marihuana un 50% dice que si ha consumido y el otro 50% no ha consumido. Se destaca que ninguna persona ha consumido opiáceos ni otras drogas “sin receta médica”. Solo una persona ha consumido inhalante y dos han consumido anfetaminas u otro estimulante.



**Tabla Nº 39**

*Frecuencia del Consumo de alcohol, tabaco y sustancias Antes de la pandemia en adultos responsables participantes en un programa de protección ambulatoria*

Antes de la Pandemia ¿Con qué frecuencia consumía?	Frec.	Porc.
Con menor frecuencia	22	34,4
Con igual frecuencia	36	56,3
Con mayor frecuencia	6	9,4
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>100</b>

Fuente: Elaboración propia

Al momento de preguntar a los adultos ¿con qué frecuencia consumía la droga o sustancia que mencionó?, el 34,4% dijo consumirla con menor frecuencia antes de la pandemia, un 56,3% respondió que la consume con igual frecuencia que antes de la pandemia, y solo un 9,4% (6 personas) dijo que antes de la pandemia las consumía con mayor frecuencia.

**Tabla Nº 40**

*Distribución porcentual del Consumo de alcohol, tabaco y sustancias en los últimos tres meses en adultos responsables participantes en un programa de protección ambulatoria*

Preguntas	Sustancias específicas (n)	Nunca	1-2 veces	Mensual	Semanal	Diario
En los últimos 3 meses ¿Con qué frecuencia ha consumido las sustancias que mencionó?	Tabaco (56)	26,8	8,9	1,8	10,7	51,8
	Bebidas Alcohólicas (53)	24,5	24,5	37,7	13,2	0,0
	Marihuana (32)	75,0	9,4	3,1	9,4	3,1
	Cocaína (5)	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Anfetamina/Estimulante (2)	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Inhalante (1)	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Tranquilizante/past. Dormir (9)	66,7	22,2	0,0	11,1	0,0
	Alucinógenos (5)	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Opiáceos (0)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Otras drogas (0)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
En los últimos 3 meses ¿Con qué frecuencia ha sentido un fuerte deseo o ansias de consumir?	Tabaco (56)	41,1	5,4	0,0	21,4	32,1
	Bebidas Alcohólicas (53)	86,8	3,8	5,7	3,8	0,0
	Marihuana (32)	81,3	3,1	0,0	12,5	3,1
	Cocaína (5)	80,0	20,0	0,0	0,0	0,0
	Anfetamina/Estimulante (2)	50,0	50,0	0,0	0,0	0,0
	Inhalante (1)	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0
	Tranquilizante/past. Dormir (9)	77,8	11,1	0,0	11,1	0,0
	Alucinógenos (5)	80,0	20,0	0,0	0,0	0,0
	Opiáceos (0)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Otras drogas (0)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
En los últimos 3 meses ¿Con qué frecuencia el consumo de la sustancia le ha causado problemas de salud, sociales, legales o económicas?	Tabaco (56)	83,9	1,8	5,4	1,8	7,1
	Bebidas Alcohólicas (53)	96,2	3,8	0,0	0,0	0,0
	Marihuana (32)	96,9	0,0	0,0	3,1	0,0
	Cocaína (5)	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Anfetamina/Estimulante (2)	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Inhalante (1)	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Tranquilizante/past. Dormir (9)	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Alucinógenos (5)	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Opiáceos (0)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Otras drogas (0)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	

Fuente: Elaboración propia



En relación a la pregunta ¿en los últimos 3 meses con qué frecuencia ha consumido las sustancias mencionadas?, todas las personas que mencionaron haber consumido cocaína, anfetamina u otro estimulante, inhalante o alucinógenos nunca lo han hecho en los últimos 3 meses. Por otra parte, las sustancias /drogas con mayor variabilidad en sus consumos en los últimos 3 meses son tabaco, bebidas alcohólicas y marihuana; un 51,8% de las personas que consumen tabaco y un 3,1% de quienes consumen marihuana, lo hacen a diario; sobre la frecuencia semanal del consumo de tabaco es de 10,7%, bebidas alcohólicas es de un 13,2%, marihuana un 9,4% y de tranquilizantes o pastillas para dormir un 11,1%.

Con respecto a la pregunta ¿En los últimos 3 meses cuál ha sido la frecuencia de haber sentido un fuerte deseo o ansias de consumir?, un 32,1% lo ha sentido diariamente por tabaco y un 3,1% lo ha sentido diariamente por marihuana (solo 1 de las 32 personas). La persona que ha sentido un fuerte deseo o ansias de consumir inhalantes, ha sido una o dos veces en los últimos 3 meses.

Respecto de ¿en los últimos 3 meses el consumo de la sustancia le ha causado problemas de salud, sociales, legales o económicos?, un 7,1% de las personas que consumen tabaco les ha causado algún problema de forma diaria; un 1,8% de las que consumen tabaco les ha causado algún problema de forma semanal, al igual que un 3,1% de las personas que consumen marihuana.

Para la pregunta ¿en los últimos 3 meses dejó de hacer lo que habitualmente se esperaba de la persona por el consumo de la sustancia?, todas las personas respondieron que nunca han dejado de hacer lo que habitualmente esperaban por ellos.

**Tabla N°41**

*Distribución porcentual respecto de los hábitos de Consumo de alcohol, tabaco y sustancias en adultos responsables participantes en un programa de protección ambulatoria*

Preguntas	Sustancias específicas (n)	Nunca	Sí, pero no en últimos 3m.	Sí, últimos 3m.
<b>¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por sus hábitos de consumo de la sustancia/s?</b>	Tabaco (56)	69,6	17,9	12,5
	Bebidas Alcohólicas (53)	94,3	5,7	0,0
	Marihuana (32)	87,5	9,4	3,1
	Cocaína (5)	100,0	0,0	0,0
	Anfetamina/Estimulante (2)	100,0	0,0	0,0
	Inhalante (1)	100,0	0,0	0,0
	Tranquilizante/past. Dormir (9)	100,0	0,0	0,0
	Alucinógenos (5)	100,0	0,0	0,0
	Opiáceos (0)	0,0	0,0	0,0
Otras drogas (0)	0,0	0,0	0,0	
<b>¿Ha intentado alguna vez reducir o eliminar el consumo de la sustancia y no lo</b>	Tabaco (56)	62,5	12,5	25,0
	Bebidas Alcohólicas (53)	92,5	1,9	5,7
	Marihuana (32)	90,6	0,0	9,4
	Cocaína (5)	80,0	0,0	20,0



ha logrado?				
	Anfetamina/Estimulante (2)	100,0	0,0	0,0
	Inhalante (1)	100,0	0,0	0,0
	Tranquilizante/past. Dormir (9)	100,0	0,0	0,0
	Alucinógenos (5)	80,0	0,0	20,0
	Opiáceos (0)	0,0	0,0	0,0
	Otras drogas (0)	0,0	0,0	0,0

Fuente: Elaboración propia

Respecto de la pregunta ¿alguien ha mostrado preocupación por sus hábitos de consumo de la sustancia o droga?, las personas que mencionaron haber consumido cocaína, anfetamina u otro estimulante, inhalante, tranquilizante o pastillas para dormir, o alucinógenos, todas respondieron que nunca alguien le había mostrado preocupación por sus hábitos de consumo. Luego, un 12,5% de las personas que consumen tabaco refieren que alguien ha mostrado preocupación por su consumo en los últimos 3 meses y, un 17,9% también han mostrado preocupación, pero no en los últimos 3 meses.

De los adultos entrevistados que consumen tabaco, el 25% ha intentado alguna vez reducir su consumo en los últimos 3 meses y no lo ha logrado, un 12,5% lo ha intentado, pero no en los últimos 3 meses. Por otra parte, un 20% de las personas que han consumido cocaína o alucinógenos han intentado reducir su consumo en los últimos 3 meses y no lo han logrado (ambos casos 1 de 5 personas), al igual que quienes consumen marihuana, un 9,4% lo ha intentado sin lograrlo.

#### Tabla Nº 42

*Distribución porcentual de la presencia de riesgo (bajo, moderado o alto) por el Consumo de alcohol, tabaco y sustancias en adultos responsables participantes en un programa de protección ambulatoria(n=64).*

Riesgo del ASSIST para las Sustancias (n)	Riesgo bajo	Riesgo moderado	Riesgo alto
<b>Tabaco (56)</b>	30,4	66,1	3,6
<b>Bebidas Alcohólicas (53)</b>	94,3	5,7	0,0
<b>Marihuana (32)</b>	81,3	18,8	0,0
<b>Cocaína (5)</b>	80,0	20,0	0,0
<b>Anfetamina/Estimulante (2)</b>	100,0	0,0	0,0
<b>Inhalante (1)</b>	100,0	0,0	0,0
<b>Tranquilizante/past. Dormir (9)</b>	88,9	11,1	0,0
<b>Alucinógenos (5)</b>	80,0	20,0	0,0
<b>Opiáceos (0)</b>	0,0	0,0	0,0
<b>Otras drogas (0)</b>	0,0	0,0	0,0

Fuente: Elaboración propia

En la tabla, se observa el consumo de riesgo que presenta los adultos entrevistados en cada sustancia que consumen, comprendiendo que el riesgo está asociado a si el consumo es peligroso y causa un posible daño físico o mental en el presente o futuro (OMS, 2011). En el estudio, un 66,1% de las



personas que consumen tabaco tienen un riesgo moderado, y un 3,6% tiene un riesgo alto (única sustancia con riesgo alto). Además, un 20% de las personas que consumen cocaína y alucinógenos tienen un riesgo moderado (1 de cada 5 personas), al igual que un 5,7% que consumen bebidas alcohólicas.

#### 4. Funcionamiento familiar y Apoyo Social según Evaluación realizada por los adultos que participan en el Programa

Estas variables representan un acercamiento a aspectos psicosociales y nivel de evaluación realizada por la propia persona que ha cometido vulneración de derechos de NNA respecto de la ocurrencia antes de ser parte del Programa de protección. Sin embargo considerando los efectos que la Pandemia por COVID-19 puede haber tenido, se consideró pertinente un acercamiento adicional respecto de la evaluación que realiza la persona al momento de la entrevista.

##### 4.1.- Valoración del Funcionamiento Familiar Antes y Durante la participación en un Programa de Protección Ambulatoria.

##### 4.1.1 Evaluación de la Dinámica Familiar Antes y Durante la participación de adultos responsables en un Programa de Protección de derechos

La información que se expone a continuación refleja las respuestas respecto de cómo perciben o evalúan el funcionamiento de sus familias, para lo cual se aplicó la Escala FF-SIL, con respuestas en escala Likert de 1 (casi nunca) a 5 (casi siempre), situándose el entrevistado, antes de ingresar al programa y en el momento de la entrevista.

**Tabla 43**

*Descriptivos de la Prueba de Percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL). Antes y Durante la participación en el Programa de Protección. (N=64)*

Percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL)	Antes (n=64)			Actual (n=64)			Dif. Medias
	Media	Ds.	Md.	Media	Ds.	Md.	Sig
1. Las decisiones importantes se tomaban en conjunto con toda la familia.	2,7	1,7	2	2,8	1,7	2,5	.588
2. En mi casa predominaba la armonía.	3,3	1,6	3	3,4	1,5	4	.655
3. En mi casa, cada uno cumplía con sus responsabilidades.	3,4	1,6	4	3,6	1,6	4	.252
4. Las manifestaciones de cariño formaban parte de nuestra vida cotidiana.	3,7	1,5	4	3,8	1,4	4	.224
5. Nos expresábamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.	3,9	1,6	5	4,1	1,5	5	.114
6. Podíamos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.	4,0	1,4	5	3,9	1,4	5	.883
7. Tomábamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles.	3,3	1,7	4	3,2	1,7	3	.090
8. Cuando alguno de la familia tenía un problema, los demás lo ayudaban.	4,3	1,4	5	4,3	1,3	5	.811
9. Se distribuían las tareas de forma que nadie	3,1	1,7	3,5	3,0	1,6	3	.733



estuviera sobrecargado.

10.Las costumbres familiares se podían modificar ante determinadas situaciones.	4,1	1,5	5	4,2	1,4	5	.443
11.Podíamos conversar sin temor.	3,8	1,7	5	4,0	1,4	5	.188
12.Ante una situación familiar difícil, éramos capaces de buscar ayuda en otras personas.	2,7	1,8	2	2,6	1,7	2	.748
13.Los intereses y necesidades de cada cual eran respetados por el núcleo familiar.	3,7	1,5	4	3,9	1,5	5	.290
14.Nos demostrábamos el cariño que nos tenemos.	3,9	1,6	5	3,9	1,4	5	.709
<b>Promedio Global</b>	<b>3,6</b>	<b>1,6</b>	<b>4,0</b>	<b>3,6</b>	<b>1,5</b>	<b>4,1</b>	<b>.401</b>

Fuente: Elaboración propia

Al revisar los estadísticos descriptivos que dan cuenta la evaluación realizada por los entrevistados acerca del funcionamiento de sus familias, se puede señalar que existe una percepción más bien moderada a positiva de la dinámica familiar y para ambos períodos de tiempo. Se destaca que casi todos los indicadores obtienen respuestas con promedio igual o superior a 3 (en escala de 1 a 5) a excepción de los ítems 1 y 12 cuya media es de 2.7 con una desviación estándar algo elevada lo que muestra heterogeneidad en las respuestas. La Mediana permite discriminar los aspectos que presentan mayor concentración en una u otra tendencia; se destaca en este caso los que tienen un Md inferior a 4 puntos sobre todo en el periodo anterior al programa y son *“Las decisiones importantes se tomaban en conjunto con toda la familia”* (ítem1), *“en mi casa predominaba la armonía”* (ítem 2), *Se distribuían las tareas de forma que nadie estuviera sobrecargado.* (Ítem 9) y *Ante una situación familiar difícil, éramos capaces de buscar ayuda en otras personas* (Ítem 12). De los restantes indicadores es pertinente agregar que hay 8 de ellos que obtienen una mediana de 5 puntos tanto en el periodo anterior como durante la participación en el programa (actual).

Al revisar el promedio global de esta variable se puede apreciar que para el período Anterior la Media era de 3.6. y la Md de 4.0., situación que se mantiene para el período actual (Durante) con una mínima variación positiva en la mediana. Al aplicar la prueba t de Student los resultados indican que estas diferencias no son significativas a nivel global ( $t=0,846$ ;  $Sig=0.401$ , Anexo Tabla N°4, tampoco a nivel de cada indicador.

**Tabla 44:**

*Distribución porcentual funcionamiento familiar según valoración realizada por los participantes Antes y Durante la participación en un programa de Protección ambulatoria*

Diagnóstico según puntuación.	Antes		Durante	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
<b>Severamente disfuncional</b>	6	9,4	3	4,7
<b>Disfuncional</b>	11	17,2	10	15,6
<b>Moderadamente funcional</b>	22	34,4	24	37,5
<b>Funcional</b>	25	39,1	27	42,2
<b>Total</b>	64	100	64	100

Fuente: Elaboración propia

Respecto de los resultados a nivel del tipo de dinámica familiar que vivencian las personas participantes en el estudio y de acuerdo a las categorías que establece la propia Escala FF-SIL, se obtiene que el 39,1% de los participantes presentaba un funcionamiento familiar “Funcional” anterior a la participación en este programa cifra que aumenta a 42,2% al momento de la entrevista, seguido de quienes presentan una dinámica familiar a “Moderadamente funcional” con un 34,4% y



37% respectivamente para ambos períodos. Por el contrario, los casos con diagnóstico, Disfuncional y Severamente disfuncional, eran el 26.6% antes y disminuyen a 20.3% para el periodo actual.

#### 4.1.2.- Insatisfacción con el Funcionamiento Familiar Antes y Durante la participación en un Programa de Protección de derechos, según adultos responsables de NNA

Esta Escala mide el nivel de insatisfacción con el funcionamiento familiar (Feetham 1982) donde la persona expresa cuanto es en un momento determinado y cuánto cree que debería ser. En este caso la primera parte se refiere al momento anterior al ingresar al programa y el “cuanto cree que debe ser” se refiere a la respuesta respecto a ese mismo momento. Las opciones de respuesta son 8 frente a cada situación, donde el valor 0 corresponde a “No tiene”, para pasar a la categoría 1 de “Nunca existe” hasta la categoría 7 de “Siempre existe”.

**Tabla 45:**

*Descriptivos de Insatisfacción con el funcionamiento familiar antes de ingresar al programa, según adultos responsables de Niños/as y adolescentes.*

Indicadores de Insatisfacción con el Funcionamiento Familiar	Cuanto Era.(n=64)		Cuanto Debería ser.(n=64)		Diferencia de Media	Sig
	Media	Ds.	Media	D.s.		
1.Apoyo emocional de la pareja	3,9	2,7	5,2	2,9	1,3	<.0001
2.Apoyo de amigos y parientes	4,0	2,4	5,9	1,8	1,9	<.0001
3. Ayuda de amigos	3,2	2,5	4,6	2,6	1,4	<.0001
4.Ayuda de parientes	3,4	2,6	5,2	2,4	1,8	<.0001
5.Ayuda de cónyuge/pareja	3,7	2,8	5,1	2,9	1,4	<.0001
6.Desacuerdos con el/la cónyuge/pareja	4,0	2,8	1,5	1,4	-2,5	<.0001
7.Desacuerdos con el/la hijo/hija	3,4	2,1	2,1	1,4	-1,3	<.0001
8.Conversar con amigos, parientes	3,9	2,5	5,4	2,0	1,5	<.0001
9.Tiempo dedicado a los hijos	6,0	1,3	6,7	0,6	0,7	<.0001
10.Tiempo dedicado a tareas del hogar	6,0	1,3	5,8	1,1	-0,2	.236
11.Tiempo dedicado a los amigos	2,2	1,8	3,1	2,2	0,8	<.0001
12.Tiempo dedicado al ocio	2,5	1,7	4,1	1,8	1,6	<.0001
13.Satisfacción con la familia en general	5,6	1,7	6,8	0,5	1,2	<.0001
<b>Promedio</b>	<b>3.98</b>		<b>4.73</b>		<b>0.7</b>	<b>&lt;.0001</b>

Fuente: Elaboración propia

La escala de funcionamiento familiar de Feetham busca establecer la insatisfacción con el funcionamiento familiar a partir de comparar las respuestas de cada indicador respecto de “cuánto es” y cuánto debería ser” para un mismo momento que se pregunta, en este caso dicho momento corresponde a su vida familiar al período anterior al ingreso al Programa.

En el contexto de lo indicado, al revisar las respuestas en la columna de “Cuándo debería ser” se aprecia un aumento en las Medias en 10 de los 13 indicadores y una disminución en los otros 3, lo que está evidenciando claramente una insatisfacción familiar y cuáles son los aspectos de mayor insatisfacción; en este caso lo relacionado al apoyo de la emocional y ayuda de la pareja, de los amigos y pariente, el conversar con amigos y el tiempo para el ocio, con más de 1.3 puntos de aumento y, por el contrario, aquello que debería disminuir son los desacuerdos con su pareja (-2.5)



y desacuerdo con los hijos (-1.3), Todas estas diferencias resultan significativas, sólo se exceptúa “tiempo dedicado a tareas del hogar (-0.2). A nivel global de la Variable, también se refleja esta diferencia significativa respecto de la evaluación realizada al cómo funcionaba su familia y cómo debería ser, lo que da cuenta de la Insatisfacción en este aspecto central en la vida cotidiana. Al aplicar la prueba t de Student los resultados indican que **estas diferencias son significativas** ( $t=7,174$ ;  $Sig < 0,001$ ) según Anexo tabla N°5.

#### 4.2.- Apoyo Social percibido Antes y Durante la participación en un Programa de Protección.

La información que se expone a continuación refiere al apoyo social que presenta o que cree tener el/la adulto responsable, situando las respuestas también en dos momentos antes de ser parte del programa de intervención y en la actualidad (al momento de realizar la entrevista). Los resultados se organizan primero un análisis global de la variable y luego de acuerdo a las 3 dimensiones que posee la esta escala de Apoyo Social (MSPSS) de Zimet (1988), se exponen las distribuciones porcentuales y los promedios según el rango de las respuestas que van de 1 a 7 donde 1 es totalmente en desacuerdo a 7 que es totalmente de acuerdo.

