



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

INTERVENCION FAMILIAR EN UN PROGRAMA DE PREVENCION DE CONSUMO DE DROGAS

NICOLE VALERIA ROA GONZALEZ

CONCEPCIÓN-CHILE

2017

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

Profesor Guía: Daisy Vidal Gutiérrez

Dpto. Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Concepción

Asesor Metodológico: José Manuel Merino

Depto. Sociología. Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Concepción

Tesis realizada en el Programa de Magíster en Trabajo Social y Políticas Sociales del Departamento de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Concepción.

“INTERVENCION FAMILIAR EN UN PROGRAMA DE PREVENCION DE CONSUMO DE DROGAS”

Profesor/a Guía: Sra. Daisy Vidal Gutiérrez

Profesora Asociado, Dpto. Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales
Doctor en Salud Mental, Universidad de Concepción, Chile
Magíster en Salud Pública, Salud Mental, Universidad de Chile, Chile

Ha sido aprobada por la siguiente Comisión Evaluadora:

Sra. Mercedes Zavala Gutiérrez

Profesora Asociado Departamento de Enfermería, Facultad de Enfermería
Magíster en Enfermería, Enfermería Medicina Quirúrgica, Universidad de Concepción, Chile

Sra. Patricia Jara Concha

Profesora Asociado de Enfermería, Facultad de Enfermería
Doctora en Enfermería, Universidad de Concepción, Chile
Magíster en Enfermería, Universidad de Concepción, Chile

Sra. Claudia Quiroga Sanzana

Profesor Asistente, Departamento de Trabajo Social, Facultad Ciencias Sociales
Magíster en Trabajo Social y Políticas Sociales, Universidad de Concepción, Chile

Directora Programa Magister: Sra. Daisy Vidal Gutiérrez

Profesor/a Asociado, Dpto. Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales.
Doctor en Salud Mental, Universidad de Concepción, Chile

Ciudad Universitaria, Diciembre de 2017

AGRADECIMIENTOS

La presente investigación fue realizada bajo la supervisión de la Docente Daisy Vidal Gutiérrez, a quien expreso mi más profundo agradecimiento por su dedicación permanente y motivación constante para hacer posible este estudio, además del conocimiento y experiencia transmitido lo cual generó la completa confianza en la finalización del proceso de manera exitosa. Gracias por su apoyo personal y profesional.

También agradezco enormemente a mí soporte, mi familia, que estuvieron en los momentos en que la frustración se hacía presente, generando el incentivo adecuado para continuar y lograr el objetivo final. Gracias por eso y mucho más.



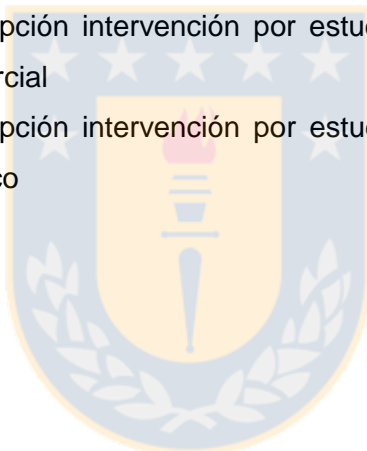
TABLA DE CONTENIDO

| | |
|--|------------|
| INDICE DE CUADROS | vi |
| INDICE DE TABLAS | vii |
| INDICE DE FIGURAS | ix |
| RESUMEN | x |
| ABSTRACT | x |
| PRESENTACION | 1 |
| CAPÍTULO I | 3 |
| 1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 4 |
| 2.- MARCOS DE ESTUDIO | 8 |
| 2.1. MARCO TEORICO | 8 |
| 2.2. MARCO CONCEPTUAL | 12 |
| 2.3. MARCO EMPIRICO | 24 |
| 3.- OBJETIVOS DEL ESTUDIO | 28 |
| 3.1. OBJETIVO GENERAL | 28 |
| 3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS | 28 |
| 3.3. HIPOTESIS | 28 |
| 4.- VARIABLES DEL ESTUDIO | 29 |
| 5.- METODOLOGIA | 37 |
| 5.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACION | 37 |
| 5.2. UNIDAD DE ANÁLISIS | 37 |
| 5.3. UNIDAD DE OBSERVACIÓN | 37 |
| 5.4. DELIMITACIÓN GEOGRAFICA Y TEMPORAL | 37 |
| 5.5. POBLACIÓN DE ESTUDIO | 37 |
| 5.6. FUENTES Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS | 39 |
| 5.7. RESGUARDOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN | 46 |
| 5.8. PLAN DE ANÁLISIS | 46 |
| CAPÍTULO II | 48 |
| 6.- PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS | 49 |
| 6.1. ANALISIS DESCRIPTIVO DE LA POBLACION DE ESTUDIO | 49 |

| | |
|--|-----------|
| 6.2. DESCRIPCION DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO EN SU MEDICION ANTES-DESPUES | 53 |
| 6.3. DESCRIPCION DE LA INTERVENCION REALIZADA EN EL PROGRAMA DE PREVENCION | 69 |
| 6.4. DESCRIPCION DE LA INTERVENCION FAMILIAR IMPLEMENTADA EN EL PROGRAMA DE PREVENCION | 73 |
| 6.5. DESCRIPCION DE FORTALEZAS Y DEBILIDADES EN INTERVENCION FAMILIAR | 75 |
| 6.6. ANALISIS BIVARIADO, EFECTO DE INTERVENCION FAMILIAR CON VARIABLES DE ESTUDIO | 79 |
| 7.- CONCLUSIONES | 87 |
| 8.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS | 95 |
| 9.- ANEXOS | 98 |
| 9.1. ANEXO N° 1: Cuestionario Autoadministrado | 99 |
| 9.2. ANEXO N° 2: Pauta Observación y Detección Temprana | 102 |
| 9.3. ANEXO N° 3: Pauta Compromiso Biopsicosocial Infante Adolescente | 104 |
| 9.4. ANEXO N° 4: Instrumento DEP ADO | 107 |
| 9.5. ANEXO N° 5: Pauta Estadios Motivacionales de Cambio | 109 |
| 9.6. ANEXO N° 6: Plantilla de Recolección de Información | 110 |
| 9.7. ANEXO N° 7: Asentimiento de Estudiante de Programa de Prevención | 112 |
| 9.8. ANEXO N° 8: Consentimiento Informado Adulto Responsable de Programa de Prevención | 113 |
| 9.9. ANEXO N° 9: Consentimiento Informado de Adulto Responsable de la Investigación | 115 |
| 9.10. ANEXO N° 10: Asentimiento Informado Estudiantes de la Investigación | 116 |
| 9.11. ANEXO N° 11: Descripción de Intervención por Estudiante Atendido | 117 |

INDICE DE CUADROS

| | | |
|--------------------|--|------------|
| CUADRO Nº 1 | Operacionalización de la intervención realizada en Programa Actuar a Tiempo. | 32 |
| CUADRO Nº 2 | Operacionalización de las Dimensiones de Cumplimiento de Objetivos. | 36 |
| CUADRO Nº 3 | Población de Estudio. | 38 |
| CUADRO Nº 4 | Instrumentos de Recolección de Datos. | 40 |
| CUADRO Nº 5 | Temporalidad de Mediciones. | 45 |
| CUADRO Nº 6 | Descripción intervención por estudiante atendido de Liceo Industrial | 116 |
| CUADRO Nº 7 | Descripción intervención por estudiante atendido de Liceo Comercial | 119 |
| CUADRO Nº 8 | Descripción intervención por estudiante atendido de Liceo Técnico | 122 |