##### 4.2.1 Dimensión Apoyo Social de Personas Significativas

**Tabla 46:**

*Descriptivos Escala Apoyo Social, Dimensión Apoyo Social de personas significativas, Antes y Durante la participación en el Programa de Protección de derechos de niños/as y adolescentes. (n=64)*

Apoyo social de personas significativas.	Antes del Programa			Actual .			Dif. Medias
	Media	Ds.	Md	Media	Ds.	Md.	Sig
1.Había una persona que estaba cerca cuando estoy en una situación difícil	5,4	2,5	7	4,7	2,7	6	.013
2.Existía una persona especial con la cual yo podía compartir penas y alegrías	5,1	2,6	7	4,8	2,7	7	.296
5. Existía una persona que realmente era una fuente de bienestar para mí	5,2	2.6	7	4,8	2,7	7	.139
10.Existía una persona especial en mi vida que se preocupaba por mis sentimientos	4,5	2.8	6	4,5	2,7	6	.909

Fuente: Elaboración propia.

Respecto de la primera dimensión “apoyo social de personas significativas”, en la tabla se observa que los entrevistados responden que antes de ingresar al programa de protección contaban con este apoyo e incluso que era mayor al que reciben en el momento de la entrevista (actual); la media de las respuestas es superior a 5 (de un máximo de 7) en tres de las situaciones consultadas entendiéndose que en promedio están “más bien de acuerdo” a “muy de acuerdo”, esto último refleja al menos al 50% de los casos si se revisa el valor de la mediana que es igual a 7. El único aspecto con un promedio menor (4.5) refiere a si “existía una persona especial en la vida que se preocupaba por sus sentimientos”, que mantiene este promedio de 4,5 en ambos momentos de la entrevista.



Por otra parte, al revisar las respuestas en el momento actual o durante la entrevista, los promedios son inferior a lo expresado para el momento previo al ingreso al Programa, todas las medias bajan a cerca de 4.5, sin embargo, la mediana se mantiene más o menos igual para ambos momentos, lo mismo ocurre con la desviación estándar, la que resulta elevada para ambos períodos indicando una variabilidad importante en las respuestas.

Al contrastar la diferencia de los promedio permite apreciar que los adultos entrevistados en su mayoría disminuyeron la puntuación en la actualidad, haciendo énfasis en que al momento de la entrevista están un poco menos de acuerdo con las situaciones planteadas excepto una de ellas que se mantiene igual; al aplicar la prueba t de student no se encontró diferencias significativas en ninguno de los indicadores, lo que tampoco ocurre a nivel de la ( $t=-1,934$ ;  $sig=0.058$ ) según detalle de datos expuestos en tabla N ° 53.

La información anterior es necesario complementarla con la siguiente tabla donde se observa que la distribución porcentual de las respuestas en los extremos, poco más del 50% en puntaje 7 y cerca de un 30% en puntaje 1, lo que refleja la diversidad de respuestas y la existencia de un grupo con una percepción baja de apoyo social en cuanto a personas significativas, esta última tendencia se hace más evidente para el período actual.

**Tabla 47:**

*Distribución porcentual de Indicadores de la dimensión de Apoyo Social de personas significativas Antes y Durante la participación en el Programa de Protección.*

Apoyo social de personas significativas.	Antes (n=64)							Durante la entrevista (n=64).						
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
1. Había una persona que estaba cerca cuando estoy en una situación difícil	21,9	0,0	3,1	0,0	3,1	9,4	62,5	28,1	4,7	3,1	1,6	6,3	7,8	48,4
2. Existía una persona especial con la cual yo podía compartir penas y alegrías	25,0	1,6	3,1	0,0	4,7	7,8	57,8	26,6	6,3	3,1	1,6	1,6	6,3	54,7
5. Existía una persona que realmente era una fuente de bienestar para mí	26,6	0,0	1,6	0,0	3,1	12,5	56,3	32,8	0,0	0,0	1,6	3,1	10,9	51,6
10. Existía una persona especial en mi vida que se preocupaba por mis sentimientos	35,9	0,0	3,1	0,0	4,7	9,4	46,9	34,4	1,6	1,6	3,1	4,7	10,9	43,8

Fuente: Elaboración propia.



#### 4.2.2. Dimensión Apoyo Social de la Familia

**Tabla 48:**

*Distribución porcentual en indicadores de la dimensión de Apoyo Social de familia, Antes y Durante la participación en el Programa de Protección. de derechos de niños/as y adolescentes*

Apoyo social de familia.	Antes (N=64)							Al momento de la entrevista (N=64)						
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
3.Mi familia realmente intentaba ayudarme	28,1	3,1	1,6	1,6	1,6	12,5	51,6	31,3	3,1	1,6	4,7	3,1	6,3	50,0
4.Obtenía de mi familia la ayuda y el apoyo emocional que necesitaba	42,2	0,0	1,6	1,6	4,7	9,4	40,6	39,1	1,6	4,7	4,7	3,1	9,4	37,5
8.Yo podía hablar de mis problemas con mi familia	37,5	4,7	1,6	3,1	14,1	4,7	34,4	32,8	7,8	3,1	1,6	3,1	6,3	45,3
11.Mi familia se mostraba dispuesta a ayudarme para tomar decisiones	45,3	4,7	0,0	3,1	1,6	9,4	35,9	45,3	4,7	0,0	3,1	1,6	6,3	39,1

Fuente: Elaboración propia.

Respecto de la dimensión “Apoyo Social de la familia” en la tabla se observa que la mayoría de los adultos declara que antes de incorporarse al programa, 3 de las 4 situaciones expuestas, no estaban presentes en su vida (“totalmente en desacuerdo” o puntaje 1); no obstante, al revisar el otro extremo de respuesta se aprecia que un porcentaje similar (aunque menor a lo anterior) de personas que informa presencia de estos aspectos en su vida (totalmente de acuerdo o puntaje 7), por ejemplo en la situación “Obtenía de mi familia la ayuda y el apoyo emocional que necesitaba” un 42,2% dice estar totalmente en desacuerdo y un 40,6% está totalmente de acuerdo. La única situación que presenta mayor diferencia y hacia lo favorable es el indicador 3 que consulta “si su familia realmente intentaba ayudarlo” a lo que un 28% responde muy en desacuerdo y un 51.6% responde estar muy de acuerdo. Estas tendencias porcentuales se mantienen cuando se pregunta por el momento actual, aunque con leves variaciones, positivas para el indicador 8 y 11 y variaciones negativas para el indicador 3 y 4.

**Tabla 49:**

*Descriptivos Dimensión Apoyo Social de familia, Antes y Durante la participación en el Programa de Protección(n=64).*

Apoyo social de familia.	Antes (n=64).			Durante (n=64)			Difer.M
	Media	DS	Md.	Media	DS	Md.	Sig
3. Mi familia realmente intentaba ayudarme	4,9	2,7	7	4,6	2,7	6,5	.114
4.Obtenía de mi familiar la ayuda y el apoyo emocional que necesitaba	4,2	2,8	5,5	4,1	2,7	4,5	.616
8.Yo podía hablar de mis problemas con mi familia	4,0	2,7	5	4,3	2,8	6	.139
11. Mi familia se mostraba dispuesta a ayudarme para tomar decisiones	3,8	2,8	3	3,9	2,9	3	.848

Fuente: Elaboración propia.

La tabla anterior viene a complementar el análisis respecto de la dimensión “Apoyo social de la



Familia” a través estadísticos que expresan la tendencia central de estas respuestas. Efectivamente el aspecto mejor posicionado en ambos tiempos es el ítem 3 con una media de 4.9 y 4,6 respectivamente. EL puntaje promedio más bajo está en “*mi familia se mostraba dispuesta a ayudarme para tomar decisiones*” con 3,8 puntos promedio antes y 3,9 puntos promedio al momento de la entrevista, niveles próximos a estar “más bien en desacuerdo” (3) y “ni de acuerdo ni desacuerdo” (4) con la situación planteada. La dispersión de estas respuestas es elevada para todos los ítems consultados y es próxima a 2.8 puntos promedio.

Al revisar la mediana se observa con mayor claridad que empeoró la percepción del apoyo de la familia por cuanto 2 aspectos consultados disminuyen en cerca de un punto: Ítem 3 , “*mi familia realmente intentaba ayudarme*” y el ítem 4: “*obtenía de mi familiar la ayuda y el apoyo emocional que necesitaba*”, los otros 2 ítems, uno aumenta un punto , “*yo podía hablar de mis problemas con mi familia*” y el cuarto se mantiene con una Mediana igual a 3 “*mi familia se mostraba dispuesta a ayudarme para tomar decisiones*”.

Finalmente cabe agregar que estas diferencias no resultan significativas en el caso específico de cada indicador (tabla anterior) y tampoco a nivel de la subescala ( $t= 0.031$ ;  $sig=0.975$ ) según se resume en tabla N° 53.

#### 4.2.3 Dimensión Apoyo Social de Amigos

**Tabla 50:**

*Distribución porcentual en Indicadores de la dimensión Apoyo Social de amigos(as), Antes y Durante la participación en el Programa de Protección.*

Apoyo social de amigos(as).	Antes (n=64)							Durante (n=64)						
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
6.Mis amigos realmente trataban de ayudarme	50,0	3,1	0,0	4,7	1,6	10,9	29,7	53,1	1,6	1,6	6,3	4,7	4,7	28,1
7.Podía contar con mis amigos cuando las cosas iban mal	46,9	4,7	3,1	3,1	3,1	6,3	32,8	51,6	3,1	0,0	3,1	7,8	6,3	28,1
9.Tenía amigos con los que podía compartir las penas y alegrías	50,0	1,6	0,0	4,7	1,6	3,1	39,1	51,6	1,6	0,0	3,1	7,8	4,7	31,3
12.Podía hablar de mis problemas con mis amigos	48,4	0,0	0,0	4,7	1,6	3,1	42,2	50,0	0,0	1,6	4,7	3,1	1,6	39,1

Fuente: Elaboración propia

Para la dimensión de “Apoyo Social de amigos(as)” se observa claramente una tendencia diferente a la comentada en las dos dimensiones anteriores. Las respuestas se concentran mayoritariamente en “totalmente en desacuerdo” (1) con las situaciones planteadas y, para ambos periodos consultados, aunque levemente mayor para el momento actual (durante) con porcentajes de respuestas de 46,9% y 53,1% respectivamente.

Por otro lado, al revisar el extremo más positivo de las respuestas, si bien es menor el porcentaje de respuestas a lo indicado previamente, éstas no superan el 42,2% antes de ingresar al programa y se refiere a la “*posibilidad de hablar de sus problemas con sus amigos*”, sin embargo, para el momento actual (durante) estas cifras disminuyen, lo mismo ocurre en todos los otros aspectos consultados a



un rango de respuestas entre 28% y 39.1%.

**Tabla 51:**

*Descriptivos de la dimensión de Apoyo Social de amigos (as). Antes y Durante la participación en el Programa de Protección. (N=64)*

Apoyo social de amigos(as).	Antes de iniciar(n=64)			A la entrevista (n=64)			Dif.Medias
	Media	Ds.	Md.	Media	Ds.	Md.	Sig
6. Mis amigos realmente trataban de ayudarme	3,6	2,8	1,5	3,3	2,7	1	.211
7. Podía contar con mis amigos cuando las cosas iban mal	3,6	2,8	2	3,4	2,7	1	.329
9. Tenía amigos con los que podía compartir las penas y alegrías	3,7	2,9	1,5	3,5	2,8	1	.277
12. Podía hablar de mis problemas con mis amigos	3,9	2,9	4	3,7	2,9	2	.309

Fuente: Elaboración propia

Con los datos expuestos en la tabla anterior es posible visualizar con mayor claridad la tendencia central de las respuestas para esta Dimensión de apoyo social, queda en evidencia que es la que presenta los promedios más bajos, dichos promedios son próximos a 3.5 (de 7) y no superan el 3.9 con una dispersión de las respuestas también elevada, situación que es mucho más evidente al revisar la Mediana que se mantiene cercana a 1 para ambos momentos de la pregunta, a excepción del ítem 12: “Podía hablar de mis problemas con mis amigos” con una Md=4 antes y de 2 en el momento actual. Estas diferencias son mínimas y no resultan significativas entre ninguno de los indicadores y tampoco a nivel de la subescala según se expone en tabla N° 53 ( $t=-1,122$ ;  $sig=0,266$ ). Por otra parte, es pertinente agregar que las respuestas relacionadas a esta tercera dimensión, pueden estar más afectada por la situación de pandemia por el COVID-19 por las medidas de confinamiento y distanciamiento social adoptadas por el país.

#### 4.2.4 Apoyo Social Percibido Global

**Tabla N°52**

*Descriptivos Escala Global y por Dimensiones de Apoyo Social Antes y Durante la participación en un Programa de Protección de niños/as y adolescentes.*

Instrumento Apoyo Social	Antes.			Durante.		
	Media	DS	Md	Media	DS	Md
<b>Apoyo Social Global</b>	4,33	1,7	4,5	4,15	1,76	4,5
<b>APS personas significativas</b>	5,05	1,94	5,50	4,71	2,18	5,5
<b>APS de la Familia</b>	4,23	2,37	4,50	4,23	2,43	4,38
<b>APS de Amigos</b>	3,70	2,70	3,38	3,51	2,64	2,38

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla se observa que la dimensión de menor promedio antes del programa es el apoyo social de amigos con un 3,7 puntos promedio, mientras que, durante el programa disminuye levemente a 3,51 puntos promedio. La dimensión de mayor promedio antes del programa es apoyo social de personas significativas con un 5,05 punto promedio, que luego disminuye a 4,71 puntos promedio.



Por otra parte, y no menos importante es la dimensión de apoyo social de la familia que aun cuando se mantiene constante con 4,23 puntos promedio en ambos periodos (de un máximo de 7) lo que refleja una situación de cierta insatisfacción respecto de su núcleo familiar. Finalmente, a nivel de escala global de apoyo social percibido, se obtiene 4,33 puntos promedio antes de incorporarse al programa (lo disminuyen a 4,15 puntos promedio para el período actual -durante la entrevista).

**Tabla 53:**

*Comparación de medias de Escala global y por dimensiones de Apoyo Social percibido*

Comparación grupos dependientes	Media	N	Desv. Estándar	Diferencia Media	Desv. Est. Media	t	gl	Sig.
Apoyo Social hoy	49,81	64	21,17	-2,11	10,82	-1,559	63	0,124
Apoyo Social antes	51,92	64	20,41					
APS Pers. Signific. Hoy	18,84	64	8,73	-1,38	5,69	-1,934	63	0,058
APS Pers. Signific. antes	20,22	64	7,77					
APS Familia hoy	16,94	64	9,70	0,02	3,99	0,031	63	0,975
APS Familia antes	16,92	64	9,47					
APS Amigos hoy	14,03	64	10,57	-0,75	5,35	-1,122	63	0,266
APS Amigos antes	14,78	64	10,82					

Fuente: Elaboración propia

## 5) Relación de factores ambientales y personales con Tipo de Vulneración de Derechos

### 5.1. Tipo de Vulneración de Derechos a Niños/as y Adolescentes según Características Sociodemográficas de adultos que participan en un Programa de Protección.

**Tabla 54**

*Tabla de frecuencia de la Vulneración de Derechos a NNA.*

Tipo de vulneración	Frecuencia	Porcentaje
Víctima de negligencia Leve-Moderada	26	40,6
Víctima-Testigo de VIF	29	45,3
Víctima de maltrato físico-psicológico	9	14,1
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Elaboración propia

Los adultos que participan en el Programa han vulnerado los derechos de NNA en conductas “calificadas” como de nivel moderado comparativamente con otros tipos de vulneración y dentro de este grupo se han diferenciado 3 tipos para efectos de este estudio, también con un nivel de intensidad. En la Tabla se exponen estos 3 tipos de vulneración de derechos a NNA, la más frecuente es “Víctima-Testigo de VIF” (Vulnerabilidad intermedia dentro de lo moderado) con un 45,3%, la segunda mayoría es víctima de negligencia leve-moderada (Vulnerabilidad leve dentro de lo moderado) con un 40,6% y un 14,1% responde que hay vulneración de derechos de NNA del tipo



víctima de maltrato físico-psicológico (De mayor vulneración dentro de lo moderado).

**Tabla 55**

*Distribución porcentual Tipo de Vulneración de Derechos según características sociodemográficas.*

Variables sociodemográficas	Tipo de Vulneración de Derechos a NNA.			Porcentaje (n)
	Víctima de negligencia Leve-Moderada	Víctima-Testigo de VIF	Víctima de maltrato físico-psicológico	
	Fi%	Fi%	Fi%	Total
<b>Grupo Etario</b>				
De 20 a 35 años	48,1	44,4	7,4	100 (27)
De 36 a 45 años	38,1	47,6	14,3	100 (21)
De 46 a 69 años	31,3	43,8	25,0	100 (16)
<b>Total (n)</b>	40,6 (26)	45,3 (29)	14,1 (9)	100 (64)
<b>Escolaridad</b>				
Básica In/completa	14,3	<b>57,1</b>	<b>28,6</b>	100 (14)
Media In/completa	<b>40,0</b>	<b>46,7</b>	13,3	100 (30)
Téc. y Sup. In/completa	<b>60,0</b>	35,0	5,0	100 (20)
<b>Estado Civil</b>				
Casado(a)	45,0	35,0	20,0	100 (20)
Divorciado(a)	45,5	36,4	18,2	100 (11)
Soltero(a)	36,4	54,5	9,1	100 (33)
<b>Pareja Actual</b>				
Sin pareja	30,3	54,5	15,2	100 (33)
Con pareja	51,6	35,5	12,9	100 (31)
<b>Ingresos (en rangos)</b>				
Ninguno	39,3	46,4	14,3	100 (28)
De \$0 a \$500.000.	32,0	52,0	16,0	100 (25)
Más de \$500.000.	63,6	27,3	9,1	100 (11)

Fuente: Elaboración propia

De acuerdo con la información de la tabla anterior que relaciona algunas variables sociodemográficas de los adultos(as) responsables con situaciones de Vulneración de derechos a NNA, se puede señalar que:

Los tres **grupos etarios** concentran porcentajes similares, (ceranos al 45%) en “situaciones donde NNA son “Victimas o Testigos de VIF”, no obstante, las personas más jóvenes tienen mayor porcentaje en “situaciones de negligencia” (48%) y **las personas de 46 y más años son quienes representan el porcentaje mayor dentro de las situaciones de mayor vulnerabilidad como lo es el maltrato físico y/o psicológico (25%)**.

Respecto de la **Escolaridad**, los adultos responsables con mayor escolaridad presentan conducta de vulneración de derechos a NNA en *situaciones de negligencia (60%)* y **las personas con menor escolaridad existe mayor porcentaje de respuestas en “situaciones de Víctima o Testigos de VIF” (57,1%) y, una mayor frecuencia de casos en situación de mayor vulneración de derechos como es “maltrato físico y/o psicológico” (28,6%)**.



Respecto del **estado civil** el mayor porcentaje de las personas Casadas y divorciadas presenta conductas de vulneración de derechos en “negligencia leve a moderada” (45%) versus las personas solteras que se concentran en “víctimas o testigos de VIF” (54.5%). Por otra parte, son **las personas casadas las que representan el grupo mayor (20%) en situaciones de “maltrato físico y/o psicológico”**.

Complementando lo anterior, las personas con pareja actual son quienes presentan mayores situaciones de “negligencia leve a moderada” y las sin pareja en “víctimas o Testigo de VIF” y en “maltrato físico y/o psicológico”.

Finalmente, también se puede señalar una tendencia mayor en las personas con ingresos inferior a \$500.000 quienes presentan mayoría en exponer a NNA a situaciones de Víctima o Testigo de VIF (cerca del 50%) versus quienes tienen ingresos superiores a \$500.000, que más bien presentan situaciones de “negligencia leve a moderada” en los NNA bajo su responsabilidad (63,6%).

Al aplicar la prueba estadística para identificar si las relaciones anteriores presentan significación al 95%, sólo se encontró esta **significación con grado de escolaridad (H=8.28; Sig=0.016)**, donde las **personas con escolaridad básica son quienes se relacionan mayormente con situaciones de “mayor” vulneración de derecho “víctimas de violencia física y psicológica”** según la prueba Kruskal Wallis, tal como se expone en la siguiente tabla N°56.

**Tabla 56**

*Prueba estadística de la Situación de Vulneración de Derechos según características demográficas, en adultos responsables de NNA que participan en un Programa de Protección.*

<b>Grupo Etario</b>	<b>N</b>	<b>Rango</b>	<b>H de K-W</b>	<b>Sig. (bilateral)</b>
De 20 a 35 años	27	29,17	2,268	0,322
De 36 a 45 años	21	33,24		
De 46 a 69 años	16	37,16		
<b>Escolaridad</b>	<b>N</b>	<b>Rango</b>	<b>H de K-W</b>	<b>Sig. (bilateral)</b>
Básica In/completa	14	42,5	8,248	0,016
Media In/completa	30	32,53		
Téc. y Sup. In/completa	20	25,45		
<b>Estado Civil</b>	<b>N</b>	<b>Rango</b>	<b>H de K-W</b>	<b>Sig. asintótica</b>
Casado(a)	20	32,73	0,018	0,991
Divorciado(a)	11	32,43		
Soltero(a)	33	31,95		
<b>Pareja Actual</b>	<b>N</b>	<b>Rango</b>	<b>Z</b>	<b>Sig. (bilateral)</b>
Sin pareja	33	35,55	-1,475	0,14
Con pareja	31	29,26		
<b>Ingresos (en rangos)</b>	<b>N</b>	<b>Rango</b>	<b>H de K-W</b>	<b>Sig. (bilateral)</b>
<b>Ninguno</b>	28	32,91	2,667	0,264
<b>De \$0 a \$500.000.</b>	25	35,24		
<b>Más de \$500.000.</b>	11	25,23		

Fuente: Elaboración propia



## 5.2. Situaciones de Vulneración de Derechos a NNA según Características del Entorno Familiar de adultos responsables que participan en un Programa de Protección.

**Tabla 57**

*Distribución porcentual de Situaciones de Vulneración de Derechos según características del Entorno Familiar.*

Variables de entorno familiar	Situación de Vulneración de Derechos			Porcentaje (n)
	Víctima de negligencia Leve-Moderada	Víctima-Testigo de VIF	Víctima de maltrato físico-psicológico	
<b>N° de Hijos</b>	<b>Fi%</b>	<b>Fi%</b>	<b>Fi%</b>	<b>Total</b>
Hasta 2	39,5	44,7	15,8	100 (38)
De 3 a 5	42,3	46,2	11,5	100 (26)
Total (n)	40,6 (26)	45,3 (29)	14,1 (9)	100 (64)
<b>Grupo Familiar</b>	<b>Fi%</b>	<b>Fi%</b>	<b>Fi%</b>	<b>Total</b>
Nuclear	64,7	29,4	5,9	100 (17)
Extensa/Reconst.	37,5	45,8	16,7	100 (24)
Monoparental	26,1	56,5	17,4	100 (23)
<b>Tiempo Vivienda</b>	<b>Fi%</b>	<b>Fi%</b>	<b>Fi%</b>	<b>Total</b>
Hasta 5 años	40,0	52,0	8,0	100 (25)
De 5 a 10 años	56,3	31,3	12,5	100 (16)
Más de 10 años	30,4	47,8	21,7	100 (23)
<b>Tamaño Vivienda</b>	<b>Fi%</b>	<b>Fi%</b>	<b>Fi%</b>	<b>Total</b>
Menos de 40 m2	40,0	40,0	20,0	100 (5)
De 41 a 50 m2	35,5	54,8	9,7	100 (31)
De 51 a 60 m2	38,1	38,1	23,8	100 (21)
De 61 o más m2	71,4	28,6	0,0	100 (7)
<b>N° Dormitorios</b>	<b>Fi%</b>	<b>Fi%</b>	<b>Fi%</b>	<b>Total</b>
Uno	100,0	0,0	0,0	100 (5)
Dos	15,8	68,4	15,8	100 (19)
Tres	48,3	41,4	10,3	100 (29)
Cuatro	36,4	36,4	27,3	100 (11)

Fuente: Elaboración propia

Por medio de la tabla anterior se puede observar algunas variables del entorno familiar, en la que destaca principalmente la cantidad de hijos que tiene el adulto, segregado en categorías de hasta 2 hijos y de 3 a 5 hijos, donde se obtiene que ambos grupos tienen altos porcentajes y similares en situaciones donde los NNA son víctima o testigo de VIF, con 45% aproximado.

Sobre el grupo familiar, el tipo de familia nuclear presenta su mayoría en situaciones de **“negligencia leve o moderada”** con un 64,7%. Por otro lado, los tipos de familia extensa y monoparental tienen mayor porcentaje en situaciones de **“víctima o testigo de VIF”**, y, además, la familia monoparental presenta la mayor frecuencia con respecto al tipo de vulneración Víctima de maltrato físico-psicológico.

Respecto al tiempo que llevan en la vivienda los adultos, se observa que quienes llevan entre 5 y 10 años presentan mayormente situaciones de negligencia leve a moderada (56,3%). Luego, quienes



llevan hasta 5 años o más de 10 años existe mayor porcentaje en situaciones de víctima o testigo de VIF. Además, **los de mayor tiempo en su vivienda tienen la mayor frecuencia en situaciones de mayor vulneración como “víctima de maltrato físico y/o psicológico” (21.7%).**

En el mismo ámbito, en las viviendas más grandes principalmente presentan vulneración de derechos de NNA en situación de “*negligencia leve o moderada*” con un 71,4%; los hogares de 41 a 50 m<sup>2</sup> existe mayor frecuencia en situaciones de “*víctima o testigo de VIF*” con un 54,8%. Los hogares de 51 a 60m<sup>2</sup> presentan el mayor porcentaje en situaciones de “*maltrato físico o psicológico*”.

Por último, las viviendas con un solo dormitorio presentan todos sus casos en situaciones de negligencia leve o moderada; en las viviendas con 2 dormitorios existe mayor porcentaje (68,4%) de respuestas en situaciones de “*víctima o testigo de VIF*”. **Los hogares con mayor cantidad de dormitorios presentan el mayor porcentaje en situación de “maltrato físico y/o psicológico” (27,3%).**

Al aplicar las pruebas estadísticas de Kruskal Wallis (H) o Mann Whitney (Z) para conocer si las relaciones anteriores son significativas, solo se encontró significancia en el N° de dormitorios de las viviendas (H=10.875; Sig=0.012) tal como se observa en la tabla N°58.

**Tabla 58**

*Situación de Vulneración de Derechos según características del Entorno Familiar, en adultos responsables de NNA que participan en un Programa de Protección*

N° de Hijos	N	Rango	Z	Sig. (bilateral)
Hasta 2	38	33,14	-0,366	0,714
De 3 a 5	26	31,56		
Hijos con necesidades especiales	N	Rango	Z	Sig. (bilateral)
No	37	32,93	-0,238	0,812
Si	27	31,91		
Planificación de los Hijos	N	Rango	Z	Sig. (bilateral)
No	25	29,32	-1,195	0,232
Si	39	34,54		
Grupo Familiar	N	Rango	H de K-W	Sig. (bilateral)
Nuclear	17	24,32	5,766	0,056
Extensa/Reconst.	24	33,85		
Monoparental	23	37,13		
Tiempo Vivienda	N	Rango	H de K-W	Sig. (bilateral)
Hasta 5 años	25	31,52	2,684	0,261
De 5 a 10 años	16	27,91		
Más de 10 años	23	36,76		
N° Dormitorios	N	Rango	H de K-W	Sig. (bilateral)
Uno	5	13,5	10,875	0,012
Dos	19	39,66		
Tres	29	29,69		
Cuatro	11	36,18		

Fuente: Elaboración propia



### 5.3. Tipos de Vulneración de Derechos a NNA según Características del Entorno Social, en adultos responsables que participan en un Programa de Protección.

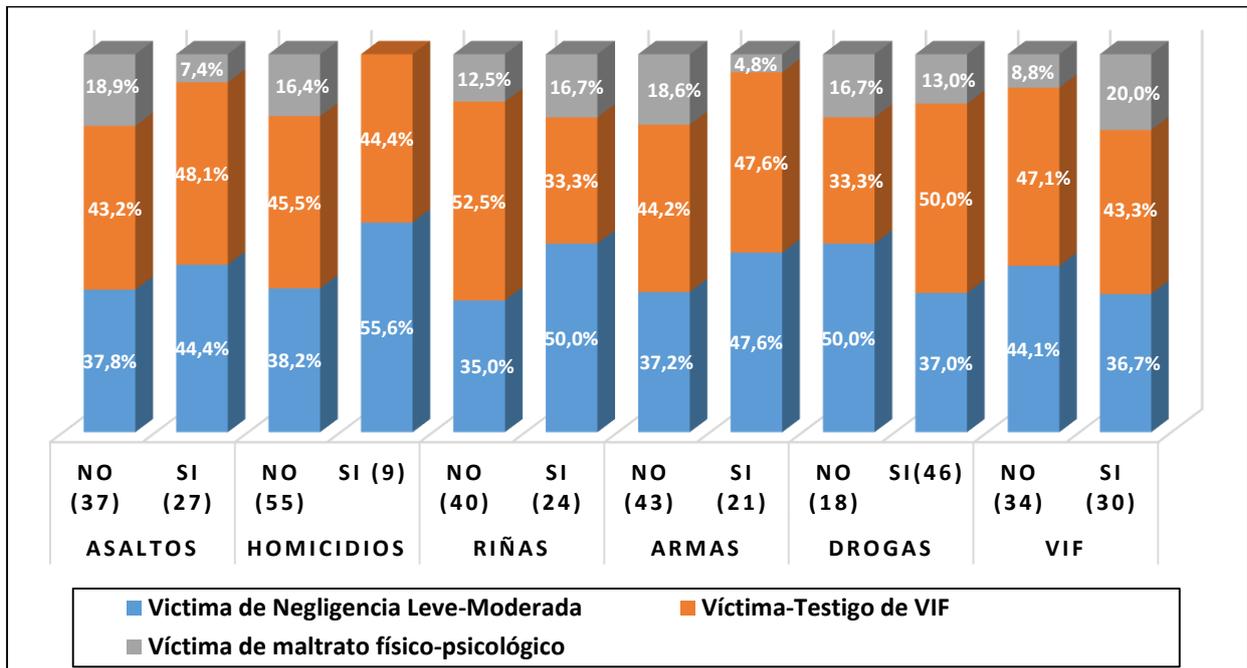


Gráfico 1: Tipos de Vulneración de Derechos según Problemas sociales en el Entorno.

Mediante el gráfico anterior se observan algunas características o situaciones de violencia que viven los adultos en el barrio o entorno donde viven según las situaciones de vulneración de derechos de NNA. En específico los entornos donde no ocurren asaltos hay mayor situación de “víctima de maltrato físico y/o psicológico” (18,9%) con respecto a los entornos donde si hay asaltos, por el contrario, hay una mayor cantidad de situaciones de “víctima de negligencia leve moderada” y, “víctima o testigo de VIF” en entornos donde si ocurren asaltos.

En los entornos donde ocurren homicidios existen más situaciones de víctima de negligencia leve o moderada (55,6%), por otra parte, los barrios donde no ocurren homicidios existe mayor porcentaje en situaciones de “víctima de maltrato físico y/o psicológico” (16,4%) con respecto al barrio donde si ocurren homicidios que no hay ese tipo de vulneración.

Sobre los entornos donde ocurren riñas, se observa que mayormente existen “víctima de negligencia leve o moderada” (50%), por el contrario, los barrios donde no hay riñas principalmente existen vulneración del tipo de “víctima o testigo de VIF” (52,5%). Luego, observando los entornos en que hay presencia o uso de armas, existe gran concentración en situaciones de “negligencia leve a moderada y de víctima o testigo de VIF” (47,6% ambos), y los entornos donde no hay armas existe mayor porcentaje en situaciones de víctima de “maltrato físico y/o psicológico” (18,6%) con respecto al entorno que si hay armas.

Respecto a los entornos que si se ve drogas principalmente existen “víctima o testigo de VIF” (50%) por sobre los entornos que no hay drogas. Por otra parte, en los barrios que no hay presencia de consumo o tráfico de drogas principalmente hay situaciones de vulneración de “víctima de negligencia leve a moderada” (50%). Por último, en los entornos donde no se observa presencia de



Violencia Intrafamiliar se concentran las situaciones de vulneración de “negligencia leve a moderada” y “víctima o testigo de VIF” (entre 44% y 47% respectivamente), los barrios que si hay situaciones de VIF mayormente presentan “víctimas o testigo de VIF” (43,3%) y, presentan mayor porcentaje de “víctima de maltrato físico y/o psicológico” (20%) con respecto al entorno que no hay VIF. Al aplicar la prueba estadística Mann Whitney (Z) para identificar si las relaciones son significativas al 95% de confianza, no se encontró ninguna relación significativa, tal como se observa en la siguiente tabla N° 59.

**Tabla 59**

*Situación de Vulneración de Derechos según Presencia de problemas en el Barrio en adultos responsables de NNA que participan en un Programa de Protección (U de Mann Whitney).*

<b>Asaltos</b>	<b>N</b>	<b>Rango</b>	<b>Z</b>	<b>Sig. (bilateral)</b>
NO	37	34,19	-0,928	0,353
SI	27	30,19		
<b>Total</b>	<b>64</b>			
<b>Homicidio</b>	<b>N</b>	<b>Rango</b>	<b>Z</b>	<b>Sig. (bilateral)</b>
NO	55	33,61	-1,287	0,198
SI	9	25,72		
<b>Riñas</b>	<b>N</b>	<b>Rango</b>	<b>Z</b>	<b>Sig. (bilateral)</b>
NO	40	33,75	-0,758	0,449
SI	24	30,42		
<b>Armas</b>	<b>N</b>	<b>Rango</b>	<b>Z</b>	<b>Sig. (bilateral)</b>
NO	43	34,3	-1,211	0,226
SI	21	28,81		
<b>Drogas</b>	<b>N</b>	<b>Rango</b>	<b>Z</b>	<b>Sig. (bilateral)</b>
NO	18	30,42	-0,612	0,541
SI	46	33,32		

Fuente: Elaboración propia

En la siguiente tabla se relaciona los tipos de vulneración según la vivencia de VIF y problemas con la justicia de los propios adultos allí se observa que **los adultos que sufrieron maltrato infantil (41 adultos) tienen mayor porcentaje en situaciones de “negligencia leve a moderada” (48,8%), y representan la mayor frecuencia de casos en situación de “víctima de maltrato físico y/o psicológico” (19,5%)** con respecto a los adultos que afirman no haber vivido maltrato infantil (4,3%). quienes, a su vez, vulneran los derechos de NNA a través de exponerlos como “víctima o testigo de VIF” (69,6%).

Por otra parte, los adultos con antecedentes de problemas con la justicia (25) mayormente exponen a NNA como “víctima o testigo de VIF” (60%), y los adultos sin antecedentes por problemas con la justicia tienen un mayor porcentaje en situaciones de “víctima de negligencia leve a moderada” (46,2%). Respecto a qué problema con la justicia ha tenido el adulto, se destaca que si bien la mayoría (61%) de los adultos no se ha visto involucrado en algún problema con la justicia, hay un porcentaje 39% que si se ha visto involucrado. De los anterior señalar que quienes los adultos que han estado involucrado en situación de VIF (26,5%), son quienes han ejercido conductas de vulneración hacia NNA asociada a víctima o testigo de VIF, y quienes han presentado problemas de



riña microtrafico, robo o amenazas de muerte son quienes han ejercido vulneración asociada a conductas de negligencia.

**Tabla 60**

*Distribución porcentual de Situación de Vulneración de Derechos según Presencia de conductas de VIF y Problemas con la Justicia en adultos responsables de NNA que participan en un Programa de Protección.*

Variables	Situación de Vulneración de Derechos			Porcentaje (n)
	Víctima de negligencia Leve-Moderada	Víctima-Testigo de VIF	Víctima de maltrato físico-psicológico	
<b>Maltrato infantil</b>	<b>Fi%</b>	<b>Fi%</b>	<b>Fi%</b>	<b>Total</b>
No	26,1	69,6	4,3	100 (23)
Si	48,8	31,7	19,5	100 (41)
<b>Total (n)</b>	<b>40,6 (26)</b>	<b>45,3 (29)</b>	<b>14,1 (9)</b>	<b>100 (64)</b>
<b>Problemas con la justicia</b>	<b>Fi%</b>	<b>Fi%</b>	<b>Fi%</b>	<b>Total</b>
No	46,2	35,9	17,9	100 (39)
Si	32,0	60,0	8,0	100 (25)
<b>Qué problema con la justicia??</b>	<b>Fi%</b>	<b>Fi%</b>	<b>Fi%</b>	<b>Total</b>
Ninguno	46,2	35,9	17,9	100 (39)
Violencia Intrafamiliar	17,6	70,6	11,8	100 (17)
Riña/Microtrafico/Robo/Amenazas	62,5	37,5	00,0	100 (8)

Fuente: Elaboración propia

Al aplicar la prueba estadística Mann Whitney (Z) o Kruskal Wallis (H) para identificar si las relaciones de vulneración de derechos de NNA con presencia de VIF y problemas con la justicia que son significativas al 95% de confianza, no se encontró ninguna relación significativa, tal como se observa en la siguiente tabla N° 61

**Tabla 61**

*Situación de Vulneración de Derechos según presencia de VIF y Problemas c/Justicia en adultos responsables de NNA que participan en un Programa de Protección.*

Maltrato infantil	N	Rango	Z	Sig. (bilateral)
No	23	34,65	-0,757	0,449
Si	41	31,29		
<b>Total</b>	<b>64</b>			
Problemas con la justicia	N	Rango	Z	Sig. (bilateral)
No	39	31,72	-0,459	0,646
Si	25	33,72		
Qué problema con la justicia?	N	Rango	H de K-W	Sig. (bilateral)
Ninguno	39	31,72	4,189	0,123
Violencia Intrafamiliar	17	38,38		
Riña/Microtrafico/Robo/Amenazas	8	23,81		

Fuente: Elaboración propia



## 6) Nivel de relación de los problemas de salud mental en los adultos responsables respecto de los Tipos de vulneración de derechos de NNA

**Tabla 62**

*Distribución porcentual de Situación de Vulneración de Derechos según antecedentes de salud en adultos responsables de NNA.*

Variables de salud de adultos.	Tipos de Vulneración de Derechos			Porcentaje (n)
	Víctima de negligencia Leve-Moderada	Víctima-Testigo de VIF	Víctima de maltrato físico-psicológico	
<b>Diagnóstico de Problemas de Salud</b>	<b>Fi%</b>	<b>Fi%</b>	<b>Fi%</b>	<b>Total</b>
Sin Diagnóstico de salud	37,1	54,3	8,6	100 (35)
Con Diagnóstico de Salud	44,8	34,5	20,7	100 (29)
<b>Total (n)</b>	<b>40,6 (26)</b>	<b>45,3 (29)</b>	<b>14,1 (9)</b>	<b>100 (64)</b>
<b>Diagnóstico Trast. Salud Mental</b>	<b>Fi%</b>	<b>Fi%</b>	<b>Fi%</b>	<b>Total</b>
No declaran Diagnóstico	40,4	45,6	14,0	100 (57)
Con Diagnóstico	42,9	42,9	14,3	100 (7)

Fuente: Elaboración propia

De acuerdo a la tabla anterior que relaciona antecedentes de salud en adultos con situaciones de Vulneración de derechos a NNA, se observa que los adultos que no declaran diagnóstico de salud tienen mayor porcentaje en situaciones de “víctima o testigo de VIF” (54,3%), por el contrario, los **adultos con diagnóstico de problemas de salud mayormente presentan situaciones de “víctima de negligencia leve a moderada” (44,8%), y tienen mayor frecuencia de casos en situación de “maltrato físico y/o psicológico” (20,7%)** con respecto a los adultos sin diagnóstico de salud.

Respecto a los adultos con diagnóstico de trastorno de salud mental, ambos grupos poseen una distribución porcentual muy semejante, los adultos con y sin diagnósticos concentran sus casos en situaciones de vulneración de derechos de “víctima de negligencia leve a moderada” y “víctima o testigo de VIF” con porcentajes entre 40% y 45%.

Al aplicar la prueba estadística Mann Whitney (Z) para identificar si las relaciones de vulneración de derechos de NNA con según antecedentes de salud son significativas al 95% de confianza, no se encontró ninguna relación significativa, tal como se observa en la siguiente tabla N° 63.