INDICE DE TABLAS

| | | |
|--------------------|--|-----------|
| TABLA N° 1 | Características Sociodemográficas de estudiantes. | 49 |
| TABLA N° 2 | Características Sociodemográficas del adulto responsable del estudiante. | 51 |
| TABLA N° 3 | Descripción Sociodemográfica de profesionales. | 52 |
| TABLA N° 4 | Descripción de la Valoración Ligada al Consumo. | 53 |
| TABLA N° 5 | Descripción de Nivel de Riesgo de Consumo de Drogas, Sexo y Edad según establecimiento educacional al cual pertenece el adolescente. | 55 |
| TABLA N° 6 | Descripción de la Valoración de la Motivación al Cambio. | 57 |
| TABLA N° 7 | Descripción de la Valoración de Factores de Riesgo. | 58 |
| TABLA N° 8 | Descripción de la Valoración de Factores de Riesgo según Puntaje General. | 60 |
| TABLA N° 9 | Descripción de Riesgo de Consumo de Drogas y Nivel de Factores de Riesgo. | 61 |
| TABLA N° 10 | Descripción de la Valoración del Compromiso Biopsicosocial (CBPS) Ámbito Individual. | 62 |
| TABLA N° 11 | Descripción de la Valoración del Compromiso Biopsicosocial (CBPS) Ámbito Familiar. | 64 |
| TABLA N° 12 | Descripción de la Valoración del Compromiso Biopsicosocial (CBPS) Otros Ámbitos. | 66 |
| TABLA N° 13 | Descripción de Motivo de Egreso de usuarios de Programa de Prevención | 68 |
| TABLA N° 14 | Descripción de la Intervención Total de las prestaciones o tipos de encuentros según establecimiento educacional. | 69 |
| TABLA N° 15 | Descripción de Puntaje Total de Intervención de las prestaciones o tipos de encuentros según establecimiento educacional. | 70 |
| TABLA N° 16 | Descripción de la Variable Intervención Total de las prestaciones o tipos de encuentros. | 72 |

| | | |
|--------------------|---|------------|
| TABLA N° 17 | Descripción de la Variable Intervención Familiar. | 73 |
| TABLA N° 18 | Descripción de las Fortalezas y Debilidades percibida en la implementación de Intervención Familiar. | 75 |
| TABLA N° 19 | Descripción de las Fortalezas y Debilidades percibidas en la implementación de Intervención Familiar según de tipo de profesionales. | 77 |
| TABLA N° 20 | Descripción de las Fortalezas y Debilidades percibida en la implementación de Intervención Familiar según Especialización de los Profesionales. | 78 |
| TABLA N° 21 | Cumplimiento de Objetivos medidos como: Valoración de Riesgo de Consumo de Sustancias, Valoración Estadio Motivacional, Valoración Factores de Riesgo, Valoración Compromiso Biopsicosocial y Motivo de Egreso. | 79 |
| TABLA N° 22 | Diferencias en la medición pre y pos para el cumplimiento de objetivos con intervención familiar. | 83 |
| TABLA N° 23 | Diferencias en la medición pre y pos para el cumplimiento de objetivos sin intervención familiar. | 85 |
| TABLA N° 24 | Plantilla de Recolección de Información | 110 |

INDICE DE FIGURAS

| | | |
|--------------------|---|------------|
| FIGURA Nº 1 | Identificación de las Variables Centrales del Estudio | 29 |
| FIGURA Nº 2 | Pauta Observación y Detección Temprana | 101 |
| FIGURA Nº 3 | Pauta Compromiso Biopsicosocial Infanto Adolescente | 103 |
| FIGURA Nº 4 | Instrumento DEP ADO | 106 |
| FIGURA Nº 5 | Pauta Estadios Motivacionales de Cambio | 108 |
| FIGURA Nº 6 | Resumen Técnico y Monitoreo Plan de Intervención Individual | 110 |
| FIGURA Nº 7 | Asentimiento de Estudiante de Programa de Prevención | 111 |



RESUMEN

El presente estudio consistió en una investigación cuasi experimental, de corte longitudinal y enfoque cuantitativo, con aplicación de intervención a un grupo y mediciones antes-después, correspondiente a usuarios de establecimientos educacionales de enseñanza media de una comuna de la provincia de Concepción.

La investigación tiene por objetivo indagar el efecto de la intervención familiar implementada en un programa de prevención indicada de consumo de drogas en el cumplimiento de objetivos propuestos.

Entre los principales resultados destaca la existencia de efecto entre la intervención familiar implementada y el cumplimiento de objetivos medido como valoración del riesgo de consumo, valoración de estadio motivacional y compromiso biopsicosocial en el área de grupo de pares y comunidad.

Debido a los resultados antes expuestos se plantea la necesidad de normar las frecuencias de intervención familiar, que complementen los otros tipos de prestaciones o encuentros con el estudiante.

Palabras claves: drogas - intervención familiar- prevención

ABSTRAC

The present study consisted of a quasi-experimental and longitudinal investigation with a quantitative approach, whose application was an intervention to a group and before-and-after measurements to students of educational establishments of secondary education of Concepcion.

The aim of the study was to investigate the effect of the family intervention implemented in a Drug Use Indicated Prevention Program on the fulfillment of objectives proposed.

Among the main results, it is highlighted the existence of an effect between the implemented family intervention and the fulfillment of objectives, which was measured with an assessment of the risk of consumption, of the motivational stage and biopsychosocial commitment in the area of pairs groups and community.

Due to the results mentioned above, it is considered the need to regulate the frequencies of family intervention, which complement other types of meetings with the student.

Keywords: drugs – family intervention - prevention

PRESENTACIÓN

La adolescencia es una etapa del desarrollo compleja, que involucra diferentes cambios y genera nuevos desafíos frente a los riesgos a la cual se ven expuestos.

Uno de las problemáticas lo constituye el consumo de drogas y alcohol, en donde en esta etapa, ha existido un aumento de consumo y una disminución en la percepción de riesgo frente a sustancias.

Frente a lo anterior, es que la familia es uno de los principales factores protectores ya que cumple un rol importante dentro de la formación del adolescente.

Por ende, el objetivo del presente estudio dice relación con indagar el efecto de la intervención familiar implementada en un programa de prevención indicada de consumo de drogas en el cumplimiento de objetivos propuestos. También generar una descripción de la intervención familiar realizada y las imitaciones y fortalezas detectadas en su implementación.

Para ello, se consideran los establecimientos educacionales focalizados por un Programa de Prevención, pertenecientes a la comuna de Talcahuano en su primer año de implementación.

El presente estudio tiene un enfoque cuasi experimental, con mediciones antes y después y cuya población de estudio es la totalidad de los usuarios ingresados a prevención indicada en cada establecimiento educacional.

En cuanto a las fuentes de información, corresponden a fuente directa, que son los profesionales que implementan el programa (dupla psicosocial), además de fuentes de informaciones secundarias correspondientes a los registros de intervención de usuarios y bases de datos extraídos de plataforma, que corresponde a usuarios que forman parte de prevención indicada.

A continuación, se expondrá en profundidad en un primer capítulo, el marco teórico, conceptual y empírico que sustenta la investigación y la metodología de trabajo. En segundo lugar, se expondrá los principales resultados de la investigación considerando un análisis descriptivo y bivariado, el cual se obtuvo a través del sistema estadístico STATA 11SE.

Por último, se presentará las respectivas conclusiones con las discusiones relevantes obtenidas en el estudio.