**Tabla 63**

*Situación de Vulneración de Derechos según antecedentes de salud en adultos responsables de NNA.*

Diagnóstico de Problemas Salud	N	Rango	Z	Sig. (bilateral)
Sin Diagnóstico de salud	35	32,41	-0,044	0,965
Con Diagnóstico de Salud	29	32,60		
<b>Total</b>	<b>64</b>			
Diagnóstico Trast. Salud Mental	N	Rango	Z	Sig. (bilateral)
Sin Diagnóstico	57	32,91	-0,51	0,61
Con Diagnóstico	7	29,63		
<b>Total</b>	<b>64</b>			

Fuente: Elaboración propia



**Tabla 64**

*Distribución porcentual de Situación de Vulneración de Derechos según presencia de Síntomas de Salud Mental, en adultos responsables de NNA que participan en un Programa de Protección*

Variables	Situación de Vulneración de Derechos			Porcentaje (n)
	Víctima de negligencia Leve-Moderada	Víctima-Testigo de VIF	Víctima de maltrato físico-psicológico	
<b>Ansiedad</b>	<b>Fi%</b>	<b>Fi%</b>	<b>Fi%</b>	<b>Total</b>
Sin ansiedad	38,7	51,6	9,7	100 (31)
A. Leve y moderada	50,0	25,0	25,0	100 (16)
A. Severa y extrema	35,3	52,9	11,8	100 (17)
Total (n)	40,6 (26)	45,3 (29)	14,1 (9)	100 (64)
<b>Estrés</b>	<b>Fi%</b>	<b>Fi%</b>	<b>Fi%</b>	<b>Total</b>
Sin estrés	44,4	48,1	7,4	100 (27)
E. Leve y moderado	30,0	45,0	25,0	100 (24)
E. Severo y extremo	47,1	41,2	11,8	100 (17)
<b>Depresión</b>	<b>Fi%</b>	<b>Fi%</b>	<b>Fi%</b>	<b>Total</b>
Sin depresión	50,0	35,3	14,7	100 (34)
D. Leve y moderada	14,3	64,3	21,4	100 (14)
D. Severa y extrema	43,8	50,0	6,3	100 (16)
<b>Func. Familiar</b>	<b>Fi%</b>	<b>Fi%</b>	<b>Fi%</b>	<b>Total</b>
Funcional	40,0	52,0	8,0	100 (25)
Moderada. Funcional	40,9	31,8	27,3	100 (22)
Disfuncional	45,5	54,5	0,0	100 (11)
Severa. Disfuncional	33,3	50,0	16,7	100 (6)
<b>Consumo Alcohol</b>	<b>Fi%</b>	<b>Fi%</b>	<b>Fi%</b>	<b>Total</b>
No	45,5	45,5	9,1	100 (11)
Si	39,6	45,3	15,1	100 (53)
<b>Consumo marihuana</b>	<b>Fi%</b>	<b>Fi%</b>	<b>Fi%</b>	<b>Total</b>
No	40,6	40,6	18,8	100 (32)
Si	40,6	50,0	9,4	100 (32)

Fuente: Elaboración propia

Por medio de la tabla anteriores N° 64 se relacionan algunas variables de “presencia de síntomas de salud mental” de los adultos(as) responsables con situaciones de Vulneración de derechos a NNA. Con respecto a la dimensión de ansiedad, concentran similar porcentaje (sobre 51%) los casos de “ansiedad severa o extrema” y “sin ansiedad” en la situación de “víctima o testigo de VIF”, por otra parte, los adultos que tienen ansiedad leve o moderada presentan mayor porcentaje en situaciones de “víctima de negligencia leve o moderada” (50%), y, además, tienen la mayor frecuencia en situaciones de “víctima de maltrato físico y/o psicológico” con un 25%.

Sobre la dimensión de estrés de los adultos, destaca que los adultos sin estrés principalmente presentan vulneración en situaciones de “víctima o testigo de VIF” (48,1%) y por sobre los otros niveles de estrés, los adultos con estrés severo y extremo tienen mayor porcentaje de casos en situaciones de “víctima de negligencia leve a moderada” (47,1%), por último, los que presentan estrés leve y moderado tienen mayor frecuencia de situación de “víctima de maltrato físico y/o psicológico” (25%) con respecto a los otros niveles de estrés. Respecto a la depresión, el mayor porcentaje de los adultos sin depresión presenta vulneración en situación de “víctima de negligencia leve a moderada” (50%), los adultos con depresión leve y moderada concentran mayores situaciones de vulneración de “víctima o testigo de VIF” y “víctima de maltrato físico o psicológico” (64,3% y 21,4% respectivamente) con respecto a las otras categorías de depresión.



Luego, sobre el funcionamiento familiar se aprecia que todas sus categorías presentan una mayoría de situaciones de vulneración de derechos de NNA de “víctima o testigo de VIF”, entre 50% y 54% aproximado, excepto los adultos cuyo funcionamiento familiar de “moderadamente funcional”, que tienen mayormente casos en situación de “víctima de negligencia leve y moderada” (40,9%), y además, tienen mayor frecuencia de “víctima de maltrato físico y/o psicológico” (27,3%) con respecto a los otros niveles de funcionamiento familiar.

Sobre el consumo de alcohol se tiene que principalmente presentan situaciones de “víctima de maltrato físico y/o psicológico” con respecto a los adultos que no consumen alcohol. Quienes no consumen alcohol (11 adultos) concentran principalmente situaciones de “víctima de negligencia leve a moderada” y “víctima o testigo de VIF”. Por último, los adultos que consumen marihuana tienen mayor porcentaje en situaciones de “víctima o testigo de VIF” (50%), por el contrario, los adultos que no consumen marihuana presentan mayor situación de “víctima de maltrato físico y/o psicológico” (18,8%) con respecto a quienes si consumen.

Al aplicar la prueba estadística Mann Whitney (Z) o Kruskal Wallis (H) para identificar si las relaciones de vulneración de derechos de NNA según presencia de Síntomas de Salud Mental en adultos son significativas al 95% de confianza, no se encontró ninguna relación significativa, tal como se observa en la siguiente tabla N° 65

**Tabla 65**

*Situación de Vulneración de Derechos según presencia de Síntomas de Salud Mental, en adultos responsables de NNA que participan en un Programa de Protección*

<b>Ansiedad (antes)</b>	<b>N</b>	<b>Rango</b>	<b>Z</b>	<b>Sig. (bilateral)</b>
No	31	32,19	-0,139	0,889
Si	33	32,79		
<b>Total</b>	<b>64</b>			
<b>Estrés (antes)</b>	<b>N</b>	<b>Rango</b>	<b>Z</b>	<b>Sig. (bilateral)</b>
No	27	30,19	-0,928	0,353
Si	37	34,19		
<b>Depresión (antes)</b>	<b>N</b>	<b>Rango</b>	<b>Z</b>	<b>Sig. (bilateral)</b>
No	34	30,04	-1,228	0,22
Si	30	35,28		
<b>Funcionamiento familiar (antes)</b>	<b>N</b>	<b>Rango</b>	<b>Z</b>	<b>Sig. (bilateral)</b>
Funcional	25	31,52	-0,368	0,713
No Funcional	39	33,13		
<b>Riesgo Bebidas alcohólicas</b>	<b>N</b>	<b>Rango</b>	<b>H de K-W</b>	<b>Sig. (bilateral)</b>
Sin riesgo (No consume)	11	30,23	1,4	0,497
Riesgo bajo	50	33,59		
Riesgo moderado	3	22,67		
<b>Riesgo Marihuana</b>	<b>N</b>	<b>Rango</b>	<b>H de K-W</b>	<b>Sig. (bilateral)</b>
Sin riesgo (No consume)	30	31,80	0,504	0,777
Riesgo bajo	26	32,19		
Riesgo moderado	6	27,00		
<b>Total</b>	<b>62</b>			

Fuente: Elaboración propia



## 7) Interrelación factores personales, familiares y ambientales en personas que participan en programa de protección ambulatoria

**Tabla 66**

*Relación de la Situación de Vulneración de Derechos de NNA según el apoyo social (antes (Rho Spearman)).*

Apoyo Social (Antes)	Tipo de Vulneración. De Derechos	Apoyo Social Durante	Ap. S. Pers. Significativas Durante	Ap. S. Familia Durante
Apoyo Social global. Antes	-0,170 0,180	-		
Apoyo Social Personas Significativas. Antes	-0,062 0,626	0,760 <b>0,000</b>	-	
Apoyo Social Familiar. Antes	-0,202 0,109	0,581 <b>0,000</b>	0,329 <b>0,008</b>	-
Apoyo Social de Amigos. Antes	-0,186 0,141	0,736 <b>0,000</b>	0,429 <b>0,000</b>	0,024 0,852

Fuente: Elaboración propia

La tabla anterior relaciona mediante la prueba de Correlación de Spearman el instrumento apoyo social y sus dimensiones (antes del inicio del programa) con los tipos de vulneración de derechos de NNA, se observa que al aplicar la prueba no se encontró ninguna relación significativa con Situación de vulneración de derechos, por lo tanto, no hay relación entre apoyo social y tipo de vulneración de derechos a NNA. Sin embargo, como se aprecia en las columnas de apoyo social si se encontró relación significativa entre sus dimensiones.

**Tabla 67**

*Correlación entre Variables Psicosociales en un grupo de adultos responsables de NNA antes de participar de un Programa de Protección año 2022 (Rho de Spearman)*

Correlación Rho de Spearman	Apoyo Social Global	Apoyo d Significati vos	Apoyo de Familia	Apoyo de Amigos	Funciona- miento Familiar	Satisfacción Funcionam. Familiar	Salud Mental Global	Síntomas de Estrés	Síntomas de Ansiedad	Síntomas de Depresión
Escolaridad en años	<b>,336**</b> 0,007	0,148 0,243	<b>,370**</b> 0,003	0,198 0,117	0,085 0,505	<b>,295*</b> 0,018	-0,102 0,423	-0,102 0,423	-0,120 0,344	-0,087 0,496
Ingresos	<b>,250*</b> 0,046	0,028 0,825	<b>,291*</b> 0,020	0,186 0,142	<b>,285*</b> 0,023	0,187 0,138	-0,135 0,289	-0,118 0,353	-0,175 0,167	-0,139 0,274
Apoyo Social Global		<b>,760**</b> 0,000	<b>,581**</b> 0,000	<b>,736**</b> 0,000	<b>,490**</b> 0,000	<b>,639**</b> 0,000	<b>-,313*</b> 0,012	<b>-,260*</b> 0,038	<b>-,311*</b> 0,013	<b>-,318*</b> 0,010
Apoyo Social significativos			<b>,329**</b> 0,008	<b>,429**</b> 0,000	<b>,354**</b> 0,004	<b>,418**</b> 0,001	<b>-,290*</b> 0,020	<b>-,291*</b> 0,020	-0,201 0,111	<b>-,327**</b> 0,008
Apoyo Social de la Familia				0,024 0,852	<b>,503**</b> 0,000	<b>,356**</b> 0,004	<b>-,330**</b> 0,008	<b>-,251*</b> 0,045	<b>-,323**</b> 0,009	<b>-,304*</b> 0,015
Apoyo Social de Amigos					0,216 0,086	<b>,549**</b> 0,000	-0,088 0,489	-0,031 0,809	-0,135 0,286	-0,116 0,360
Percepción del Funcionamiento Familiar						<b>,398**</b> 0,001	<b>-,393**</b> 0,001	<b>-,381**</b> 0,002	<b>-,367**</b> 0,003	<b>-,360**</b> 0,003
Satisfacción con							<b>-,305*</b>	-0,179	<b>-,370**</b>	<b>-,270*</b>



Funcionamiento Familiar	0,014	0,158	0,003	0,031
Situación de Salud Mental Global.		<b>,877**</b>	<b>,838**</b>	<b>,900**</b>
Síntomas de Estrés		0,000	0,000	0,000
Síntomas de Ansiedad			<b>,592**</b>	<b>,726**</b>
			0,000	0,000
				<b>,683**</b>
				0,000

Fuente: Elaboración propia

Al aplicar la prueba estadística Rho de Spearman para identificar la relación entre algunas variables psicosociales y respecto de su presencia en un tiempo anterior al ingresar a este Programa de Protección, se encontró que existía correlación directa y significativa entre la escolaridad e ingresos con el “el apoyo social percibido” a nivel global y con la dimensión “apoyo familiar” y además con la variable “satisfacción con el funcionamiento familiar”.

Así también existe correlación directa y significativa entre el Apoyo social percibido entre todas sus variaciones y con las variables de Satisfacción funcionamiento Familiar y la Salud mental en sus mediciones a nivel global y con las manifestaciones específicas de Estrés, Ansiedad y depresión, aunque en estas últimas la relación es inversa, esto significa que el apoyo social percibido en lo global y por cada ámbito en particular es mayor en la medida que es menor la presencia de síntomas de problemas de salud mental en lo global y por cada una de la situaciones estudiadas.

Respecto de la “percepción con el funcionamiento familiar” se encontró relación significativa y directa con la satisfacción con dicho funcionamiento, aunque inversa con la presencia de síntomas de problemas de salud mental a nivel global y en específico con síntomas de “estrés”, “ansiedad” y “depresión” Esto último también se presenta con respecto a la satisfacción con el funcionamiento familiar, aunque no es significativa con respecto a la presencia de síntomas de estrés.

Finalmente agregar, que ese encontró relación directa y significativa entre cada una de las situaciones de salud mental entre sí, esto implica que en la medida que existe presencia o ausencia de estos síntomas en uno de estos ámbitos, existe presencia o ausencia de síntomas en todos los otros ámbitos, lo que finalmente se refleja en una mejor o peor situación de salud mental global en este grupo de adultos estudiados.



## VII. CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN

Siguiendo los planteamientos de Pinheiro (2011), y otros autores que sostienen que “la exposición de los riesgos que tiene esta violencia, surge de la interacción entre la calidad de las relaciones familiares y el estrés o presión sobre la familia por factores externos o por las características de los propios miembros del hogar, siendo probable que sea el resultado de una combinación de factores personales, familiares, sociales, económicos y culturales”, fue lo que motivó la presente investigación que buscaba ahondar en estos factores socio ambientales, familiares, de salud mental de los adultos responsables de niños/as y adolescentes (NNA) y su relación con la conducta de vulneración de derechos hacia estos últimos, considerando para el estudio un grupo de personas que participan de un Programa de Protección por Vulneración de derechos y cuyas Conclusiones se exponen a continuación.

### **1) Establecer un perfil demográfico, familiar y socio contextual de personas adultas con conductas de vulneración de derechos a NNA y que participan en un Programa de Protección en la provincia de Concepción.**

- El estudio se centró en 64 adultos responsables que aceptaron participar, de un total de 74 que tienen una medida de protección por presencia de vulneración de derechos en grado de leve a moderado hacia sus hijos (NNA). Este grupo en su mayoría, correspondió a mujeres (90,62%), lo que viene a confirmar la permanencia del rol de la adulta responsable de NNA (cuidadora) sigue centrado mayormente en la figura femenina siendo el hombre un 9.38%, así también lo exponen estudios de Pérez y Santelices (2016), y Moreno (2004) quienes indican que la mayor parte de quien asume la responsabilidad de un NNA es la mujer (80%) siendo el padre quien asume una menor responsabilidad. Lo anterior no determina que la mujer es quien más vulnera los derechos de NNA. La **edad** promedio de este grupo es de 39 años, con un rango que varía entre 20 y 69 años, la mayoría de las mujeres tiene de 30 a 39 años (19%), y los hombres, la mitad de ellos (3) tiene menos 40 y los otros 3 no superan los 50 años. Por otra parte, la mayoría (31,25%) tiene enseñanza media completa y cerca del 22% tiene sólo hasta 8º básico, comparativamente con la edad, son los adultos menores de 40 años quienes tienen mayor nivel de escolaridad (media completa o superior incompleta/completa).

En cuanto a la **situación civil** el 51,6% (33) se declara soltera, siendo la mayoría adultas jóvenes (20 a 39 años), y, por el contrario, los mayores de 40 años afirman estar casados, solo 31.25% se declara casada. Por otra parte, en cuanto a la **relación con la pareja actual y tiempo de la misma**, el 48% (33) tiene una relación de pareja; 5 de ellas están casadas y más de 10 años (3 casos), 16 están en relación de convivencia un tercio de ellas mantienen esta relación con menos de 5 años y otro tercio supera los 10 años; finalmente quienes reconocen una relación de pololeo (10), la mayoría indica que es menor a 5 años (6).

- Respecto de la **actividad laboral** del grupo estudiado y considerando el momento anterior al ingreso al programa, cerca del 50% (6) realizaba alguna actividad laboral, siendo variadas y de poca o baja especialización; un 14% es profesional o técnicos y un 26%(17) se dedicaba sólo labores de su hogar. Al comparar esta situación al momento de la entrevista, sólo técnicos o profesionales mantienen su actividad laboral, situación que cambia en todos los otros casos, existe un aumento en labores domésticas menores (de 8 a 12 adultos) y la condición de cesante (de 6 a 10 adultos, 2 de ellos son



estudiante; las “dueña de casa” también aumenta de 17 a 19 personas, grupo mayoritario en ambos momentos consultados, los que además coinciden con el inicio y desarrollo de la Pandemia del COVID-19.

En cuanto al **ingreso** que tienen los adultos al momento de la entrevista, el 43.75% (28) de ellos declararon no contar ingresos en la actualidad (dueñas de casa, cesante y estudiantes) de los cuales, la mayoría (12) pertenece al tipo de familia extensa y son apoyados económicamente por este grupo familiar, además de recibir bonos del gobierno (SUF) en 27 casos y pensión de alimentos en 26 casos; quienes poseen ingresos el 39% declara que es menos de \$500 mil pesos. Por otra parte cerca del 55% de los casos reconoce que su ingreso se mantiene igual a lo percibido antes de participar en el programa (período anterior a la pandemia por el COVID\_19), ) y solo un 34,4% reconoce que es inferior a dicho período; Lo mismo ocurre cuando se consulta por su situación económica actual, proporción similar afirma que es igual (42%) o peor (42%) respecto a su situación anterior especialmente los adultos que no perciben ingresos (28 casos) de los cuales el 64,29% (18) señala su situación económica como peor. Esta situación es consistente con lo ya reportado por estudios anteriores de Contreras, Paulsen, y Gómez (2018) quienes refieren que un 16,9% evidencia significativas dificultades para la autonomía en las familias de NNA con conducta de vulneración de derechos, destacando para ello los problemas con los ingresos familiares y carencia de empleo estable relacionado con la desprotección infantil(Moreno,2004), así mismo, el Informe sobre Maltrato Infantil del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de España (2011)concuera que uno de los factores de riesgo a nivel sociocultural que se correlaciona con la vulneración de derechos hacia niños/as se encuentra el bajo nivel socioeconómico.

-Respecto de los **tipos familias** que conforman este grupo de adultos, en su mayoría (35,94% (23)componen un grupo familiar monoparental, seguida de la familia extensa (32,81%) y en menor porcentaje familia nuclear (26,56%) observándose una relación aunque menos marcada con lo indicado por Cabrera et al (2009), quien refiere que la familia monoparental podría ser un factor familiar que favorece la vulneración de derechos hacia NNA, dado que en este caso también es elevado el porcentaje de familias extensas . Respecto del **número de hijos** que tienen los adultos entrevistados y edades de estos NNA, la mayoría tiene dos o tres hijos (34,38 y 32,8% respectivamente) resultado un total de 144 hijos con edades de 1 año a mayor de 30 años, 89 de los cuales son parte del Programa de prevención de Vulneración de Derechos. Relacionado con lo anterior, no existe **planificación de los hijos**, los adultos reconocen mayoritariamente que su primer y tercer hijo no fue planificado (67.19% y 57,69% respectivamente) y en el caso del segundo hijo sólo un 52,08% de los adultos reconoce haberlo planificado. Tanto la OMS (2000) como la OPS (2003) plantean que la no planificación de los hijos sumada a la vulneración de derechos puede generar efectos a largo plazo en los NNA, como desarrollar embarazos no deseados y/o no planificado transmitiéndose de generación en generación. En cuanto a la presencia de **necesidad especial** en estos hijos, si bien la mayoría de los adultos (75%) refieren no haber presencia de ello, otro porcentaje no menor, señalan presencia de necesidad especial en su primer y segundo hijo (28,13% y 21,28% respectivamente) asociados a Trastorno grave del desarrollo, Trastorno de la comunicación, Trastorno de la conducta y/o Discapacidad visual/intelectual/auditiva/física quienes están con tratamiento médico situación que pudiera ser un factor de estrés como ha sido reportado por algunos estudios como el de a Romero-González et al (2021) quien afirma una relación entre Altos niveles de estrés y malestar psicológico en los padres con la coexistencia de psicopatología la primera infancia específicamente con problemas emocionales y conductuales asociado a niños con



Trastorno grave del desarrollo como el Trastorno del Espectro Autista .

-Respecto de la **situación de salud** en general de los adultos responsables de NNA, en primer lugar, afirmar la presencia de problemas de algún problema de salud en el 45,31%, quienes tienen algún diagnóstico de problemas de salud, donde prevalece la Diabetes y Trastorno de salud mental (ambas con 10,94%) e Hipertensión (9,38%). La mayoría de estas situaciones (51,72%) se encuentra diagnosticadas hace menos de 5 años, y un 93,1% de estos adultos, se encuentra en tratamiento médico en Cesfam u Hospital de la Comuna de Penco.

De la Vulneración de Derechos en la Infancia y problemas con la Justicia. El 64% de las adultas/os estudiadas reconoce haber sido **víctima de maltrato en la infancia** lo que coincide con los hallazgos Barcelata y Álvarez(2005) quienes indican que el 100% de los padres participante de su estudio, provienen de familias de origen donde ejercieron castigo físico como método disciplinario; Haz(1997) encontró que el 55,5% de las entrevistadas que recibieron maltrato físico en su niñez, repite la misma conducta con sus propios hijos/as, situación que confirma lo transgeneracional de la conducta de maltrato infantil o vulneración derechos hacia NNA (Aracena et al. (2000), Vizcarra et al. (2001), OMS, (2000), OPS (2003), Barudy (1998)).

Por otra parte, el 39,06% del grupo estudiado, ha tenido participación en algún **problema con la justicia**, la mayoría por causa de violencia intrafamiliar (64%) lo cual, según la OPS (2003), OMS (2000), Veloso et al., (2009), Barudy (1998), Mouesca (2015), es un factor de riesgo en los adultos para el ejercicio de conductas de vulneración de derechos hacia sus hijos.

-**De las características socio ambientales**, En cuanto a la **situación habitacional**, se puede señalar que la mayoría del grupo estudiado tiene vivienda propia (37,5%), un 35,9% (23) vive de allegado o vivienda cedida, y un 21,9% arrienda; respecto del tamaño de estas viviendas, el (48,44%) habitan viviendas entre 40 a 50m<sup>2</sup>, y un 32.8% en viviendas hasta 60m<sup>2</sup>., la mayoría de estas viviendas son ocupadas por las familias de mayor tamaño (4 a 5 persona). No se puede afirmar presencia de hacinamiento al interior de estas viviendas, debido a que existiría una adecuada relación del tamaño familiar y número de dormitorios, las familias de hasta 3 personas habitan viviendas con 2 o 3 dormitorios y las familias de mayor tamaño (6 a 7 personas) declaran 3 o 4 dormitorios. Esta situación es contraria a lo reportado en los estudios de Haz (1997), Moreno (2004), la OPS (2003) y Morelato, G. (2011), estableciéndolo como factor de riesgo en la vulneración de derechos hacia NNA.

Respecto de la **presencia de Situaciones de violencia en el barrio**, el 71,87% de los casos reconoce la presencia de consumo y tráfico de drogas, situación que ocurre diariamente, 87% de ellos así lo declara, siendo un factor que favorece la violencia (OPS, 2003); sumado a lo anterior el 46.9% reconoce problemas de Violencia intrafamiliar, lo que observan de manera diaria (70%), a lo anterior se agrega presencia y uso de armas en los barrios(32.8%, 21 casos), lo que ocurre diariamente (14) o semanal (7). Lo anterior se condice con estudios en esta línea de Contreras et al. (2018); Pérez y Santelices (2016); Gómez et al. (2010) quienes estudian el contexto social de las familias insertas en la red Sename (actual Servicio de Mejor Niñez) concluyen que la seguridad del vecindario, violencia y la relación entre vecinos se caracteriza como problema leve-moderado y/o un factor de riesgo para la vulneración.



## 2) Identificar y describir la presencia de problemas de salud mental y explorar cambios pos pandemia por covid-19 en adultos responsables de niños/as y adolescentes y que participan en Programa de protección en la provincia de Concepción.

Como se señaló previamente, el 10% del grupo estudiado reconoce tener un diagnóstico con algún problema de salud mental, situación a la que se suma los resultados de la medición de **signos de Depresión, Ansiedad y Estrés** (evaluados a través del DASS-21 de Lovibond y Lovibond, 1995). Aquí se encontró que en la **dimensión Depresión** cerca de un 15 a 30% había experimentado síntomas de depresión como algo que le ocurría “mucho” o “bastante” en el periodo anterior al ingreso al programa, porcentajes que aumentan para el momento de la entrevista, Los indicadores que evidencian mayor porcentaje de respuesta como algo muy frecuente son “me sentía triste y deprimido (29.7%)”, sentía que valía muy poco como persona (25%), “Se me hacía difícil tomar la iniciativa para hacer cosas”, “No se podía entusiasmar con nada o sentía que la vida no tenía ningún sentido (17%)” Valorada estas respuestas con las categorías (baremo) del propia escala, se concluye , que existe presencia de síntomas depresivos en un porcentaje importante de la población estudiada (47% antes y 58% durante), donde el 25% presentaba síntomas de depresión “severa y/o extrema” y el 12.5% “moderada” antes de participar de este programa; cifras que se mantienen similares para el momento “actual” aunque muestran mayor aumento en los casos de síntomas de depresión moderada y leve (de 22% a 34%). Según la OMS 2017 (citado en Dagninio et al. , 2020), para el año 2030, la depresión en Chile, será la principal causa de discapacidad con una tasa de prevalencia de un 7.5% , y en Chile el trastorno depresivo es la causa más relevante en término de su contribución a la discapacidad ajustada por años de vida ajustada por discapacidad(AVISA Y DALYS)( Vicente et al 2016).

Respecto de la presencia de **indicadores de Ansiedad**, si bien se encontró que la mayoría porcentual de los entrevistados no experimenta estos síntomas (48.4% antes del programa y cerca del 35.9% durante la entrevista), no es menos importante quienes si experimentan algún nivel de presencia de estos; las personas que experimentan Ansiedad “extrema” aumentó de 21.9% a 32.8% y ansiedad “severa” de 4.7% a 7.8%. En particular todos los indicadores observaron un aumento de casos para el período actual, donde un 3% a un 11% reconocen que estos indicadores consultados le “ha ocurrido mucho”; los promedios evidencian claramente un aumento de estos síntomas pasando de medias global de 0.79 a 1.01 para el período de la entrevista (en puntajes de 0 a 3). estas diferencias fueron significativas al aplicar la prueba t de Student ( $t=2,114$ ;  $sig=0.036$ ).

Según la investigación publicada por Lancet (2021) citado en Celis-Morales y. Nazar (2022), “Chile no estuvo exento de drástico incremento en la prevalencia de depresión y ansiedad, estimándose que, durante el año 2020 (pandemia), se demostró 241.000 nuevos casos de depresión debido medidas de contención implementadas para disminuir las tasas de transmisión por Covid-19, lo cual equivale a un aumento de 40,6% en comparación al 2019 (antes de la pandemia). Para ansiedad se manifestó en 396.000 nuevos casos, lo cual es equivalente a un aumento del 37,4% en su prevalencia”, y según la OMS (2022) “En el primer año de la pandemia por COVID-19, la prevalencia mundial de la ansiedad y la depresión aumentó un 25%”.

En cuanto a la dimensión de **Estrés**, es la que muestra mayor distribución de las respuestas, entre quienes indican que “nunca le ha ocurrido” (0) hasta aquellos que les ha ocurrido mucho (3) (en 6 de los 7 aspectos evaluados), aunque las respuestas no muestran una tendencia mayoritaria en



alguna de las alternativas al inicio del programa, (, para el momento de la entrevista si se observa un aumento de casi 10 puntos porcentuales en la opción de respuesta “ha ocurrido mucho” en los siguientes indicadores “Me costaba mucho descargar la tensión”, “Sentía que estaba gastando una gran cantidad de energía”, “Me sentía inquieto/a”, “Se me hacía difícil relajarme”. En síntesis, El porcentaje de adultos que presentan algún tipo de estrés es de 60%, antes de ingresar al Programa el caso de “Estrés Severo” cambia de 14,1% a un 31,3% para el momento de la entrevista (2021), lo mismo ocurre en quienes presentan “Estrés Extremo” que aumenta de 12,5% a 15.6% (diferencia que resulta ser significativa,  $t=2,568$ ;  $Sig=0.013$ ). Los estudios de Pérez y Santelices (2016) y, Haz (1997); concluyen presencia de niveles de estrés o tensión importante en madres que presentaban conductas de vulneración de derechos, lo que se corrobora en este estudio donde el 60% de las personas estudiadas presentaba algún grado de estrés al momento de ingresar al programa.

En cuanto a **Presencia de Consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias** (Medido con la escala ASSIST) el 87% de los adultos participantes en este Programa ha consumido alguna vez en la vida tabaco y bebidas alcohólicas (82%), el 50% marihuana, el 7,8% cocaína, anfetamina/estimulante (3,6%), ningún adulto ha consumido opiáceos ni otras drogas. El consumo en los últimos tres meses disminuye de manera importante, de acuerdo a lo declarado por este grupo. EL consumo diario de tabaco es mayoritario (51.8%), un porcentaje menor (13.2%) consume diariamente alcohol, mensual un 37,7%; en el caso de marihuana u 3,1% tiene consumo diario y el 9.4% semanal y mensual; Un 11% reconoce consumo semanal de Tranquilizantes para dormir (sin receta). Agregar uso de sustancias (por ejemplo, el alcohol) representa un 5,1% de la carga mundial de enfermedades (OMS/OPS, 2022), según SENDA (2021) refieren que la prevalencia de uso de alcohol alguna vez vida aumenta significativamente de 77,7% en 2018 a 79,8% en 2020, y respecto del consumo de alcohol en el último mes pasa de 43,3% en 2018 a 44,3% en 2020.

Respecto de la pandemia y consumo de sustancias, el 56% de los adultos del presente estudio, refiere haber consumido con igual frecuencia y un 34% aumentó este consumo durante la pandemia según, SENDA (2021) refiere que desde el inicio del COVID-19 un 36,1% de las personas ha consumido menos alcohol, un 33,4% declara haber consumido más marihuana, el 53,8% dice que ha consumido más medicamentos sin receta como tramal y clonazepam. Agregar que los adultos no reconocen un efecto en la salud o vida social y económica producto de este consumo, así mismo cerca del 25% de estos adultos han intentado reducir su consumo en los 3 últimos meses, situación que no lo ha logrado a pesar del interés manifestado.

Respecto de la presencia de riesgo por el consumo de sustancias en total, el 66,1% tiene un riesgo moderado y un 3,6% alto de presentar problemas de salud o de otro tipo; en específico, los que consumen cocaína, alucinógenos (20% cada uno), 18.8% quienes consumen marihuana y un 5,7 % que consumen de alcohol, presentan un riesgo moderado. Famularo, Kinscherff y Fenton (1992, citado en Moreno 2004) refiere que el consumo de alcohol era la mejor variable predictora del maltrato físico de los padres a sus hijos, relación también informada por la OMS (2000).



### 3) Relacionar factores socio ambientales-familiares y de satisfacción con el Funcionamiento Familiar con tipos de vulneración de derechos de niños/as y adolescentes de Adultos Responsables que participan un Programa de Protección en la provincia de Concepción.

La vulneración de derechos de NNA estaría determinada por una serie de factores ambientales, contextuales, familiares y personales que rodean a los adultos que ejercen dicha vulneración y aun cuando este estudio sólo contempló población con la conducta de vulneración de derechos sin considerar a un grupo comparativo, se realizó una diferenciación interna con los Tipos de vulneración para explorar algunas diferencias respecto de estos factores mencionados y detectar aquellos más influyentes. Las situaciones de vulneración de derechos de NNA presentes en este grupo corresponden a: Víctima-Testigo de VIF (40.6%), seguida de Víctima de Negligencia leve-moderada (45.3%) y en menor proporción Víctima de maltrato físico-psicológico (14.1%) (aquí calificada como de “mayor gravedad”) Esta tendencia porcentual se mantienen respecto de todas las relaciones establecidas. Al contrastar esta conducta/vulneración de derecho con las características demográficas y del entorno de los adultos que ejercen dicha conducta sólo se encontró diferencias significativas con Educación donde las personas con menor escolaridad son quienes presentan conductas de maltrato físico y psicológico respecto de sus NNA, versus quienes tienen mayor escolaridad que están más vinculados a situaciones de “negligencia” (prueba estadística Kruskal Willis sig 0.016). Independiente de esta sola relación significativa, se puede concluir alguna tendencia con otras variables demográficas y sociales, a saber: Los adultos de mayor edad, adultos que tienen menor grado de escolaridad que están casadas y divorciadas y sin pareja son quienes ejercen mayormente la conducta de mayor vulnerabilidad, “maltrato físico y/o psicológico”. Las personas de menor edad (20 a 25 años (48%), con educación técnica o superior (60%), con pareja (51.6%) y con ingresos sobre 600 mil pesos (63.6%) son quienes mayoritariamente presentan conductas de “negligencia leve-moderada”.

- En cuanto a los contrastes con características del **entorno familiar**, resulta relevante mencionar que adultos que pertenecen a familia nuclear presenta mayor presencia en conductas de negligencia (60%) y las familias extensas y monoparental es quien ejerce en mayor medida de vulneración de derechos del tipo “víctima-testigo de VIF” (cerca del 46%). Respecto del Número de hijos no hay diferencias significativas, tampoco una tendencia porcentual al respecto.

- Respecto de las características del **entorno habitacional**, se puede que no existen diferencias significativas en los tipos de vulneración de derecho, aunque se puede agregar que aquellos adultos que habitan su vivienda por mayor tiempo, cuyas viviendas son de 51 a 60m<sup>2</sup>, y que cuentan con 4 dormitorios son quienes presentan porcentajes más altos comparativamente en la conducta de mayor gravedad en vulneración de derechos. Esta última relación (con N° de dormitorio presenta diferencias significativas y es con respecto de quienes cuentan solo con un dormitorio quienes se concentran en su totalidad en conductas “de negligencia menor a moderada”

- Por otra parte, respecto de algunas características del **entorno comunitario**, no se encontró diferencias significativas entre estas situaciones con tipo de vulneración de derechos, aunque la tendencia indica mayoría porcentual en “negligencia moderada”, seguida de víctima o testigo de VIF, el único caso que presenta mayor porcentaje en vulneración de “mayor gravedad refiere a aquellos que reconocen presencia de “VIF” en el barrio (20%), incluso quienes afirman que “no” existen estos problemas en el barrio también representan cerca del 20% en este tipo de vulneración.



Por lo mismo no se puede concluir que estos tipos de escenarios del entorno sea un factor predictor respecto de una mayor o menor intensidad en la conducta vulneración hacia NNA en este grupo estudiado

Otro factor de importancia sociocultural dice relación con la vivencia de maltrato en la infancia el 65% que declara esta experiencia, son estos quienes presentan mayoría porcentual (19.5%) en las situaciones maltrato físico y psicológico hacia sus NNA versus el 4.3% de quienes no fueron víctimas de violencia en su infancia, no obstante, estas diferencias no son significativas. Tampoco se encontró diferencias con las experiencias de “conflictos con la justicia”, en este caso son aquellos que afirman no tener antecedentes de este tipo quienes presentan mayor proporción de casos en situaciones de vulneración de derechos más graves (maltrato físico y psicológico).

Describir la percepción del adulto responsable de NNA de la relación con el núcleo familiar y otros factores relacionados con el apoyo social se consideró necesario para dimensionar su posible impacto en la conducta de vulneración de derechos y relación con otros factores que potencien dicha conducta. Esta información que fue abordada tanto en el período anterior al ingreso al Programa, como también en el momento de la entrevista como una forma de explorar impacto de la pandemia por COVID-19.

En cuanto a la Percepción del **Funcionamiento familiar** se encontró en general, una valoración a nivel moderada a positiva de la dinámica familiar, con un promedio global de 3.6( $\pm$ 1.6) de un máximo de 5, tanto para el período anterior al ingreso al programa como durante la entrevista. Los aspectos de menor satisfacción (inferior a 3) fueron “Las decisiones importantes se tomaban en conjunto con toda la familia”(2.7) y “Ante una situación familiar difícil, éramos capaces de buscar ayuda en otras personas”(2.7) los cuales experimentan una mínima variación para el momento “actual” (de  $\pm$ 0.1 punto); por otra parte, los aspectos mejor valorados fueron “Nos expresábamos sin insinuaciones, de forma clara y directa”, “Cuando alguno de la familia tenía un problema, los demás lo ayudaba”, “Las costumbres familiares se podían modificar ante determinadas situaciones y “Podíamos conversar sin temor” con promedios igual o levemente superior a 4.0.

De acuerdo a Las respuestas entregadas por este grupo y contrastadas con las categorías de evaluación del funcionamiento familiar (baremo), evidencia que la mayoría de estas familias presentaba un funcionamiento moderado (34%) a Funcional (39%) no obstante un 26.6% evidenciaba algún grado de disfuncionalidad en su funcionamiento, esta última situación disminuye para el período actual y refleja sólo a un 20.3% del grupo total. Lo anterior discrepa de lo encontrado en el estudio de Greve C, (2014) y Contreras et al. (2018) quienes destacan la presencia de disfuncionalidad e importantes conflictos entre las figuras parentales en la dinámica diaria del hogar “lo que puede impactar negativamente en los NNA, sumado con escasos espacios de recreación y lúdicos entre ellos”.

Por otra parte y para complementar la medición anterior , se evaluó la **Insatisfacción con el funcionamiento Familiar** (utilizando la escala de Feetham( 1982), cuyos resultados indican una tendencia algo diferente a lo anterior, el promedio de las respuestas refleja insatisfacción familiar , dado que 10 de los 13 aspectos evaluados no superan los 3.8 puntos (de un máximo de 7) cuando se les pregunta por “cuanto era”, insatisfacción se evidencia mucho más cuando se contrasta con lo que ellas/os consideraban que “debería ser” para cada una de estas situaciones y para ese mismo momento (anterior al ingreso al Programa) En este caso, la mayoría de estos experimenta cambios



en al menos 1 a 2,5 puntos según debe mejorar o disminuir, (diferencias que fueron significativas según la prueba t de student.,  $t=7,174$ ;  $sig<0,001$ ). Los aspectos fueron: “desacuerdos con el/la cónyuge/pareja” (-2.5), “ayuda de parientes” (+1.8) “apoyo de amigos y parientes” (+1.9), “ayuda de cónyuge/pareja” (1.5) y “apoyo emocional de la pareja” (+1.3), además del “tiempo dedicado al ocio” (1.6). Greve C, (2014) y Contreras et al. (2018) quienes destacan la presencia de disfuncionalidad e importantes conflictos entre las figuras parentales en la dinámica diaria del hogar “lo que puede impactar negativamente en los NNA, sumado con escasos espacios de recreación y lúdicos entre ellos”

Lo anterior se condice con los hallazgos de la Encuesta Longitudinal Primera Infancia (ELPI) (2017) donde el 75,8% de las adultas responsables(solo madres), no contaban con red familiar social de apoyo para la crianza; Greve (2014) por su parte, plantea que las familias donde se presenta algún tipo de vulneración de derechos (como maltrato físico), perciben menos apoyo socioemocional (apoyo familiar o de figura más cercana), agrega que estos padres muestran menos satisfacción con la crianza, y según lo concluido por Barcelata y Alvarez (2005) uno de los desencadenadores del ciclo de la violencia infantil es por el tipo de crisis asociada a una dinámica familiar disfuncional.

En cuanto a la **percepción del Apoyo social** los resultados dan cuenta de una percepción global de moderada a baja ( $4.15\pm 1.76$ ) de un máximo de 7, siendo menor en la dimensión “apoyo de amigos” ( $3.51\pm 2.64$ ) y mayor en “apoyo de otros significativos” ( $4.71 \pm 2.18$ ): promedios que, a su vez, reflejan una percepción menos favorable en la actualidad respecto de lo que ocurría antes de ingresar al programa, tanto en lo global, como en cada una de las dimensiones, aunque estas diferencias entre el antes y después no son significativas en ninguno de los casos mencionados (t de Student).