CAPITULO I

1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El consumo de drogas y alcohol en Chile es uno de los problemas de salud pública más relevante. Según el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA) en su Décimo Primer Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar de Chile (ENPE 2015), da cuenta de aumento de los consumos, disminución de la percepción de riesgo al uso de sustancias, unido a un contexto social de relaciones interpersonales precarizado. Lo anterior, reafirma el hecho de un escenario complejo, en el cual la necesidad de articular y coordinar los esfuerzos, para dar respuestas apropiadas son fundamentales, no sólo para la mejora continua de lo que hoy se realiza sino también para buscar alternativas creativas que permitan acortar la brechas de oferta en todos los niveles de prevención: ambiental, universal, selectivo e indicada.

Importante es relevar la prevención del consumo de drogas y alcohol como un Sistema, que requiere de la concepción de políticas e intervenciones integrales basadas en evidencia científica y que responden a diferentes ámbitos y niveles de prevención.

Cuando se lleva esta mirada de sistema al establecimiento educacional, se pone énfasis en el desarrollo integral de niños, niñas y jóvenes y en cómo, a partir de las intervenciones preventivas, se busca garantizar derechos y velar por el bienestar y formación de éstos.

Desde la mirada de la prevención ambiental se reconoce al espacio educativo como aquel espacio para intervenir efectivamente en la formación académica y ciudadana de niños y jóvenes. Los estudios señalan que cuando docentes, directivos, estudiantes y familias se vinculan y se encuentran en el espacio educativo, no solo disminuye la deserción escolar y el fracaso escolar, sino que además se potencian estrategias inclusivas y mejoran los resultados

Para SENDA entre los énfasis institucionales en el ámbito de la prevención para el año 2017 se encuentra trabajar con la población infanto-adolescente, especialmente la más vulnerada a través del Programa de Prevención Selectiva e Indicada.

Es por lo anterior, que se implementa el Programa Actuar a Tiempo (PAAT) que aborda la prevención selectiva e indicada. Este se encuentra inserto en el Sistema Integral de Prevención en Establecimientos Educativos (SIPEE) y contempla el desarrollo de trabajo con grupos de Estudiantes que cursan entre 7° Básico y 4° Medio en Establecimientos Educativos públicos focalizados de todo el país. Este programa da respuesta al compromiso gubernamental de ejecutar programas de prevención selectiva del consumo de drogas en establecimientos educativos; lo anterior se traduce en: *1.000 liceos libres de drogas. 15.000 niños, niñas y adolescentes jóvenes atendidos en prevención selectiva e indicada.* El SIPEE busca desarrollar todos los niveles de prevención en un establecimiento educativo, apuntando al desarrollo de una cultura preventiva y el fortalecimiento de un trabajo preventivo sustentable (individual, colectivo e institucional) que contribuya a mejorar la calidad de vida de sus estudiantes. Se desarrolla a través del trabajo organizado y sistemático dirigido a aumentar factores protectores y disminuir los de riesgo. Alude a la necesidad de trabajar con grupos diferenciados al interior de cada establecimiento, atendiendo a sus características particulares de vulnerabilidad y a los recursos individuales y colectivos (prevención selectiva) susceptibles de movilizar en su entorno para desarrollar intervenciones a la medida particular de cada caso en situaciones de mayor riesgo y/o compromiso biopsicosocial (prevención indicada).

Por lo tanto, la intervención para evitar los problemas asociados al consumo de drogas en los y las adolescentes debería incluir, además de acciones de promoción y prevención universal, la detección precoz y las actuaciones preventivas oportunas ante los primeros síntomas de consumo de riesgo y antes de que se desarrolle el abuso y la dependencia.

Es conocida la importancia y la influencia que tiene el centro escolar tanto en la formación académica de los jóvenes como en diversos aspectos del desarrollo durante la infancia y la adolescencia. Esta influencia se ejerce tanto de forma directa a través del ambiente escolar, los compañeros, los profesores, etc., como de manera indirecta, a través de las actitudes y la implicación que los padres tienen hacia el lugar donde sus hijos cursan sus estudios académicos. (Secades Villa, Fernández Hermida, García Fernández, & Al-Halabi Díaz, 2011)

Según Shernoff (2013), el nivel de compromiso de los estudiantes no solo depende de ellos, sino de diferentes factores que influyen en el proceso educativo. Entre éstos, el involucramiento parental es fundamental para las acciones que se generan en el establecimiento educacional. Esto se refleja en las investigaciones de Hill y Tyson (2009) que señalan que existe una relación positiva entre el involucramiento parental y el rendimiento académico. Estudios de abandono escolar señalan que las prácticas familiares y el apoyo al desempeño escolar disminuyen la probabilidad de deserción de los hijos (Rumberger y Lim, 2008). Por otra parte, el involucramiento parental es un factor relevante para la prevención del consumo de alcohol y otras drogas, ya que a mayor involucramiento parental hay menor probabilidad de consumo en los hijos (SENDA, 2015).

No existen muchos estudios que profundicen en la relación entre el centro escolar y la asistencia de los padres a las intervenciones preventivas. Quienes han publicado a este respecto, señalan que ciertos aspectos de los centros escolares pueden influir en la decisión de los padres de participar en los programas de prevención. Algunas de esas características hacen referencia a las creencias de los padres y sus actitudes hacia el colegio, su percepción acerca de la información que reciben sobre sus hijos, la calidad de la instrucción académica y el reconocimiento de los alumnos o el tamaño del colegio. (Secades Villa, Fernández Hermida, García Fernández, & Al-Halabi Díaz, 2011)

De ahí surge entonces la importancia de determinar estrategias de intervención familiar que permitan complementar el trabajo individual realizado con el estudiante. Sin embargo, al realizar la revisión de las orientaciones técnicas del Programa Actuar a Tiempo, no existe una definición clara respecto del abordaje familiar o intervención a realizar en ese ámbito.

Cobra importancia la familia ya que es el ambiente social básico del niño y el adolescente, por ser el lugar donde pasa gran parte de su tiempo. El contexto familiar puede convertirse en una fuente positiva de adaptación o, por el contrario, de estrés, dependiendo de la calidad de la relación entre los miembros de la familia. No quiere decir esto que se establezca una relación causal necesaria y suficiente entre la familia y el uso de drogas de los hijos, pero es innegable que las prácticas de crianza son centrales en el desarrollo del riesgo del consumo de drogas (Dishion,

1998, citado en Secades Villa, Fernández Hermida, García Fernández, & Al-Halabi Díaz, 2011)

El trabajo con la familia constituye un ámbito fundamental para la intervención con esta población, y se asocia a mayores niveles de logro. Aunque la posibilidad de cambio en los casos más complejos es un desafío mayor, se coincide en que se debe realizar el esfuerzo de incorporar a la familia en el proceso. (Milán)

Debido a lo anterior, es que el presente estudio buscar dar respuesta a las siguientes interrogantes: ¿Se realiza intervención familiar en el Programa Actuar a Tiempo, específicamente en prevención indicada? ¿En qué consiste la intervención familiar realizada? ¿Esta intervención incide en el cumplimiento de objetivos de los estudiantes?

La investigación tiene como objetivo indagar el efecto de la intervención familiar implementada en el programa de prevención indicada de consumo de drogas en el cumplimiento de objetivos propuestos. Para lo anterior, se consideran los establecimientos educacionales focalizados por el Programa Actuar a Tiempo, pertenecientes a la comuna de Talcahuano en su primer año de implementación. Lo anterior, con el objetivo de aportar conocimientos y evidencias que permitan optimizar las Políticas y programas dirigido a población con consumo de drogas.