**La dimensión Apoyo Social de Personas Significativas es la que presenta valoración más positiva en los adultos**, antes de ingresar al programa percibían mayor apoyo social (5.05), sobre el 50% evaluó con nota 7 cada indicador consultado (medias de 4.5 a 5.4), evaluaciones que disminuyen para el período actual (4.71); el indicador que experimentó mayor variación dice relación con “había una persona que siempre estaba cerca cuando estaba en una situación difícil” (de 62.5% a 48.4%), aunque los promedios igual se mantienen sobre 4.5 en todos los casos (Contrario a lo anterior, la **Dimensión Apoyo Social de Amigos**, es la que presenta una valoración más negativa para ambos periodos con una media de 3.7 antes del programa y de 3.5 al momento de la entrevista), cerca del 50% califica con puntaje 1 (de 7) todos los indicadores evaluados, en particular los aspectos “Mis amigos realmente trataban de ayudarme”, “Podía contar con mis amigos cuando las cosas iban mal”. En cuanto a la dimensión de **Apoyo Social de la Familia**, es la que presenta promedios intermedios y para ambos momentos de la medición ( $4.23\pm 2.4$ ); El aspecto con mayor valoración (en ambos momentos) es “Mi familia realmente intentaba ayudarme” el cual es calificado con puntaje de 7 por cerca del 50% de las personas consultadas, de igual forma existe cerca de un 30% que lo califica con puntaje 1. El resto de los indicadores (tres) obtienen porcentajes similares (cercanos al 40%) de valoración positiva (7) y valoración negativa (1).

Estos resultados de apoyo social, se relaciona con el estudio de Contreras et al. (2018) que identifica a las familias con conducta de vulneración de derechos de NNA, una relativa precariedad en las relaciones sociales con familiares y amigos generando menor recurso social disponible,, así mismo Medina et al, 2004 citando a Belsky, 1980 y Garbarino, 1977, indica “que el aislamiento social de las familias de fuentes potenciales de apoyo, es un elemento central en la explicación del maltrato



infantil”. Por otra parte, es necesario considerar que las variaciones de dichos resultados, pueden estar intensificados por las medidas de confinamiento producto del Covid-19 establecidas al momento de la entrevista, lo que provoco lejanía de personas del mismo núcleo familiar y/o amigos.

#### **4) Establecer la relación de los problemas de salud mental y la percepción de apoyo social respecto de los tipos de vulneración de derechos de niños/as y adolescentes por parte de adultos responsables que participan en un Programa de Protección en la provincia de Concepción.**

Respecto de los problemas de salud de los entrevistados y su relación con el tipo de vulneración de derechos que ejercen hacia sus hijos, los adultos que presentan algún problema de salud física diagnosticado son quienes representan mayor proporción en la conducta de mayor vulneración “maltrato físico y/o psicológico”. Situación que no ocurre al comparar por diagnóstico en salud mental de los adultos entrevistados.

Por otra parte, respecto a la presencia de síntomas de salud mental en los adultos estudiados y su conducta de vulneración de derechos hacia NNA, tampoco se encontró diferencias significativas, no obstante, quienes presentan síntomas de **Depresión, Ansiedad y Estrés de nivel moderado son quienes presentan los porcentajes más altos en las conductas de mayor vulneración de derechos en NNA (cerca del 25%) comparativamente con los otros niveles (ausencia o extrema)**. Por tanto, los adultos que presentan mayores indicadores de problemas de salud mental asociados a estrés, depresión y ansiedad severo o extremo no son quienes ejercen la conducta mayor gravedad de vulneración de derechos hacia NNA, sino que están asociada mayoritariamente a conducta de negligencia leve a moderada o sus hijos han sido víctima o testigos de VIF. Estos síntomas de salud mental están presentes en los adultos responsables y tratarlos es importante para avanzar en una buena salud mental y así favorecer el buen trato en NNA (Barudy 2005).

Respecto del consumo de alcohol o sustancias, el estudio determina la tendencia que quienes consumen alcohol son quienes ejercen la conducta de vulneración como “Víctima de Maltrato físico y/o psicológico”, situación opuesta ocurre respecto del consumo de marihuana quienes no consumen marihuana son quienes ejercen este tipo de conducta de mayor gravedad y quienes consumen, ejercen una conducta de vulneración asociada a testigo/víctima de VIF. Cabe mencionar que según la OMS (2000) el consumo de sustancias, principalmente el alcohol, está asociado a la conducta violenta de los adultos y su relación con la ejecución de algún tipo de vulneración de derechos. Finalmente, señalar que aun cuando no se encontró relación significativa y directa entre la presencia de síntomas de salud mental, la percepción del funcionamiento familiar y del apoyo social de los adultos responsables con los tipos de conducta de vulneración de derechos, el estudio determina la existencia de relación significativa entre los factores personales, familiares y del contexto social-cultural como es el caso de la percepción de apoyo social y funcionamiento familiar entre sí y con la escolaridad e ingresos; Una relación significativa e inversa entre la percepción del funcionamiento familiar y los problemas de salud mental en general y a nivel de las dimensiones de depresión, ansiedad y estrés es decir, mientras menor la percepción de apoyo o satisfacción familiar mayor es la presencia de estos síntomas de problemas de salud mental, situación que se acerca a lo señalado en el estudio de Pérez y Santelices (2016), que refiere la existencia de correlación ente las dimensiones del funcionamiento familiar(interacciones familiares) y la presencia de indicadores de salud mental de los padres/madres, concluyendo que en la medida que en que los vínculos e interacciones familiares sean adecuadas, hay mayor presencia de bienestar infantil.



## CONCLUSIÓN Y REFLEXIÓN GENERAL

La OMS (2000) afirma que el maltrato hacia NNA es el resultado de una compleja combinación de factores personales, culturales y sociales. El presente estudio -utilizando el enfoque ecológico de Urie Brofenbrenner (1979)- muestra la presencia de factores que rodean estas conductas en diferentes espacios o niveles que interactúan entre sí y que influye en el adulto; dentro del nivel personal (microsistema) se observa la presencia de factores de salud mental, las experiencias adversas en la infancia, la escolaridad, la edad, la situación civil, la monoparentalidad, el consumo de alcohol; En el nivel familiar (mesosistema) se observa la mirada que estos adultos/as tienen de su familia expresada en niveles de satisfacción con el funcionamiento familiar; En el nivel de la comunidad (exosistema), se encuentra el apoyo social percibido por el adulto, los factores del entorno como el desempleo, vecindario; y, por último, la Sociedad (Macrosistema), asociada a las pautas culturales aprendidas a nivel macro tal como la educación, salud, laboral.

Lo anterior, son factores visibles que interactúan con la conducta de vulneración hacia NNA, y que de no desarrollarse de manera adecuada o positiva desfavorece la habilidad parental por parte de estos adultos, dentro de ello la posibilidad de no lograr responder a las necesidades de sus hijos/as (Febbraio, 2015) y/o generar expectativas irreales hacia el hijo/a (Barcelata y Álvarez, 2005).

Se concluye que los adultos entrevistados que perciben como positivo el apoyo social también perciben de la misma manera su funcionamiento familiar y satisfacción con el mismo, siendo un factor protector para su salud mental, presentando menores indicadores de depresión, ansiedad y estrés, pero también sucede lo contrario, mientras menor es el apoyo social menor es la satisfacción con el funcionamiento familiar y mayor es la presencia de indicadores de problemas de salud mental, según el estudio de Moreno(2004) la falta de apoyo social se identifica como uno de los factores de relevancia en la vulneración de derechos hacia los NNA.

Se establece que estos factores presentes en cada nivel interactúan entre sí, y de acuerdo al modelo ecológico, que describe la relevancia de que estos sistemas estén interconectados entre sí y que son mutuamente influyentes, como lo cita Pinheiro (2011), es fundamental no solo observarlos sino además considerarlos para establecer como están influyendo en los adultos responsables de NNA, tanto en su bienestar personal, familiar y por ende en los niños/as. Son factores que colaboran en el desarrollo del microsistema familiar, espacio más íntimo y privado de los adultos y que de no ser favorable, se presente la posibilidad de que se generen o gatillen conductas de malos tratos, y así, la posibilidad de aumentar ambientes violentos y conflictivos (Barudy y Dantagnan, 2010; Medina et al., 2004), lo que se relaciona con la presencia de indicadores de salud mental (estrés y depresión) en los padres (Pérez y Santelices, 2016).

Lo ambientes familiares violentos genera consecuencias a corto, mediano y largo plazo en los NNA (OPS2003, OMS2000), tanto en el área personal, como de desarrollo psicococial (Gardner et al. (2019), Holmes (2013), Nemeroff (2016) citado en Contreras et al. (2016)), uno de ellos, es la manera en cómo los NNA se pueden relacionar o socializar a futuro, ya que desde la infancia estos NNA relacionan la figura del hogar con el sufrimiento, pudiendo establecer un patrón repetitivo para su vida y sus interrelaciones (ONU, 2016), y que los graves daños de los malos tratos, no es solo el sufrimiento y el deterioro de desarrollo infantil, son que también su repetición y utilizar los métodos violentos a lo largo de sus vidas (Barudy y Dantagnan, 2010).



Como lo estable contreras et al. (2018) la violencia es un problema mundial, de salud y que un solo factor por sí solo no la genera, sino que son factores que se desarrollan en la interacción entre los sistemas (desde el modelo ecológico) que favorece la conducta o los espacios de violencia (OPS, 2003), y que repercute a nivel familiar, pues allí, se está expuesto a los riesgos que genera esta violencia favorecida por tales factores personales, socio-ambientales (pinherio, 2011).

Por tanto, es fundamental trabajar desde los factores protectores, para que estos favorezcan una mejor interrelación entre estos niveles de interacción que plantea el modelo ecológico, esto es, entre las personas en desarrollo con en el ambiente tanto familiar, laboral, comunitario como con la sociedad en general, desarrollando relaciones sanas, de respeto y fuera del uso de la violencia, pero también, importante es disminuir los factores de riesgos ya existentes, como la relación de la violencia social, familiar con los factores adversos como desigualdades, la precariedad del empleo, la exclusión social entre otras (Bronfenbrenner, 2022 citado en Barudy y Dagtagnan (2010), Contreras et al. (2018)). Importante también es continuar generando evidencia científica que permita aportar a visualizar otros factores influyentes y a mejorar políticas a nivel macro, de salud, laboral, educación, de igualdad en materia de protección social, pues, según Barudy y Dagtagnan (2010) la colaboración social evita el sufrimiento de NNA y la vulneración de sus derechos, debiendo como sistema social mostrar interés real por el fenómeno de la violencia y sus consecuencias, traduciéndose en una mejora en la ejecución de los planes y programas de intervención atinentes a esta problemática.

## LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Los resultados expuestos permiten tener una visión global de la realidad que se presenta en la población actual que participa en un programa de protección por vulneración de derechos de NNA, de los resultados observados al relacionar las variables personales, familiares, del entorno y de salud mental con la conducta de vulneración de derechos, sin embargo existen limitaciones que no permiten afirmar que estos factores son predictores de dichas conductas de vulneración por varias razones y que vienen a representar limitaciones del presente estudios.

En primer lugar, el tamaño de la población estudiada, que aun cuando se intencionó trabajar con el 100% de los casos, finalmente se logró acceder al 86% de ellos, de igual manera ello no fue suficiente para poder “discriminar” de forma adecuada en algunas variables con categorías subrepresentadas, lo mismo ocurrió respecto de la diferenciación por tipo de vulneración de derecho.

Otro factor limitante fue el trabajar con una muestra que sólo representara la presencia de la conducta de vulneración de derecho y no comparar con padres/madres que no presentaran dicha conducta, o que participaran en otros programas que intervienen en casos de vulneración de derechos de mayor gravedad, sin embargo, esta situación fue evaluada y descartada dada las condiciones de accesibilidad a la muestra por temas de confinamiento a raíz de la pandemia por Covid-19.

Esto último también se considera un factor interviniente que puede haber afectado la precisión de las respuestas respecto del tiempo que interesaba (antes de ingresar al programa y por tanto antes que apareciera la pandemia por el virus Sars cov 2).



## X. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- Arancibia, Marcelo y Rojo, Alejandra. (2021). COVID-19 y consumo de sustancias: revisión narrativa de la evidencia disponible. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 59 (2), 142-151. <https://dx.doi.org/10.4067/s0717-92272021000200142>
- Bandura, A., & Ribes Lñesta, E. (1975). *Modificación de la conducta.: Análisis de la agresión y la delincuencia*. Trillas.
- Barcelata, B. y Alvarez, I. (2005). Patrones de interacción familiar de madres y padres generadores de violencia y maltrato infantil. *Acta colombiana de psicología*, 8(1), 35-46. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0123-91552005000100003](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552005000100003)
- Barudy, J. y Dantagnan, M. (2005). *Los buenos tratos a la infancia*. Barcelona: Gedisa
- Barudy, J. (1998). *El Dolor Invisible de la Infancia: Una lectura ecosistémica del maltrato Infantil*. Barcelona: Paidós.
- Barudy, J. y Dantagnan, M. (2010). *Los desafíos invisibles de ser madre o padre*. Barcelona: Gedisa
- Bronfenbrenner, U. (1979). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Ediciones Paidós.
- Celis-Morales, Carlos, & Nazar, Gabriela. (2022). Cambios en la prevalencia de depresión en Chile y el mundo debido a la pandemia por COVID-19. *Revista médica de Chile*, 150(5), 691-692. <https://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872022000500691>
- Cillero, M., Lathrop, F., y Berrios, G. (2018). Situación actual de los derechos de las niñas, niños y adolescentes en Chile. *Anuario de Derechos Humanos*, (14), 15-31. doi:10.5354/0718-2279.2018.51511
- Contreras, L., Paulsen, C. y Gómez, E. (2018). Graves vulneraciones de derechos en la infancia y adolescencia: variables de funcionamiento familiar. *Universitas Psychologica*, 17(3), 1-13. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy17-3.gvdi>
- Contreras, M. (2006). *Principales Modelos Para la Intervención de Trabajo Social del individuo y familia*. Ediciones Universidad Tecnológica Metropolitana.
- Dagnino, P., Ugarte, M., Morales, F., González, S., Saralegui D. y Ehrental, J. (2020). Risk Factors for Adult Depression: Adverse Childhood Experiences and Personality Functioning [Factores de riesgo de depresión en adultos: Experiencias adversas en la infancia y funcionamiento de la personalidad]. *Revista Fronteras en psicología*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.594698>
- Decreto supremo N° 873, Aprueba Convención Americana Sobre Derechos Humanos, Denominada "Pacto de San José de Costa Rica". *Diario Oficial*, 5 de enero de 1991.
- Emanuel, E. (2003). ¿Qué hace que la investigación clínica sea ética? Siete requisitos éticos. (F.L., A.Q.). *Pautas Éticas de Investigación en Sujetos Humanos: Nuevas Perspectivas*.
- Febbraio, A. (2015). La evaluación psicológica de las fallas en las competencias parentales en padres maltratadores. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 19 (1), 93-108. [Fecha de consulta 23 de marzo de 2021]. ISSN: 1666-244x. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=339641097006>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2020). *Niños, Niñas y Adolescentes en Chile. Infancia en cifras*. <https://www.unicef.org/chile/informes/ninos-ninas-y-adolescentes->



en-chile-2020

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2000). Maltrato Infantil en Chile. Recuperado de [https://www.unicef.cl/archivos\\_documento/18/Cartilla%20Maltrato%20infantil.pdf](https://www.unicef.cl/archivos_documento/18/Cartilla%20Maltrato%20infantil.pdf)

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2015). Los derechos de los niños, una orientación y un límite, N° 4 “Definiciones conceptuales para un sistema integral de protección a la infancia”. Recuperado de [https://www.unicef.org/chile/media/1246/file/definiciones\\_conceptuales.pdf](https://www.unicef.org/chile/media/1246/file/definiciones_conceptuales.pdf)

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2015). Convención sobre los Derechos del Niño. Recuperado en [https://www.unicef.org/chile/media/3176/file/convencion\\_sobre\\_los\\_derechos\\_del\\_ni\\_no.pdf](https://www.unicef.org/chile/media/3176/file/convencion_sobre_los_derechos_del_ni_no.pdf)

Fuentes A., Merino J. (2016). Validación de un Instrumento de Funcionalidad Familiar. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UC BSP*, 14(2), 247-283. Recuperado en 07 de mayo de 2023, de [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2077-21612016000200003&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612016000200003&lng=es&tlng=es).

Gardner, M. J., Thomas, H. J., y Erskine, H. E. (2019). The association between five forms of child maltreatment and depressive and anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis [La asociación entre cinco formas de maltrato infantil y trastornos depresivos y de ansiedad: Una revisión sistemática y un metanálisis]. *Child Abuse & Neglect*, 96, 104082. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104082>

Ger, S., y Sallés, C. (2011). Las competencias parentales en la familia contemporánea: descripción, promoción y evaluación. *Educación social. Revista de intervención socioeducativa*, 49, 25-47.

Greve, C. (2014). Patrones de interacción en familias que maltratan físicamente a los niños y niñas en el contexto de la crianza parental. Disponible en <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/145064>

Gómez et al. (2010). Previendo el maltrato infantil: descripción psicosocial de usuarios de programas de intervención breve en Chile. *Universitas Psychologica*, 9 (3), 823-839. Recuperado el 07 de mayo de 2023, de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-92672010000300017&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672010000300017&lng=en&tlng=es).

Haz, M. (1997). Menores Víctimas de Maltrato Físico: Un Estudio sobre Prevalencia y Factores de Riesgo en 1.000 Familias Chilenas. *Psykhé*, 6(1). <https://doi.org/10.7764/psykhe.v6i1.20287>

Holmes, M. (2013). Aggressive behavior of children exposed to intimate partner violence: an examination of maternal mental health, maternal warmth and child maltreatment [Comportamiento agresivo de los niños expuestos a la violencia de la pareja íntima: un examen de la salud mental materna, la calidez materna y el maltrato infantil]. *Child Abuse & Neglect* 37(8), 520–530. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.12.006>

Ley 20032 Establece Sistema de Atención a la Niñez y Adolescencia a través de la red de Colaboradores del Sename, y su Régimen de Subvención. Diario oficial de la República. <http://bcn.cl/2k2c5>



Ley 21140 Modifica la Ley n° 20.032, que establece Sistema de Atención a la Niñez y Adolescencia a través de la Red de Colaboradores del Sename, y su Régimen de Subvención y el decreto ley n° 2.465, del año 1979, del Ministerio de justicia, que crea el Servicio Nacional de Menores y fija el texto de su ley orgánica. <http://bcn.cl/2kqbk>

Ley 21032 Crea el Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia y Modifica Normas Legales que Indica. Diario oficial de la República, 01 de octubre de 2021. <http://bcn.cl/2n1dz>.

Mathiesen, M. E. (1989). Modernidad y funcionamiento familiar en la provincia de Concepción. *Revista de Sociología*, 4, 31-46.

Matrángolo et al. (2022). Evidencia de validez de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (EMASP) en población adulta Argentina. *CES Psicología*, 15 (1), 163-181. Epub 24 de mayo de 2022. <https://doi.org/10.21615/cesp.6009>

Mayorga-Muñoz, Cecilia, Gallardo-Peralta, Lorena y Galvez-Nieto, José Luis. (2019). Propiedades psicométricas de la escala APGAR-familiar en personas mayores residentes en zonas rurales multiétnicas chilenas. *Revista médica de Chile*, 147 (10), 1283-1290. <https://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872019001001283>

Medina, P., Aracena, M., y Bilbao, M. (2004). Maltrato Físico Infantil y Apoyo Social: Un Estudio Descriptivo - Comparativo Entre Maltratadores Físicos y No Maltratadores de la Ciudad de Temuco. *Psyche (Santiago)*, 13(1), 175-189. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-22282004000100014>

Ministerio de Desarrollo Social y Familia (2017). *3ª Encuesta Longitudinal de Primera Infancia(ELPI)*. [http://www.creciendoconderechos.gob.cl/docs/ELPI-PRES\\_Resultados\\_2017.pdf](http://www.creciendoconderechos.gob.cl/docs/ELPI-PRES_Resultados_2017.pdf)

Ministerio de Desarrollo Social (2017) Encuesta de caracterización socioeconómica nacional(CASEN). <http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/encuesta-casen-2017>

Ministerio Público de Chile(s.f). Glosario. Recuperado en <http://www.fiscaliadechile.cl/Fiscalia/utilitarios/glosario.jsp>

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011). Maltrato Infantil en la Familia en España. Informe del Centro Reina Sofía. *Observatorio de la Infancia en Andalucía*. Recuperado de [https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/documentos\\_ficha.aspx?id=3688](https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/documentos_ficha.aspx?id=3688)

Ministro Secretaría General de la Presidencia (2016). Política Nacional de Niñez y Adolescencia 2015-2025. Consejo de la Infancia, Chile.

Morelato, Gabriela. (2011). Resiliencia en el maltrato infantil: Aportes para comprender los factores significativos en el proceso desde un modelo ecológico. *Revista de Psicología (PUCP)*, 29 (2), 203-224. Recuperado en 20 de mayo de 2023, de [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0254-92472011000200001&lng=es&tlng=en](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0254-92472011000200001&lng=es&tlng=en).

Moreno, (2004). Maltrato Infantil: Análisis diferencial entre el abandono físico y el emocional. *Psicología y Salud*. Vol. 14 Núm. 2. <https://doi.org/10.25009/pys.v14i2.843>



- Mouesca, P., (2015). Prevención del maltrato infantil: función del pediatra. 1ra parte: Aspectos generales, evidencia, factores de riesgo, factores protectores y desencadenantes. Archivos Argentinos de Pediatría, 113(6). <https://doi.org/10.5546/aap.2015.558>
- Naciones Unidas (2016). La violencia contra los niños en todos los contextos. Hacia un Mundo Libre de Violencia (pp. 28-49). <https://doi.org/10.18356/07b59b84-es>
- Organización Mundial de la Salud (1998). *Seguridad y promoción de la seguridad: Aspectos conceptuales y operacionales*. Recuperado de [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/801\\_MonographieEspagnol.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/801_MonographieEspagnol.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (2000). *Prevención de la Violencia y los Traumatismos. Informe de la Reunión Consultiva sobre el Maltrato de Menores, 29-31 de marzo de 1999, OMS, Ginebra, Suiza*. Recuperado de [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66734/WHO\\_HSC\\_PVI\\_99.1\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66734/WHO_HSC_PVI_99.1_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Organización Mundial de la Salud (2002). Informe mundial sobre la violencia y la salud. Ginebra, Suiza. Recuperado [de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67411/a77102\\_spa.pdf;jsessionid=87BF82FE5CE49A9A2AA0F564B852B673?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67411/a77102_spa.pdf;jsessionid=87BF82FE5CE49A9A2AA0F564B852B673?sequence=1)
- Organización Mundial de la Salud. (2011). La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST). Manual para uso en la atención primaria. Organización Mundial de la Salud. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (2022). Recuperado de <https://www.paho.org/es/noticias/2-3-2022-pandemia-por-covid-19-provoca-aumento-25-prevalencia-ansiedad-depresion-todo>
- Organización Mundial de la Salud (2022). *Alcohol. Cifras y Datos*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
- Organización Mundial de la Salud (2022). *Maltrato Infantil*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
- Organización Panamericana de la Salud (2003). *Informe Mundial sobre la violencia y la salud*. Recuperado de <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/725/9275315884.pdf>
- Ortega Veitía, Teresa, Cuesta Freijomil, Dolores de la, & Días Retureta, Caridad. (1999). Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales. *Revista Cubana de Enfermería*, 15(3), 164-168. Recuperado en 29 de abril de 2023, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03191999000300005&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03191999000300005&lng=es&tlng=es).
- Papalia, D. y Wendkos, S. (1997). Desarrollo humano. México: Mc Graw-Hill.
- Pinheiro, P. (2011) informe mundial sobre la violencia contra los niños y niñas. [https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/documentos\\_ficha.aspx?id=2954](https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/documentos_ficha.aspx?id=2954)
- Pérez, F., & Santelices, M. (2016). Sintomatología depresiva, estrés parental y funcionamiento familiar. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 25(3), 235-244.



- Pinto et al.(2014). Propiedades psicométricas de la escala de apoyo social percibido de Zimet en personas mayores de Atención Primaria de Salud. *Index de Enfermería*, 23(1-2), 85-89. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000100018>
- Recomendación del Consejo de Europa REC (2006) 19 sobre la política de apoyo a la crianza positiva, *Child Rights International Network*. <https://archive.crin.org/en/library/legal-database/council-europe-recommendation-rec200619-policy-support-positive-parenting.html>
- Roberts, C. & Feetham, S. (1982). Assessing family functioning across three areas of relationship. *Nursing Research*, 31(4), 231-235
- Rodrigo, M., Martín, J., Cabrera, E., y Máiquez, M. (2009). Las Competencias Parentales en Contextos de Riesgo Psicosocial. *Psychosocial Intervention*, 18(2), 113-120. Recuperado en 07 de mayo de 2021, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-05592009000200003&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592009000200003&lng=es&tlng=es).
- Romero-González, M., Marín, E., Guzmán-Parra, J., Navas, P., Aguilar, J. M., Lara, J. P., & Barbancho, M. Á. (2021). Relación entre estrés y malestar psicológico de los padres y problemas emocionales y conductuales en niños preescolares con trastorno del espectro autista [10.1016/j.anpedi.2020.03.012]. *Anales de Pediatría*, 94(2), 99-106. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.03.012>
- Salinas, M. (2004). El concepto de seguridad ciudadana y su situación en Chile. <http://ppd.cl/wp-content/uploads/2018/05/El-concepto-de-seguridad-ciudadana.-Mauricio-Salinas-2004.pdf>
- Sampson, R., Morenoff, J., Gannon-Rowley, T. (2002), "Assesing 'neighborhood effects': social processes and nex directions in research". *Annual Review of Sociology*, Nº 28, pp. 443-478.
- Sandín, B. (2003). El estrés: Un análisis basado en el papel de los factores sociales: *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3(1),141-157. [fecha de consulta 04 de mayo de 2021]. ISSN:1697-2600. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33730109>
- Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos (1990). Protocolo Adicional a la Convención Americana Sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, "Protocolo de San Salvador". (Actualmente en Chile se encuentra en Trámite finalización en Cámara de Origen (C. Diputados); Oficio de ley al Ejecutivo.).
- Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (2021). Segunda encuesta online efectos del COVID-19 en el uso de alcohol y otras drogas en Chile 2021. Recuperado en <https://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2021/06/Segunda-Encuesta-SENDA.pdf>
- Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (2021). Décimo Cuarto Estudio Nacional de Drogas en Población General, 2020. Recuperado en <https://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2022/01/Estudio-PG2020.pdf>
- Soto-Brandt, G., Portilla Huidobro, R., Huepe Artigas, D., Rivera-Rei, Á., Josefina Escobar, M., Salas Guzmán, N., Canales-Johnson, A., Ibáñez, A., Martínez Guzmán, C., & Castillo-Carniglia, Á.



(2014). Evidencia de validez en Chile del Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). *Adicciones*, 26(4), 291. <https://doi.org/10.20882/adicciones.27>

Vicente, Benjamín, Saldivia, Sandra y Pihán, Rolando. (2016). Prevalencias y brechas hoy: salud mental mañana. *Acta bioethica*, 22 (1), 51-61. <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2016000100006>

Vizcarra, M., Cortés, J., Bustos, L., Alarcón, M., y Muñoz, S. (2001). Maltrato infantil en la ciudad de Temuco: Estudio de prevalencia y factores asociados. *Revista médica de Chile*, 129(12), 1425-1432. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872001001200008>

Viscarret, J., (2014). *Modelos y Métodos de intervención en Trabajo Social*. Madrid

Zimet, G. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*: 52(1): 30-41.



## XI ANEXOS

### ANEXO Nº1 INSTRUMENTO DE ENCUESTA

**Folio:**

VULNERACIÓN DE DERECHOS A NIÑOS/AS Y ADOLESCENTES. UN ESTUDIO DE FACTORES PERSONALES Y SOCIALES PRESENTES EN ADULTAS/OS QUE PARTICIPAN EN UN PROGRAMA DE PROTECCIÓN.

Estimado adulto(a)

Junto con saludarlo, informo que la presente investigación tiene el propósito de Profundizar sobre los factores socio-ambientales, familiares y de salud física y mental que rodean a los adultos responsables y su nivel de relación en la vulneración de derechos de Niños, Niñas y Adolescentes que están bajo su protección.

Por lo anterior, solicito que puedan colaborar y responder el siguiente cuestionario y entrevista, cuyas respuestas son totalmente confidenciales y los resultados que arroje se visualizarán por la totalidad de los entrevistados.

Agradezco su colaboración, ya que es fundamental para optar al grado de Magister en Trabajo Social y Políticas Sociales.

Isabel Torres N./Teléfono: 975541869/Correo electrónico: isabeltorres@udec.cl

#### I. ANTECEDENTES GENERALES

##### A. ANTECEDENTES PERSONALES

1. Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_
2. Sexo \_\_\_\_\_
3. Estado Civil \_\_\_\_\_
4. Tiene pareja actual (Relación de convivencia). Y Situación civil con esta pareja.  
\_\_\_\_\_
5. Cuánto tiempo mantiene esta relación de pareja? (indicar en meses o años y meses)
6. Escolaridad (último curso aprobado) \_\_\_\_\_
7. Y Cuál era su Actividad Laboral ANTES de ingresar al Programa? \_\_\_\_\_
- 8.- Cuál es su actividad actual? \_\_\_\_\_
9. ¿Cuál es su ingreso mensual por su actividad actual? \_\_\_\_\_
10. Este ingreso actual es mayor o menor a su ingreso por la Actividad realizada Antes de ingresar al Programa  
\_\_\_\_\_
11. Recibe ingreso por otras actividades. Precisar respuesta, ¿cuáles actividades y cuanto ingreso adicional?  
\_\_\_\_\_
12. Diría que su situación económica Actual es mejor o peor que su situación económica anterior al ingreso a este programa? \_\_\_\_\_

##### B. ANTECEDENTES FAMILIARES

13. ¿Cuántos hijos tiene?	14. ¿Qué Edad tiene sus hijo(s)	15. El nacimiento de sus hijos(a) fue planificado?
Hijo 1		Sí _____ No _____
Hijo 2		
Hijo 3		
Hijo 4		
Hijo 5		
Hijo 6		

16. Cuántas personas componen su grupo Familiar actual? \_\_\_\_\_. Indique si esto ha aumentado o disminuido en los últimos 2 años \_\_\_\_\_

17.-En la actualidad, Quienes componen su grupo Familiar. Nombrarlos.

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_



3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_

18.- ¿Algunos de sus hijos tiene necesidades especiales diagnosticadas (Trastornos graves del desarrollo/de la comunicación/ de la conducta; Discapacidad visual/intelectual/auditiva/física; Trastorno del espectro autista.

	Necesidad Especial Diagnosticada
Hijo 1	
Hijo 2	
Hijo 3	
Hijo 4	
Hijo 5	
Hijo 6	

### C. HABITABILIDAD

19.- ¿Cuánto tiempo lleva viviendo en su actual vivienda? \_\_\_\_\_

20. ¿De quién es la vivienda que habita en la actualidad?

- 1.-Propia Pagada
- 2.-Propia y se está pagando
- 3.-Arrendada
- 4.-Cedida
- 5.-Allegados
- 6.-Otra

21.-Tamaño de la vivienda (m2) \_\_\_\_\_

22.- ¿Cuántos dormitorios tiene su vivienda? \_\_\_\_\_

23. ¿Existe situaciones de violencia de cualquier tipo en el barrio donde vive, Cuáles?

- 1.- \_\_\_\_ Asaltos a personas y/o viviendas
- 2.- \_\_\_\_ Homicidios
- 3.- \_\_\_\_ Riñas
- 4.- \_\_\_\_ Presencia y uso de armas
- 5.- \_\_\_\_ Presencia de consumo y tráfico de drogas
- 6.- \_\_\_\_ Otras
- 7.- \_\_\_\_ No existen situaciones de violencia

24.- Respecto de la pregunta anterior, si contesta la opción Otra ¿Cuál es la situación de violencia? \_\_\_\_\_

### PROBLEMAS DE SALUD

25.- Tiene algun problema de salud diagnosticado.

- 1.- Si \_\_\_\_\_
- 2.-NO \_\_\_\_\_

26.-¿Cuál es su diagnostico? \_\_\_\_\_

27.- Cuánto tiempo hace del diagnostico (en años) \_\_\_\_\_

28.- Se encuentra en tratamiento médico

- 1.- Si \_\_\_\_\_
- 2.-No \_\_\_\_\_

29.- ¿En que Cesfam u Hospital se encuentra en tratamiento?

- 1.- \_\_\_\_ Cesfam Penco
- 2.- \_\_\_\_ Cesfam Lirquen
- 3.- \_\_\_\_ Hospital Penco-Lirquén
- 4.- \_\_\_\_ Hospital Higueras



5.- \_\_\_\_\_ Hospital Guillermo Grant Benavente

6.- \_\_\_\_\_ No aplica

30. En su niñez, ¿Usted sufrió alguna de las siguientes situaciones de maltrato como: golpes, insultos, abandono o abuso sexual?

1.-Si: \_\_\_\_\_

2.-No: \_\_\_\_\_





12	Podía hablar de mis problemas con mis amigos								
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### III.- FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

#### 37.- Prueba de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL)

A continuación, se presenta un grupo de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Usted debe clasificar su respuesta según la frecuencia en que la situación se presente.

**Le solicito que se ubique temporalmente al inicio de este proceso de trabajo familiar con el programa.**

		C.N (1).	P.V. (2)	A.V. (3)	M.V. (4)	C.S (5)	Y HOY
1	Las decisiones importantes se tomaban en conjunto con toda la familia						
2	En mi casa predominaba la armonía						
3	En mi casa, cada uno cumplía con sus responsabilidades						
4	Las manifestaciones de cariño formaban parte de nuestra vida cotidiana.						
5	Nos expresábamos sin insinuaciones, de forma clara y directa						
6	Podíamos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.						
7	Tomábamos en consideración las experiencias de otras familias antes situaciones difíciles.						
8	Cuando alguno de la familia tenía un problema, los demás lo ayudaban.						
9	Se distribuían las tareas de forma que nadie estuviera sobrecargado						
10	Las costumbres familiares se podían modificar ante determinadas situaciones						
11	Podíamos conversar sin temor						
12	Ante una situación familiar difícil, éramos capaces de buscar ayuda en otras personas						
13	Los intereses y necesidades de cada cual eran respetados por el núcleo familiar						
14	Nos demostrábamos el cariño que nos tenemos						

#### 38.- Escala Satisfacción con el Funcionamiento Familiar de Feetham.

A continuación, se presenta un grupo de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Usted debe clasificar su respuesta según la frecuencia en que la situación se presente ahora, y la frecuencia de cuanto debería ser.

**Le solicito que se ubique temporalmente al inicio de este proceso de trabajo familiar con el programa.**

Cuánto ERA ANTES		Cuánto debería ser Ahora?	
Nunca	Siempre	Nunca	Siempre



		existe		existe...						existe...		existe				
		1	2	3	4	5	6	7		1	2	3	4	5	6	7
1	Apoyo emocional de la pareja	1	2	3	4	5	6	7		1	2	3	4	5	6	7
2	Apoyo de amigos y parientes	1	2	3	4	5	6	7		1	2	3	4	5	6	7
3	Ayuda de amigos	1	2	3	4	5	6	7		1	2	3	4	5	6	7
4	Ayuda de parientes	1	2	3	4	5	6	7		1	2	3	4	5	6	7
5	Ayuda de cónyuge/pareja	1	2	3	4	5	6	7		1	2	3	4	5	6	7
6	Desacuerdos con la cónyuge/pareja	1	2	3	4	5	6	7		1	2	3	4	5	6	7
7	Desacuerdos con el/la hijo/hija	1	2	3	4	5	6	7		1	2	3	4	5	6	7
8	Conversar con amigos, parientes	1	2	3	4	5	6	7		1	2	3	4	5	6	7
9	Tiempo dedicado a los hijos	1	2	3	4	5	6	7		1	2	3	4	5	6	7
10	Tiempo dedicado a tareas hogar	1	2	3	4	5	6	7		1	2	3	4	5	6	7
11	Tiempo dedicado a los amigos	1	2	3	4	5	6	7		1	2	3	4	5	6	7
12	Tiempo dedicado al ocio	1	2	3	4	5	6	7		1	2	3	4	5	6	7
13	Satisfacción con la familia en general	1	2	3	4	5	6	7		1	2	3	4	5	6	7

#### IV ESCALA DE DEPRESIÓN ANSIEDAD Y ESTRÉS (DASS-21),

39.- A continuación, usted encontrará algunas situaciones relacionadas a su salud física y psicológica

Por favor coloque un círculo alrededor de un número (0, 1, 2, 3) que indica en qué grado le ha ocurrido a usted esta afirmación durante la semana pasada. La escala de calificación es la siguiente:

<b>0: No me ha ocurrido</b>	<b>1: Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo</b>	<b>2: Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo</b>	<b>3: Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo.</b>
-----------------------------	--	---	--

Para responder le solicito que se ubique temporalmente antes de iniciar el proceso de trabajo familiar en este programa.

	Afirmaciones					Hoy?
1	Me costaba mucho descargar la tensión	0	1	2	3	
2	Me daba cuenta que tenía la boca seca	0	1	2	3	
3	No podía sentir ningún sentimiento positivo	0	1	2	3	
4	Se me hacía difícil respirar	0	1	2	3	
5	Se me hacía difícil tomar la iniciativa para hacer cosas	0	1	2	3	
6	Reaccionaba exageradamente en ciertas situaciones	0	1	2	3	



7	Sentía que mis manos temblaban	0	1	2	3	
8	Sentía que estaba gastando una gran cantidad de energía	0	1	2	3	
9	Estaba preocupado(a) por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo	0	1	2	3	
10	Sentía que no había nada que me ilusionara	0	1	2	3	
11	Me sentía inquieto(a)	0	1	2	3	
12	Se me hacía difícil relajarme	0	1	2	3	
13	Me sentía triste y deprimido(a)	0	1	2	3	
14	No toleraba nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo	0	1	2	3	
15	Sentía que estaba al punto de pánico	0	1	2	3	
16	No me podía entusiasmar por nada	0	1	2	3	
17	Sentía que valía muy poco como persona	0	1	2	3	
18	Tendía a sentirme enfadado(a) con facilidad	0	1	2	3	
19	Sentía los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico	0	1	2	3	
20	Tenía miedo sin razón	0	1	2	3	
21	Sentía que la vida no tenía ningún sentido	0	1	2	3	



**40.-V Detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST, por sus siglas en inglés). Le solicito que se ubique temporalmente al inicio de este proceso de trabajo familiar con el programa.**

Las siguientes preguntas se refieren a su experiencia sobre el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias a lo largo de la vida y en los últimos tres meses. Estas sustancias se pueden fumar, ingerir, inhalar o inyectar (muestre la tarjeta de respuestas).

Algunas de estas sustancias pueden ser recetadas por un médico (como las anfetaminas, los sedantes, los analgésicos). Para esta entrevista, no se registrarán las medicinas que han sido recetadas por su médico. Sin embargo, si ha tomado esas medicinas por otros motivos que los recetados, o las ha tomado más a menudo o en dosis más altas que las recetadas, dígamelo.

Aunque también nos interesa conocer las diferentes drogas ilícitas que ha consumido, pero tenga la seguridad de que esa información será estrictamente confidencial.