2.- MARCOS DE ESTUDIO

2.1. Marco Teórico

Como sustento teórico de esta investigación es relevante abordar dos encuadres teóricos, la Teoría General de Sistema y la Teoría de Ciclo Vital Individual.

La Teoría General de Sistemas fue concebida por Ludwig von Bertalanffy en la década de 1940 con el fin de proporcionar un marco teórico y práctico a las ciencias naturales y sociales. La teoría de Bertalanffy supuso un salto de nivel lógico en el pensamiento y la forma de mirar la realidad que influyó en la psicología y en la construcción de la nueva teoría sobre la comunicación humana. Mientras el mecanicismo veía el mundo seccionado en partes cada vez más pequeñas, el modelo de los sistemas descubrió una forma holística de observación que desveló fenómenos nuevos, que aún cuando siempre estuvieron ahí, no se conocían y estructuras de inimaginable complejidad. (Espinal, Gimeno, & Gonzalez).

Un Sistema es un conjunto de elementos en interacción; ordenadores, bandada de patos, cerebro, etcétera. En el caso de sistemas humanos (familia, empresa, pareja, etcétera) el sistema puede definirse como un conjunto de individuos con historia, mitos y reglas, que persiguen un fin común. Por lo tanto todo sistema se compone de un aspecto estructural (límites, elementos, red de comunicaciones e informaciones) y un aspecto funcional. (Bertalanffy, 1940)

La Teoría General de Sistemas distingue varios niveles de complejidad:

- Sistema: totalidad coherente, por ejemplo una familia
- Suprasistema: medio que rodea al sistema; amigos, vecindad, familia extensa.
- Subsistemas: los componentes del sistema; individuos.

En cuanto a las características generales de los sistemas éstas son:

- Totalidad: El sistema trasciende las características individuales de sus miembros

- Entropía: El sistema trasciende las características individuales de sus miembros.
- Sinergia: Todo cambio en alguna de las partes afecta a todas las demás y en ocasiones al sistema.
- Finalidad: los sistemas comparten metas comunes.
- Equifinalidad: Las modificaciones del sistema son independientes de las condiciones iniciales.
- Equipotencialidad: Permite a las partes restantes asumir funciones de las partes extinguidas.
- Retroalimentación: Los sistemas mantienen un constante intercambio de información.
- Homeostasis: Todo sistema viviente se puede definir por su tendencia a mantenerse estable.
- Morfogénesis: Todo sistema también se define por su tendencia al cambio.

Respecto a los Tipos de Sistemas se encuentran los:

Sistemas abiertos: Mantienen unas fronteras abiertas con el mundo (el resto de sistemas) con los que comparten intercambios de energía e información.

Sistemas cerrados: Hay muy poco intercambio de energía e información con el medio más amplio en que viven.

La teoría describe a la familia como la organización social primaria que se caracteriza por las relaciones interpersonales y que es un subsistema del sistema social. Lo que permite a los miembros de la familia vincularse con otros sistemas sociales en la determinación de sus roles y valores que son entregados por la familia.

Desde esta perspectiva, la familia es un sistema que tiene características de totalidad y equifinalidad compuesta por seres vivos, donde cada ser vivo es un sistema por sí solo, y que la familia es más que la suma de ellos como individuos, los cuales se encuentran interrelacionados por complejos procesos y organizaciones. Por lo cual cualquier hecho que afecte a uno de los miembros puede afectar a toda la familia y viceversa. En este sentido consideramos a la

familia como un sistema integrador multigeneracional, caracterizado por varios subsistemas de funcionamiento interno e influenciado por una variedad de sistemas externos (Nichols & Everett, 1986). Por lo anterior, es que la adicción a las drogas no es solo un problema de la persona que la consume, sino que además influye directamente en las relaciones familiares de todos los integrantes que la constituyen.

Respecto de la teoría del **Ciclo Vital Individual**, según Bob Hoffman (1996) representa las etapas por la que pasan todos los seres humanos desde que nacen hasta que mueren. Dicha teoría se basan en los siguientes supuestos:

- a) El desarrollo tiene lugar en etapas consecutivas y claramente definidas, que tienen un orden determinado en la vida de las personas.
- b) Cada etapa del ciclo vital se caracteriza por acontecimientos o crisis que deben resolverse de forma correcta para que el desarrollo prosiga normalmente. Si la resolución no se logra en un período determinado este fracaso se verá reflejado en etapas posteriores como una inadaptación física, cognitiva, social y/o emocional.
- c) Cada etapa del ciclo tiene un rasgo predominante, una crisis distinta a resolver que puede generar fuertes vivencias de estrés en el individuo.

El Ciclo Vital constituye una mirada muy apropiada para comprender lo esperable por etapa y sus riesgos asociados. El consumo de drogas constituye un factor que, dependiendo de la etapa vital en la que se presenta, va restringiendo en mayor o menor medida el potencial de los niños, niñas y adolescentes en sus distintos ámbitos de desarrollo.

El área de prevención de consumo de drogas, está centrada fuertemente en niños, niñas y adolescentes de entre 6 a 18 años de edad, por tanto es necesario profundizar en aspectos propios del desarrollo en estas etapas del ciclo vital. (Orientaciones Técnicas, 2017)

1.- Periodo Prenatal: Desde la implantación del ovulo hasta le nacimiento. En este periodo la persona está expuesta al estrés que la madre pueda sufrir así como el consumo de sustancias por parte de la madre.

2.- Lactancia: Desde el nacimiento hasta los 15 meses. En este periodo se desarrolla una intensa relación psicológica entre el/la niño/a y su madre (relación de apego) que es fundamental para el futuro desarrollo del autoconcepto y el sí mismo.

3.- Infancia: Se divide en tres periodos: Primera Infancia (de los 15 meses a los 2 años y medio), Preescolar (de los 2 años y media a los 5 años) y Escolar (de los 6 a 12 años). Esta etapa se caracteriza por el desarrollo motor e intelectual, crecimiento físico y emocional y el inicio de la educación formal y las exigencias de aprendizaje y rendimiento escolar se convierten en determinantes importantes del desarrollo posterior de la personalidad. Por otra parte, se produce la interiorización de normas, la relación con los pares y el desarrollo del rol sexual.

4.- Adolescencia: Se divide en tres periodos: Temprana (11-13 años), Media (14-17 años) y Tardía (18-20 años). Es una etapa de profundos cambios biológicos psicológicos y sociales. A nivel biológico se produce un crecimiento óseo acelerado y aparece los caracteres sexuales secundarios, en el plano psicológico se aceleran los procesos cognitivos y se consolida el proceso de formación de la personalidad y a nivel social es un periodo de intensa preparación para el futuro del rol del adulto joven. Los profundos cambios que se producen en esta etapa pueden llevar a desestabilizaciones importantes que pueden generar graves problemas de conducta, embarazos no deseados, comportamientos temerarios, violencia, consumo de drogas, etc.

Los dos encuadres teóricos antes mencionadas, son parte fundamental para comprender a la familia y como un actor principal en la prevención de consumo de drogas y alcohol, especialmente para la población infanto adolescente.

2.2. Marco Conceptual

En el marco de la política pública de gobierno y la Estrategia Nacional de Drogas en Chile se encuentra el programa Actuar a Tiempo. Este Programa se vincula directamente con el objetivo estratégico institucional de SENDA (Orientaciones Técnicas, 2017), que señala:

“Desarrollar y ejecutar acciones de prevención que contribuyan en la disminución del consumo de riesgo de alcohol y drogas en la población a través del desarrollo e implementación de programas de prevención enfocados a fortalecer factores protectores y disminuir los factores de riesgo de consumo”

Se propone como objetivo del Programa Actuar a Tiempo, el contribuir a mejorar la calidad de vida de niños, niñas y adolescentes. Considerando esto, el objetivo general del programa es: *Evitar, retardar, reducir y/o suspender el consumo de drogas y alcohol en Estudiantes entre 7° Básico y 4° Medio de Establecimientos Educativos públicos priorizados del país, mediante el aumento de Factores Protectores y disminución de Factores de Riesgo que permitan evitar el consumo y reducir los riesgos y daños asociados a este.* (Orientaciones Técnicas, 2017)

El programa de Prevención Selectiva e Indicada **Actuar a Tiempo: Liceos Libres de Droga**, (en adelante *Actuar a Tiempo*), (Orientaciones Técnicas, 2017) se inserta en un Sistema más amplio denominado *Sistema Integral de Prevención en Establecimientos Educativos*, que considera la articulación de distintos niveles de prevención: a) Universal b) Selectivo e c) Indicado, estos dos últimos, propios del programa *Actuar a Tiempo*.

a) Al hablar de prevención Universal, según la Organización Mundial de la Salud, las acciones se dirigen a la población en general, independientemente de las diferentes vulnerabilidades, predominantemente en los espacios escolares y comunitarios. Su objetivo es fortalecer factores protectores asociados al consumo y reducir el comportamiento de riesgo relacionado con sustancias, proporcionando a los jóvenes las competencias necesarias para evitar o retrasar la iniciación en el consumo de sustancias. En la actualidad, entre las cuatro estrategias de prevención de drogas en Europa, la prevención universal prevalece y es la más desarrollada.

En la prevención universal, se supone que todos los miembros de la población comparten el mismo riesgo general para el abuso de sustancias, aunque el riesgo puede variar mucho entre los individuos.

b) La Prevención Selectiva, se refiere a estrategias dirigidas a grupos, comunidades y/o sectores de la población, tendientes a evitar el consumo de riesgo de drogas y alcohol, atendiendo a la confluencia de condiciones y/o factores de riesgo específicos que estos presentan en función de los Determinantes Sociales de la Salud. La Prevención Selectiva se centra en grupos o colectivos con factores de mayor exposición al consumo abusivo de sustancias, y por lo mismo, que se encuentran en importante riesgo de consumo, emplea metodología colectiva, y con grupos específicos de mayor riesgo, independiente del nivel individual de compromiso que presente cada persona en ese grupo específico. Por tanto, la identificación de distintos grupos con prioridades diversas orientará el abordaje selectivo, buscando el fortalecimiento de habilidades y estrategias preventivas grupales amplias y flexibles que favorezcan su desarrollo integral mediante la toma de decisiones responsable y saludable en la vida cotidiana, rescatando los intereses, recursos, necesidades e identidades particulares de cada grupo con el que se trabaja.

c) La Prevención Indicada que se refiere a estrategias dirigidas a personas que presentan una alta confluencia de condiciones o Factores de Riesgo, atendiendo a sus condiciones particulares de vulnerabilidad para evitar el consumo de riesgo de drogas y alcohol, o la cronificación de éste. De este modo, los esfuerzos se centran en el abordaje particular con personas en las que actúan factores específicos de vulnerabilidad (EMDDA - European Monitoring Centre for Drugs and Drug Adiction, 2002). La prevención Indicada está orientada a fortalecer habilidades y recursos personales con niños, niñas, adolescentes y jóvenes prioritarios y sus familias, para una adecuada gestión de riesgos asociados al consumo de sustancias a través de procesos de acompañamiento personal que pudiese expresarse de manera grupal o individual, a mediano y largo plazo, que permitan atender elementos de la situación de vulnerabilidad global.

Es relevante señalar que la implementación del *Sistema Integral de Prevención* de los tres niveles de prevención mencionados anteriormente, implica

un trabajo complementario y articulado entre el equipo “SENDA PREVIENE en la Comunidad” (en adelante SENDA PREVIENE), y la Dupla Profesional de Prevención Selectiva e Indicada, la cual, si bien funciona como parte del SENDA PREVIENE tiene una función focalizada en el trabajo preventivo a desarrollar en determinados establecimientos educacionales de la misma Comuna.

El ciclo de intervención en cada establecimiento educacional considera una duración de dos años sujetos a evaluación técnica por parte del SENDA en su desarrollo y avances.

Este programa implica el trabajo con los establecimientos educacionales, a través de incorporación de una dupla de profesionales (Orientaciones Técnicas, 2017) que despliegan acciones preventivas en dos grandes líneas: a nivel institucional, orientada al trabajo con la Comunidad Educativa, entendiéndose por ésta: docentes, directivos, asistentes de la educación, padres madres y apoderados, y desde la mirada contextual, con los estudiantes y sus familias. Este programa además, complementa el Programa de Prevención en Establecimientos Educacionales y la implementación conjunta de éstos da cuenta del Sistema de Prevención Integral que aborda la Prevención Universal, Selectiva e Indicada.

Lo anterior en función de los siguientes componentes:

- Instalación del Programa, Capacitaciones y charlas: Capacitación a Equipos Directivos y Docentes de establecimientos educacionales, coordinar procesos involucrados en la implementación del programa y por ultimo consentimiento y asentimiento informado por parte de apoderados, adultos responsables y estudiantes participantes del programa.
- Diagnóstico y Plan de Intervención: tiene por objetivo reconocer a aquellos estudiantes que presenten mayor riesgo frente al consumo de sustancias y que necesitan de un acompañamiento por parte de los profesionales de SENDA.
- Intervenciones Preventivas que incluyen:
 - Intervenciones Individuales: entendida como conserjerías y/o intervenciones breves con el estudiante que permiten trabajar el vínculo con éste y poder acceder aquellos comportamientos

asociados al consumo de sustancias, promoviendo el conocimiento y competencias tendientes al manejo de situaciones de riesgo, autocuidado y vida saludable.

- Intervenciones Colectiva o grupal: que complementa la individual permitiendo generar instancias de intercambio grupal y generación de estrategias de enfrentamiento a situaciones de riesgo, fortaleciendo factores protectores.
 - Intervención Familiar que refuerza las dos anteriores al comprometer a la familia o adultos significativos en un proceso preventivo que acompaña al estudiante.
 - Seguimiento: a aquellos estudiantes que hayan finalizado su plan individual.
-
- Gestión de redes locales: Proceso de acompañamiento que conlleva la posibilidad de que la problemática abordada sea de una complejidad mayor a la capacidad resolutive con la que se cuenta en este programa, por lo cual se establece un sistema de referencia eficaz que permite trabajar con el estudiante y su familia su problemática y motivación para asistir a otro dispositivo que atienda pertinentemente las necesidades que puedan presentar los niños, niñas y adolescentes.

Por tanto, y entendiendo que la prevención indicada constituye un acercamiento e intervención esencial en el niño o joven y comprendiendo que el principal objetivo (Orientaciones Técnicas, 2017) es fortalecer habilidades y recursos personales y familiares para la gestión de riesgos específicos, es que se releva la importancia de la Familia como apoyo social fundamental en el abordaje de la problemática de consumo de drogas y alcohol.