<b>PREGUNTA 1   A lo largo de la vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (solo las que consumió sin receta médica)</b>			
a	Tabaco	NO	SI
b	Bebidas alcohólicas	NO	SI
c	Marihuana	NO	SI
d	Cocaína	NO	SI
e	Anfetamina u otro tipo de estimulantes	NO	SI
f	Inhalantes	NO	SI
g	Tranquilizantes o pastillas para dormir	NO	SI
h	Alucinógenos	NO	SI
i	Opiáceos	NO	SI
j	Otras, especifique:	NO	SI

<b>PREGUNTA 2   En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha consumido las sustancias que mencionó (primera droga, segunda droga, etc.)?</b>		Nunca	Una o dos veces	Mensualment e	Semanalment e	Diariamente o casi
a	Tabaco	0	2	3	4	6
b	Bebidas alcohólicas	0	2	3	4	6
c	Marihuana	0	2	3	4	6
d	Cocaína	0	2	3	4	6
e	Anfetamina u otro tipo de estimulantes	0	2	3	4	6
f	Inhalantes	0	2	3	4	6
g	Sedantes o pastillas para dormir	0	2	3	4	6
h	Alucinógenos	0	2	3	4	6
i	Opiáceos	0	2	3	4	6
j	Otras, especifique:	0	2	3	4	6



<b>PREGUNTA 3   En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha sentido un fuerte deseo o ansias de consumir (primera droga, segunda droga, etc.)?</b>		Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
a	Tabaco	0	3	4	5	6
b	Bebidas alcohólicas	0	3	4	5	6
c	Marihuana	0	3	4	5	6
d	Cocaína	0	3	4	5	6
e	Anfetamina 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	Otras, especifique:	0	3	4	5	6

<b>PREGUNTA 5   En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que habitualmente se esperaba de usted por el consumo de (primera droga, segunda droga, etc.)?</b>		Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
a	Tabaco					
b	Bebidas alcohólicas	0	5	6	7	8
c	Marihuana	0	5	6	7	8
d	Cocaína	0	5	6	7	8
e	Anfetamina 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	Otras, especifique:	0	5	6	7	8

<b>PREGUNTA 4. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia el consumo de (primera droga, segunda droga, etc.) le ha causado problemas de salud, sociales, legales o económicos?</b>		Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
a	Tabaco	0	4	5	6	7
b	Bebidas alcohólicas	0	4	5	6	7
c	Marihuana	0	4	5	6	7
d	Cocaína	0	4	5	6	7
e	Anfetamina 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	Otras, especifique:	0	4	5	6	7

<b>PREGUNTA 6. ¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por sus hábitos de consumo de (primera droga, segunda droga, etc.)?</b>		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	Marihuana	0	6	3
d	Cocaína	0	6	3
e	Anfetamina 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	Otras, especifique:	0	6	3



<b>PREGUNTA 7   ¿Ha intentado alguna vez reducir o eliminar el consumo de (primera droga, segunda droga) y no lo ha logrado?</b>		No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
a	Tabaco	0	6	3
b	Bebidas	0	6	3
c	Marihuana	0	6	3
d	Cocaína	0	6	3
e	Anfetamina 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	Otras, especifique:	0	6	3

<b>PREGUNTA 8   ¿Alguna vez ha consumido alguna droga por vía inyectada? (solo las que consumió sin receta médica)</b>	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
Marque la casilla correspondiente	0	1	2

**48. Respecto de la pregunta anterior: ¿ANTES de la pandemia, con qué frecuencia consumía?**

- \_\_\_\_\_ En misma frecuencia  
\_\_\_\_\_ Con mayor frecuencia  
\_\_\_\_\_ Con menor frecuencia



**49. ¿Usted participa en OTRO Programa de protección por alguno de sus hijos?**

- Programa de Prevención Focalizada (PPF)
- Programa de Representación Jurídica para NNA Víctimas de Delitos (PRJ)
- Programa de Protección Ambulatoria con Discapacidad Grave o Profunda (PAD)
- Programa Especializado para Agresores Sexuales (PAS)
- Programa de Intervención Especializada (PIE)
- Programa Especializado de reinserción Educativa (PDE)
- Programa Especializado en Drogas (PDC)
- Programa de Reparación de Maltrato (PRM)
- Programa de Intervención Integral Especializada (PIE 24 Horas)
- Programa Especializado en Explotación Sexual Comercial Infantil (PEE)
- Oficina de Protección de Derechos
- No participa

**50. Causal de Ingreso a este Programa de Protección de Penco**

- Víctima de Maltrato físico Moderado
- Víctima de Maltrato psicológico Leve a Moderado
- Víctima de Negligencia Leve
- Víctima de Negligencia moderada
- Bulling/Matonaje o Intimidación
- Bulling/Matonaje o Intimidación
- Niño, Niña o Adolescente Víctima-Testigo de Violencia Intrafamiliar Leve
- Niño, Niña o Adolescente Víctima-Testigo de Violencia Intrafamiliar Moderado

**51. Fecha de Ingreso a este Programa de Protección de Penco \_\_\_\_\_**

**52. Espacio abierto por si desean agregar algo para complementar algunas respuestas anteriores \_\_\_\_\_**

**ii MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!!**

---



## ANEXO N°2 CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN	Vulneración de derechos a niños/as y adolescentes. Un estudio de factores personales y sociales presentes en adultas/os que participan en un programa de protección.
NOMBRE DE LA INVESTIGADORA RESPONSABLE	Isabel Torres N. Trabajadora Social y Estudiante Magister en Trabajo Social y Políticas Sociales del Departamento de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Concepción.
INSTITUCIÓN	Universidad de Concepción
TELÉFONO DE CONTACTO	+56975541869

### Estimados padres, madres y/o adultos responsables de Niños, Niñas y Adolescentes

Usted ha sido invitada(o) a participar en una investigación que será realizada por Isabel Torres, Trabajadora Social y Estudiante Magister en Trabajo Social y Políticas Sociales de la Universidad de Concepción.

*Su participación es anónima y voluntaria*, y será mediante entrevista individual que se llevará a cabo en una sola reunión (45 minutos aproximadamente) para responder al cuestionario de preguntas y Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido, APGAR de Smilkstein, Escala de Depresión, ansiedad y estrés, Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias.

La participación se realizará a partir de Video conferencia de Whatsapp, también existe la posibilidad de que las entrevistas se realicen en persona.

En esta carta de información y consentimiento explica detalles de esta investigación que usted participara, y en caso de tener dudas, es importante que lo consulte con la investigadora, quien resolverá todo tipo de inquietud.

### Objetivo de la Investigación:

Esta investigación tiene por objetivo Identificar el nivel de relación en la vulneración de derechos de NNA de los Factores contextuales y personales (socio-ambientales-familiares y de salud mental) presente en los adultos responsables que participan en un Programa de Prevención Focalizada en la Localidad de Penco.

El uso que se dará a la información obtenida en esta investigación será útil para establecer una intervención oportuna y de acuerdo a la realidad que viven los adultos responsables de niños, niñas y adolescentes, por parte de los programas de gobierno tales como los programas de salud mental como para programas que trabajan a nivel familiar.

Los adultos responsables que participen en esta investigación no tiene ningún tipo de efecto que perjudique su situación personal, familiar y social.

El riesgo de desventaja de su participación es que en la entrevista puedan aparecer temas sensibles para el adulto, o en caso de que la entrevista sea presencial, riesgo de contraer covid-19. En el caso



que el entrevistado(a) le genere sensibilidad en algunas temáticas, o que la investigadora percibe que el participante requiera de apoyo psicológico, se realizará derivación a las entidades pertinentes de la comunidad, realizando un seguimiento del caso por parte de la investigadora. En el segundo caso, por motivos sanitarios (Covid-19), la entrevista presencial será a una distancia de 1.5 metros con uso de mascarillas.

Respecto al resguardo de la confidencial la información, como se ha indicado, la participación es de manera anónima, es decir, se utilizará sistema alfanumérico para identificación de cada entrevistado.

Los resultados de la investigación serán difundidos en la Universidad de Concepción, en institución que trabaja con salud mental y/o niñez y adolescencia, además de enviarle un resumen de los resultados a los entrevistados de la investigación.

La investigación es de carácter voluntario, y el entrevistado puede desistir de su participación en el momento que lo requiera, sin generar ningún daño.

Si tiene más preguntas o dudas a lo largo de esta investigación, puede comunicarse con la investigadora al correo isabeltorres@udec.cl o al número de Teléfono +56975541869. Si usted está dispuesto(a) a participar de esta entrevista, se solicita firmar el documento, comprendiendo que ha comprendido y está de acuerdo en participar voluntariamente

### **CONSENTIMIENTO**

Para su respaldo se entregará una copia de esta carta

Por cuanto yo, \_\_\_\_\_, con fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/202\_\_, he leído y comprendido lo que indica esta carta, estoy dispuesto(a) a participar voluntariamente en el estudio “Factores contextuales, personales y salud mental en adultos responsables y nivel de relación en la vulneración de derechos de NNA que participan en un Programa de Prevención con presencia en la Provincia de Concepción” , comprendiendo la confidencialidad de la información y que se utilizará con fines académicos.

\_\_\_\_\_  
Firma Participante

**Este consentimiento fue obtenido por:**

\_\_\_\_\_  
Nombre de la investigadora

\_\_\_\_\_  
Firma de la Investigadora



### ANEXO N°3 Modelos de Intervención Social aplicados en situaciones de Vulneración de Derechos (Basados en Viscarret, 2014)

<b>Modelo psicosocial</b>	<p>Tiene sus orígenes en la teoría del diagnóstico, la cual, establece la relevancia que tiene la relación de individuos con el entorno en el cual se desenvuelven. En el modelo psicosocial considera tres fases: Estudio, diagnóstico y comprensión. Para el modelo, “El caso social es un acontecimiento vivo, que siempre influye factores económicos, físicos, mentales, emocionales y sociales, en proporciones diversas”. Algunos conceptos claves del modelo son:</p> <p>Persona en situación: El modelo psicosocial, releva la importancia de los procesos psicológicos internos como los procesos sociales externos, las condiciones físicas y la interacción entre ellas. Lo relevante es considerar la persona, la situación y la interacción entre ambas. La presión interna y externa, describe como las fuerzas que están dentro de la persona y las fuerzas del ambiente(entorno)interaccionan entre ellas y repercuten sobre el individuo.</p> <p>El tratamiento: “Es el proceso de examinar y comprender la naturaleza del problema. Se lleva a cabo a través de un trabajo directo (Cambiar factores de malestar del individuo) y de un trabajo indirecto (Modificar ciertas cosas del entorno (medioambientales, familiares) a favor del individuo)”.</p>
<b>Modelo de resolución de problemas</b>	<p>Establece resolver situaciones actuales y favorecer al aprendizaje para manejar situaciones similares que se pueden desarrollar posteriormente en la vida. El modelo se centra en poner la atención en el problema de los individuos a través de un determinado proceso, más que en los individuos en sí. El modelo tiene cuatro elementos principales que son: La persona, el problema, el lugar y el proceso</p>
<b>Modelo de Modificación de la conducta</b>	<p>Este modelo centra su atención en comprender e interpretar el comportamiento observable de los individuos, vale decir, en la conducta humana. Desde el trabajo social considera prioritariamente las situaciones, condiciones, específicas que generan la conducta del problema para favorecer cambios en la conducta y comportamiento humano, a través de dos estrategias. La primera cambiar la conducta con la que el individuo responde ante factores que influyen en su entorno, y la segunda modificar los factores del entorno para transformar la conducta problema.</p>
<b>Modelo de Intervención en Crisis</b>	<p>Se centra en disminuir el estrés provocado por alguna presión que está sufriendo un individuo frente a una situación de la vida que le genera inestabilidad, debido a no tener las herramientas necesarias para afrontarlo. El objetivo es que la persona pueda volver al equilibrio a través de potenciar sus capacidades adaptativas y de respuestas, partiendo de la base que todas las personas tienen dichas capacidades que se deben fortalecer.</p>
<b>Modelo Centrado en la tarea</b>	<p>Este modelo considera que los resultados de la intervención a corto plazo son más eficaces, por lo que plantea apoyar en resolver situaciones adversas que las personas experimentan en interacción con el entorno social. Los elementos de este modelo, es la delimitación del problema, los objetivos, el límite del tiempo, las tareas a llevar a cabo y el contrato.</p>



<b>Modelo Sistémico con enfoque ecológico</b>	Lo sistémico refiere a diversos componentes que mantienen unas determinadas interacciones entre sí que les diferencian de un determinado entorno, de tal manera que el sistema siempre se establece en relación con un determinado entorno. El modelo sistémico con enfoque ecológico está centrado en el concepto de transacción entre las personas y su entorno físico y social, y entre los propios individuos, grupos humanos e instituciones” (Hernández, A., 1991 citado en Viscarret, 2014). Germain y Gitterman, 1980, citado en Viscarret 2014, señalan que el enfoque ecológico refiere a que las dificultades y necesidades se crean por las interacciones que se desarrollan entre los individuos y sus entornos, por tanto, se deben fortalecer las capacidades adaptativas de las personas e impulsar sus entornos.
<b>Teoría de la Comunicación</b>	Según Watzlawick, citado en Viscarret 2014, refiere que esta metodología de intervención social, “considera a la persona y su entorno como un todo e intenta descubrir que función cumple cada conducta dentro de un sistema complejo de relaciones y de interacciones”. Dentro de esta teoría se hace al alcance a los modelos constructivistas, lo que favorecen intervenir a modificar los significados que se tienen del sistema, lo cual genera una reconstrucción de la historia que ha creado el sistema respecto del problema, creando una nueva narrativa, donde también se incorpora el elemento de la retroalimentación como lo establece Aristu, 1991 citado en Viscarret 2014, determinándolo como “el flujo circular de información que vuelve a introducirse en el sistema informando acerca de los efectos de sus acciones anteriores para que pueda controlar y corregir sus acciones futuras y lograr el objetivo establecido”.



## ANEXO N°4. TABLAS

**Tabla N° 1:** *Relación del ingreso por la actividad laboral actual realizada con el tipo de familia.*

Ingreso por actividad actual	Tipo de Familia %				Total
	Nuclear	Extensa	Monoparental	Reconstituida	
Ninguno	21,4(6)	42,9(12)	28,6(8)	7,1(2)	100(28)
Menos de \$380.000	30,8(4)	30,8(4)	38,5(5)	0	100(13)
De \$380.001 a \$500.000	16,7(2)	25(3)	50(6)	8,3(1)	100(12)
De \$500.001 a \$1.000.000	55,6(5)	22,2(2)	22,2(2)	0	100(9)
Más de \$1.000.000	0	0	100(2)	0	100(2)
<b>Total</b>	<b>26,6(17)</b>	<b>32,8(21)</b>	<b>(35,9)23</b>	<b>(4,7)3</b>	<b>100(64)</b>

Fuente: Elaboración propia

En la tabla se observa que la mayoría de los adultos que declaran no tener ingreso por la actividad actual realizada componen un tipo de familia extensa con un 42,9 %, seguida de la familia monoparental con un 28,6%, y los adultos que reciben ingresos hasta \$500.000 también componen un tipo de familia monoparental.

### **Tabla N°2**

*Distribución del tamaño del grupo familiar según si el número de integrantes aumentó, disminuyó o se mantuvo en los últimos 2 años de los adultos responsables de NNA, que participan en un programa de protección ambulatoria.*

Tamaño del grupo familiar	N° integrantes A.M.D. en últimos 2 años			Total (%)
	Aumenta (%)	Mantiene (%)	Disminuye (%)	
De 2 a 3 personas	0,00 (0)	37,25(19)	62,50 (5)	37,50(24)
De 4 a 5 personas	60,00(3)	45,10(23)	25,00(2)	43,75(28)
De 6 a 7 personas	40,00(2)	17,65 (9)	12,50(1)	18,75 (12)
<b>Total</b>	<b>100,0(5)</b>	<b>100,0(51)</b>	<b>100,0(8)</b>	<b>100,0(64)</b>

Fuente: Elaboración propia

### **Tabla N° 3**

*Contraste de Medias variables Funcionamiento Familiar de Feetham*

Comparación grupos dependientes	Media	N	Desv. Estándar	Diferencia Media	Desv. Est. Media	t	gl	Sig.
Func. Familiar hoy	50,80	64	13,43	1,16	10,94	0,846	63	0,401
Func. Familiar antes	49,64	64	13,73					
FF Feetham hoy	61,42	64	10,53	9,52	10,61	7,174	63	<0,001
FF Feetham antes	51,91	64	12,01					

Fuente: Elaboración propia



**Tabla N°4:**

*Frecuencia porcentual de la Prueba de Percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL).*

Percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL)	Antes del programa.					A la entrevista.				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Las decisiones importantes se tomaban en conjunto con toda la familia	45,3	9,4	7,8	9,4	28,1	43,8	6,3	9,4	12,5	28,1
En mi casa predominaba la armonía	21,9	14,1	15,6	14,1	34,4	15,6	17,2	12,5	21,9	32,8
En mi casa, cada uno cumplía con sus responsabilidades	21,9	10,9	12,5	12,5	42,2	17,2	10,9	12,5	10,9	48,4
Las manifestaciones de cariño formaban parte de nuestra vida cotidiana	18,8	4,7	12,5	20,3	43,8	12,5	7,8	12,5	18,8	48,4
Nos expresábamos sin insinuaciones, de forma clara y directa	17,2	7,8	7,8	4,7	62,5	12,5	6,3	6,3	6,3	68,8
Podíamos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos	7,8	10,9	12,5	15,6	53,1	6,3	14,1	14,1	10,9	54,7
Tomábamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles	25,0	14,1	7,8	7,8	45,3	29,7	12,5	9,4	9,4	39,1
Cuando alguno de la familia tenía un problema, los demás lo ayudaban	10,9	4,7	3,1	10,9	70,3	9,4	3,1	4,7	10,9	71,9
Se distribuían las tareas de forma que nadie estuviera sobrecargado	32,8	6,3	10,9	18,8	31,3	29,7	9,4	17,2	15,6	28,1
Las costumbres familiares se podían modificar ante determinadas situaciones	10,9	12,5	3,1	6,3	67,2	10,9	9,4	0,0	12,5	67,2
Podíamos conversar sin temor	23,4	1,6	7,8	9,4	57,8	12,5	4,7	10,9	10,9	60,9
Ante una situación familiar difícil, éramos capaces de buscar ayuda en otras personas	43,8	10,9	9,4	4,7	31,3	43,8	10,9	12,5	3,1	29,7
Los intereses y necesidades de cada cual eran respetados por el núcleo familiar	15,6	9,4	9,4	18,8	46,9	12,5	9,4	10,9	12,5	54,7
Nos demostrábamos el cariño que nos tenemos	17,2	7,8	7,8	6,3	60,9	9,4	12,5	12,5	7,8	57,8

**Tabla N°5:**

*Frecuencia porcentual de la Escala Insatisfacción con el funcionamiento familiar de Feetham*

Indicadores	Cuánto era Antes del inicio del programa.								Cuánto es ahora (*).							
	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7
Apoyo emocional de la pareja(1)	18,8	14,1	3,1	1,6	7,8	15,6	14,1	25,0	21,9	0,0	1,6	0,0	0,0	4,7	7,8	64,1
Apoyo de amigos y parientes(2)	4,7	23,4	3,1	10,9	4,7	18,8	14,1	20,3	3,1	4,7	0,0	1,6	1,6	15,6	14,1	59,4
Ayuda de amigos(3)	10,9	35,9	3,1	3,1	4,7	14,1	18,8	9,4	10,9	14,1	1,6	0,0	9,4	14,1	18,8	31,3
Ayuda de parientes(4)	10,9	28,1	7,8	6,3	3,1	15,6	9,4	18,8	7,8	9,4	1,6	3,1	0,0	15,6	15,6	46,9
Ayuda de cónyuge/pareja(5)	20,3	18,8	1,6	4,7	6,3	9,4	14,1	25,0	21,9	0,0	0,0	4,7	1,6	6,3	4,7	60,9
Desacuerdos con el/la cónyuge/pareja(6)	20,3	7,8	7,8	3,1	6,3	15,6	4,7	34,4	21,9	35,9	26,6	6,3	6,3	1,6	0,0	1,6
Desacuerdos con el/la hijo/hija(7)	3,1	18,8	20,3	15,6	7,8	15,6	4,7	14,1	3,1	31,3	45,3	9,4	3,1	3,1	3,1	1,6
Conversar con amigos, parientes(8)	4,7	23,4	10,9	7,8	7,8	7,8	15,6	21,9	4,7	6,3	1,6	1,6	3,1	23,4	23,4	35,9
Tiempo dedicado a los hijos(9)	0,0	0,0	0,0	6,3	10,9	10,9	18,8	53,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	6,3	15,6	78,1
Tiempos dedicados a tareas del hogar(10)	0,0	0,0	1,6	4,7	7,8	15,6	18,8	51,6	0,0	0,0	0,0	1,6	9,4	31,3	23,4	34,4
Tiempo dedicado a los amigos(11)	15,6	31,3	14,1	14,1	12,5	7,8	1,6	3,1	15,6	17,2	6,3	14,1	18,8	17,2	3,1	7,8
Tiempo dedicado al ocio(12)	0,0	42,2	17,2	14,1	9,4	10,9	3,1	3,1	0,0	6,3	15,6	20,3	15,6	18,8	10,9	12,5
Satisfacción con la familia en general(13)	0,0	3,1	4,7	6,3	4,7	18,8	20,3	42,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,1	12,5	84,4

Fuente: Elaboración propia (\*) al momento de la entrevista, 2022