La utilización de la prevención familiar como un ingrediente de un programa más amplio es bastante frecuente ya que la familia es un agente socializador de primera magnitud no sólo por su acción directa sobre los jóvenes, sino también por su influencia directa en otros contextos de intervención. Desde esta perspectiva, tienen una amplia tradición las intervenciones familiares asociadas a programas de prevención escolar. Terzian y Fraser, (2005) que estudian los programas de

intervención familiar de carácter universal que optimizan la aplicación de la prevención realizada en la escuela. Señalan que éste tipo de programas se dirigen a las familias desde una perspectiva radicalmente escolar, es decir, se aplican en la escuela no solo por ser el sitio donde es más fácil captar a las familias, sino también porque implementan estrategias o técnicas que buscan vincular a los padres con la acción educativa del colegio. La parte familiar de estos programas tiene como objetivo incrementar la implicación de los padres en las tareas escolares, reforzando la relación familia – escuela, y mejorando así la gestión familiar. (Secades Villa, Fernández Hermida, García Fernández, & Al-Halabi Díaz, 2011)

Según la autora Nidia Alwyn (Aylwin & Solar , 2002), se visualizan tres grandes modalidades de intervención en la familia, según si la necesidad o problema esté centrado principalmente en las relaciones de la familia con su contexto, en las relaciones con su familia de origen o en las relaciones internas entre sus miembros, surgiendo en cada una de ella estrategias de intervención particulares.

Es así, que en lo que respecta al abordaje de la prevención de consumo de drogas, en intervenciones de prevención familiar se pueden dividir en, al menos, cuatro grupos de acuerdo con la población a la que se dirigen, las cuales se presentan a continuación según los autores Kumpfer y Alvarado, 2003; Kumpfer y Johnson, 2007. (citado en Secades Villa, Fernández Hermida, García Fernández, & Al-Halabi Díaz, 2011)

1. **Apoyo familiar domiciliario:** Son intervenciones preferentemente dirigidas a padres con alto nivel de riesgo (prevención selectiva o indicada) y con hijos menores de cinco años. Se realizan en el hogar. Se dirigen inicialmente a familias en crisis. Su objetivo primordial es satisfacer las necesidades básicas familiares y tratar la crisis. Este tipo de intervenciones suponen la movilización de recursos sociales o sanitarios al domicilio familiar o el traslado de un gestor de caso a una familia en crisis o en una situación de alto riesgo, con el fin de que facilite la utilización de los servicios que permitan afrontar dicha situación. Las principales ventajas de este sistema es su bajo coste y la mayor facilidad para que los padres puedan implicarse

en el programa. Si tenemos en cuenta que el principal problema de los programas de prevención se encuentra en la captación de las familias que más lo necesitan, este tipo de programas pueden ser una opción aceptable para llegar a familias que, de otra forma, no podrían ser abordadas.

2. **Formación parental:** Son intervenciones de carácter cognitivo conductual que están dirigidas a mejorar las habilidades educativas y comunicativas de los padres. Pueden utilizarse en la prevención tanto selectiva como indicada de familias con hijos de 6 a 11 años. Pueden ser individuales o grupales, pero siempre de carácter interactivo. Las técnicas que se utilizan son todas las relacionadas con el entrenamiento en habilidades, tales como el rol-playing, el modelado por observación en vivo o por medio de sistemas audiovisuales, la práctica directa, la asignación de tareas para casa, la observación y la elaboración de registros, etc. No se trata, por tanto, de una simple «escuela de padres» en las que los conferenciantes disertan sobre lo que es correcto o equivocado en el ejercicio de una eficaz función paterna, sino que se busca que los padres adquieran habilidades específicas, de las que carecen, por lo que se deben combinar métodos que transmitan información con otros más activos, en los que se modelen las conductas deseadas. El componente de entrenamiento en habilidades parentales no tiene un programa específicamente dirigido a reducir el consumo de drogas, sino que su propósito es conseguir que los padres ejerzan su función educativa y de control con más eficacia. Por lo tanto, los resultados que se pueden esperar de su correcta aplicación son una mejor supervisión y comunicación con los hijos, un mayor dominio de las técnicas más efectivas de disciplina, un mejor cumplimiento de las normas paternas, junto con la consiguiente reducción de todo tipo de conductas disruptivas por parte de los hijos. El éxito de su aplicación es tiempo-dependiente. Para que sea eficaz debe abarcar un mínimo de entre 31 a 100 horas, dependiendo de la cantidad de riesgo familiar.
3. **Formación en habilidades familiares:** Son intervenciones de carácter multicomponente que se dirigen no sólo a los padres, sino también a los hijos y la relación que mantienen entre ellos. Se utilizan en los tres tipos de

prevención, tanto universal como selectiva e indicada. Su población destinataria son familias con hijos entre 6 y 14 años. Sus objetivos son cambiar y mejorar el funcionamiento familiar, enseñando, por ejemplo, habilidades de comunicación y técnicas de solución de problemas a padres e hijos, habilidades educativas o de manejo familiar a los padres, o estrategias de afrontamiento de los problemas o conflictos familiares. Este tipo de programas no focalizan su actuación sólo sobre los padres sino también con los hijos a través de técnicas para mejorar sus habilidades de afrontamiento y comunicativas, o su actitud hacia las drogas, entre otros objetivos.

4. **Terapia familiar:** Este tipo de intervención se produce cuando se identifica riesgo en un adolescente que ya está siendo tratado por presentar algún problema (trastorno de conducta, problema académico) que suele ser un precursor o estar asociado al consumo de sustancias. Su aplicación es de carácter indicado, aunque su estructura, por sesiones terapéuticas, está más cerca del tratamiento que de una aplicación preventiva estricta. La terapia familiar cuenta con tres formatos concretos en el campo de la prevención selectiva del abuso de drogas: la Terapia Familiar Breve Estratégica, la Terapia Funcional Familiar y la Terapia Multidimensional Familiar.

A continuación se exponen experiencias de Programas de prevención familiar incluidos en el National Registry of Evidence-based Programs Practices , NREPP (Registro Nacional de Programas y Prácticas basados en la Evidencia), que respaldan la importancia del rol familiar en los programas de prevención indicada, y que avalan la necesidad de la realización de intervención familiar y además exponen estrategias de intervención familiar mencionadas anteriormente (Secades, , García & Al-Halabi , 2011).

- **Brief Strategic Family Therapy** (Terapia Familiar Breve Estratégica): Esta intervención se encuentra a medio camino entre la prevención y el tratamiento, ya que entre sus objetivos se encuentran prevenir, reducir o tratar los problemas de conducta de los adolescentes, entre los que se encuentra el consumo de drogas. Además, se busca la mejora de las conductas prosociales tales como la asistencia a la escuela o el rendimiento académico, y del funcionamiento familiar, mejorando el

liderazgo y el control paterno, las habilidades de cuidado positivas, y la implicación de los padres con los hijos, atendiendo además a sus amigos y a la escuela. La intervención dura de 12 a 16 sesiones, aunque esto depende de los problemas de la familia, pudiendo extenderse a 24 o más. Las sesiones se llevan a cabo en los sitios que resulten convenientes a la familia, incluyendo el hogar. La base teórica, de orientación sistémica, apunta a que el comportamiento adolescente está enraizado en las interacciones desadaptativas de la familia, las alianzas familiares inapropiadas, límites familiares extremadamente rígidos o permeables y en la creencia de los padres que un único individuo es el responsable de los problemas de la familia. La idea con la que se opera es que hay que transformar las relaciones familiares si se quiere cambiar el comportamiento del adolescente. Las fases del tratamiento son tres: Unión, Diagnóstico y Reestructuración. En la unión se anima a la familia a comportarse de forma normal, lo que permite al terapeuta el diagnóstico de los patrones familiares repetitivos y la posterior reestructuración mediante diferentes estrategias de cambio.

- **Celebrating Families** (Reconstitución Familiar): Es un programa dirigido a familias en las que uno de los padres o ambos están en los primeros estadios de recuperación de un trastorno por abuso de sustancias y en las que hay riesgo de violencia doméstica y/o abuso infantil. Hay reuniones por separado de padres e hijos, y conjuntas de toda la familia. Los temas que se abordan en las sesiones de dos horas son: 1) Vida saludable; 2) Nutrición; 3) Comunicación; 4) Sentimientos y defensas; 5) Manejo del enfado; 6) Información sobre alcohol, tabaco, y otras drogas; 7) La dependencia química como enfermedad; 8) Los efectos de la dependencia química sobre el conjunto de la familia; 9) Establecimiento de metas; 10) Cómo hacer elecciones saludables; 11) Límites saludables; 12) Amistades y relaciones saludables y 13) El carácter único de cada persona. El programa utiliza el modelo cognitivo-conductual para alcanzar tres objetivos: a) Romper el ciclo de abuso y dependencia de las sustancias dentro de las familias; b) Reducir el uso de sustancias y acortar las recaídas y c) Facilitar con éxito la reunificación familiar.

- **Creating Lasting Family Connections** (Creación de Conexiones Familiares Duraderas): Este programa está dirigido a padres con hijos de 9 a 17 años, y está pensado para ser aplicado en contextos comunitarios más allá de la escuela. Consta

de 18 a 20 sesiones semanales que se centran en impartir a los padres conocimientos relacionados con el uso de alcohol y drogas, mejorar las habilidades de comunicación y de resolución de conflictos en la familia, construir mecanismos de afrontamiento para resistir las influencias sociales negativas, fomentar el uso de servicios comunitarios cuando surjan los problemas personales y familiares, incrementar la responsabilidad personal y el respeto por los otros, y retrasar el comienzo y reducir el consumo de alcohol y drogas en los jóvenes. El programa es adaptable a las necesidades de los asistentes.

- **Familias Unidas:** Este es un programa desarrollado en USA para familias de procedencia hispana. Se dirige a padres con hijos entre 12 y 17 años. La intervención se realiza a través de grupos de padres con el objetivo de desarrollar habilidades parentales efectivas, y visitas a los domicilios, en las que se anima a los padres a practicar esas habilidades mientras interactúan con los adolescentes. En las sesiones de grupo con los padres, el responsable del programa o facilitador, anima a los padres a fijar algún tema de preocupación con los hijos, para posteriormente fomentar las habilidades parentales correspondientes para reducirlo o eliminarlo. El programa también incluye reuniones de los padres con los responsables escolares, para conectar a los padres con la escuela de los hijos. La duración del programa va de tres a cinco meses dependiendo del nivel de riesgo de la población objetivo.

- **Families and Schools Together (Familias y Escuelas Unidas):** Es un programa que realiza intervenciones con grupos multifamiliares que tienen como propósito establecer relaciones entre las familias, las escuelas y las comunidades. Los objetivos del programa son incrementar los factores protectores, incluyendo el vínculo padres-hijos, la implicación de los padres en la escuela, las redes de padres, la comunicación familiar, la autoridad parental y el capital social, con el propósito de reducir la ansiedad y el comportamiento agresivo de los hijos, e incrementar sus habilidades sociales y la capacidad atencional. Los tres componentes del programa son: 1) Captación de los padres; 2) Realización de ocho sesiones semanales con grupos multifamiliares y 3) Realización de reuniones mensuales de apoyo a los padres con una duración de hasta 24 meses. El programa está desarrollado para

todas las edades, aunque la investigación se ha hecho fundamentalmente con niños en primaria.

- **Nurturing Parenting Programs** (Programa para la Crianza de los Hijos): Este programa está especialmente diseñado para ayudar a familias que ya han tenido problemas por abuso o abandono infantil. Las metas del programa son: a) Incrementar la valía percibida, la capacidad personal, la empatía, el vínculo y el apego a los hijos de los padres; b) Incrementar el uso de estrategias alternativas al control disciplinario violento y abusivo; c) Incrementar el conocimiento de los padres sobre las expectativas adecuadas que pueden tener de sus hijos, en cada momento evolutivo y d) Reducir el abuso y el abandono. El programa se basa en un modelo cognitivo-conductual. Se utiliza técnicas de instrucción muy participativas. Las sesiones son multifamiliares y a domicilio. Las sesiones a domicilio duran unos 90 minutos y son de carácter semanal. La duración del programa es de unas 15 semanas.

- **Parenting Wisely** (Crianza Inteligente): Es un programa de prevención basado en ordenador y dirigido a padres con hijos entre 3 y 18 años. Consta de nueve sesiones, en las que los padres participantes ven un video que representa un típico problema familiar y tienen que elegir una solución de una lista, cuyas opciones representan distintos niveles de efectividad. Cada uno de los niveles es analizado y criticado con preguntas y respuestas interactivas. Cada sesión puede ser completada en dos o tres horas. Los padres también reciben manuales con el contenido del programa y ejercicios para promover el desarrollo de habilidades y la práctica de las mismas. Los objetivos del programa son mejorar la comunicación y las habilidades disciplinarias parentales.

- **Strengthening Families Program** (Programa de Fortalecimiento Familiar): Este es un programa de enseñanza de habilidades para padres con hijos de 3-16 años. Se imparte en 14 sesiones semanales de dos horas de duración. En esas dos horas, hay sesiones separadas en las que sólo están los padres o los hijos, y sesiones conjuntas en las que se reúnen las familias. Las sesiones para los padres están encaminadas a enseñarles a incrementar las conductas deseadas de los hijos, mediante el uso de la atención y las recompensas, la mejora de la

comunicación, la disciplina efectiva, la educación en el uso de sustancias, la resolución de problemas y el establecimiento de límites. Las sesiones para los jóvenes pretenden que aprendan sistemas de comunicación efectiva, entiendan sus sentimientos, mejorar las habilidades sociales y de resolución de problemas, resistir la presión de los iguales hacia el consumo, comprender las consecuencias del consumo de sustancias, y cumplir las reglas de conducta que marcan los padres.

Según el área de prevención de SENDA considera cuatro fundamentos conceptuales, el primero es el *de salud, bienestar y condiciones de desarrollo en la comunidad*. Entender la prevención desde ésta perspectiva enfatiza la necesidad de observar e intervenir oportunamente la fuente y el acceso de las familiar, los grupos o las personas a los suministros que requieren para su desarrollo humano, entendiendo que el desarrollo de una conducta de consumo y las consecuencias negativas de éste, tienen raíz en condiciones de vulnerabilidad familiar, falta de oportunidades, pautas discriminatorias, falta de acceso a servicios, precariedad en el apoyo social, malas relaciones, pasividad comunitaria, falta de capacidad organizativa, políticas públicas pocos eficientes, ect. La prevención de consumo de drogas y alcohol debe apuntar a generar, fortalecer y articular un suministro social de aportes bien dotado y promover en las comunidades las capacidades de gestión necesarias para asegurar el acceso de sus miembros a dichos aportes. (Orientaciones Técnicas, 2017)

Otro concepto fundamental es *Prevención de la vulnerabilidad relacional* que se caracteriza por la ausencia, debilidad o precariedad de la red social de apoyo que acompaña el desarrollo de las personas, restringiendo su acceso a los beneficios de la colaboración y la mutualidad, es decir, los suministros mencionado anteriormente. La falta de participación o la participación en subredes marginalizadas, que no logran canalizar efectivamente las necesidades de desarrollo de sus participantes, constituye un foco esencial de intervención social para la prevención del consumo de drogas y alcohol. Con la comprensión de los aspectos estructurales, funcionales y contextuales, permiten generar abordajes adecuados para prevenir la vulnerabilidad relacional de los niños, niñas y jóvenes, generar propuestas adecuadas para el despliegue de estrategias de prevención y evaluar los impactos

que efectivamente logran los programas e iniciativas en torno al fortalecimiento de las redes que acompañan su desarrollo. (Orientaciones Técnicas, 2017)

Cuando se refiere a la *Prevención con atención a la Diversidad Cultural*, dice relación con el reconocimiento de la forma que tienen las personas y las comunidades para definir sus problemas y ensayar formas de abordarlos, en donde no se reduce a las culturas minoritarias, como son los migrantes o las etnias, sino que incluyen también a los distintos sectores de la sociedad que se enfrentan a sus problemas de salud movilizando pautas culturales diversas para hacerles frente. Los funcionamiento barriales muchas veces generan formas de definir e intervenir problemas que no pueden quedar al margen de la intervención. Se trata de recursos situados, construidos en la interacción cotidiana, que guardan distintos niveles de eficiencias susceptibles de ser conectados con los recursos que intenta promover una política pública en drogas. De ahí cabe destacar, constantemente la impronta intercultural orientada al diálogo, el fortalecimiento de los recursos que tienen las propias comunidades para mejorar sus condiciones de desarrollo, y la negociación de abordajes adecuados para enfrentar problemas sanitarios complejos como es el consumo de drogas y alcohol. (Orientaciones Técnicas, 2017)

Por último, Los determinantes sociales de la salud que afectan a los jóvenes y que incluyen el riesgo de iniciar un consumo problemático de drogas y alcohol, deben ser analizados desde la *perspectiva de Género* atendiendo a la centralidad de los marcos socioculturales que definen la juventud en torno a la diada autonomía-capacidad reproductiva. Las tensiones que viven los jóvenes se relacionan con la armonización de la capacidad reproductiva y la construcción de un espacio simbólico y material adecuado para su despliegue, lo que supone no sólo la consecución de bienes para la convivencia en pareja o la construcción de una familia, sino también la definición de la propia sexualidad y su relación con los valores y las prácticas presentes en el entorno sociocultural. (Orientaciones Técnicas, 2017)

2.3. Marco Empírico

Se presentan investigaciones que dan cuenta de resultados sobre la efectividad de los programas de prevención familiar, y por ende respaldan la importancia del rol familiar. (Rojas, 2016)

1.- Kumpfer y Alvarado (2003, citado en Rojas, 2016) llevaron a cabo una revisión sobre el tema familia y prevención. Se establecieron los siguientes principios que podrían estar ejerciendo cierto grado de efectividad en los programas de prevención familiar. Concluye que el éxito de las intervenciones familiares radica en: estar focalizados de manera central en el sistema familiar (más que en padres o hijos únicamente), pueden generar cambios cognitivos, afectivos y conductuales en la dinámica familiar, son adaptables a las tradiciones culturales, mejorando el involucramiento y la retención en términos de participación de la familia en el proceso preventivo, aplican reforzamiento o incentivos para incrementar la convocatoria y la adherencia son impartidos por personal entrenado para establecer vínculos de empatía, calidez, humor, auto-confianza en los participantes, los entrenadores tienen la capacidad para estructurar y llevar a cabo las sesiones y usan métodos de enseñanza interactivos.

2.- Gates et al. (2006, citado en Rojas, 2016) llevaron a cabo un estudio de meta-análisis a través de una revisión en la base de datos Cochrane. El número de estudios analizados fue de 17, todos ellos ensayos controlados aleatorizados que examinaban cuatro tipos de intervención: entrevistas motivacionales o intervenciones breves, educación o entrenamiento en habilidades, programas familiares e intervenciones en la comunidad con componentes múltiples. Se evaluaron los efectos de los programas preventivos no escolares que tenían como objetivo reducir o retardar el consumo de drogas en los adolescentes. Los autores logran evidencia respecto de que los programas con más efectividad eran los programas familiares. Sólo uno de los estudios con entrevistas motivacionales combinados con programas familiares (*Focus on Families, Iowa Strengthening Families Program* y *Preparing for the Drug Free Years*) tuvieron efecto disuasivo sobre el consumo de marihuana en los adolescentes.

3.- El informe del *Federal Centre for Health Education* de Alemania (Bühler y Kröger, 2008) comunicó los siguientes resultados sobre la efectividad de los programas de prevención familiar (citado en Rojas, 2016):

a) Las intervenciones focalizadas en los padres de niños son cruciales para reducir o retrasar el inicio del consumo de sustancias, especialmente alcohol.

b) Los abordajes mono-componente (formación parental) tienen efectos favorables sobre los factores de riesgo aunque no sobre el consumo.

c) Los programas preventivos destinados al sistema familiar han demostrado mayor efectividad en familias donde nos hay abuso de sustancias, especialmente alcohol.

d) Las pautas preventivas más efectivas fueron:

- Alentar la interacción y vínculos entre padres e hijos, entrenar a los padres en los principios de la aproximación del reforzamiento social y en la instalación y desarrollo de la disciplina.

- Implementar métodos de formación interactiva.

- Informarse respecto al riesgo adolescente.

- Son primordiales las intervenciones focalizadas en el constructo riesgo y protección en los padres, describiendo el proceso desde el inicio temprano de la gama de conductas hasta el periodo de la adolescencia.

- Facilitar material compatible con las diferentes fases de desarrollo psicológico y físico.

- Las intervenciones deben comprender el escenario comunitario y cultural.

e) Las intervenciones familiares estructuradas tienen un impacto favorable sobre el comportamiento del consumo y los factores de riesgo en términos de retardar el consumo. Es decir sus efectos se dan a largo plazo.

f) Sus estrategias para identificar a las familias en alto riesgo suelen tener éxito.

g) Las medidas preventivas para los pre-escolares (3-5 años) deberían ser principalmente de carácter familiar.

4.- La institución IREFREA (2010) publicó una revisión que sistematiza varios trabajos sobre prevención familiar (citado en Rojas, 2016). La búsqueda se hizo en las bases de datos MEDLINE, PsycInfo y Cochrane desde el año 1989 al 2000. El estudio comprendió 27 revisiones y estudios, 5 meta análisis y 53 trabajos empíricos. Los objetivos fueron conocer las áreas, enfoques y formas de intervención, así como la evaluación de los factores que modulan el éxito de la

intervención familiar en la prevención y la determinación sobre la efectividad y limitaciones de los programas de prevención familiar, buscando las áreas más débiles que requieren más investigación.

Respecto a los modelos teóricos relacionados con el riesgo del consumo en los jóvenes y áreas de intervención familiar, algunos investigadores encontraron que: a) hay un déficit en el apoyo o soporte familiar para afrontar tareas u obstáculos cotidianos, b) existen actitudes favorables hacia el consumo de alcohol y otras drogas, c) se encuentran débiles vínculos establecidos entre padres e hijos, d) se evidencian deficientes habilidades parentales para la puesta de límites, disciplina, respeto a las jerarquías, ausencia de supervisión y monitoreo de los hijos y pobres habilidades de comunicación con el sistema y e) conflictos familiares crónicos, abuso físico y sexual.

En cuanto a los enfoques de intervención estos son variables, pueden estar orientados tanto a la detección temprana como también a grupos específicos donde el riesgo es alto. Y pueden estar incluidos dentro de los programas de prevención en colegios o en los de índole comunitaria.

En cuanto a las conclusiones y recomendaciones del estudio de IREFREA (2010) se determinó que el papel de la familia como sistema es vital e indiscutible. La información examinada coincide en que determinados factores familiares tienen gran importancia tanto en el inicio como en el mantenimiento del consumo, como son la existencia de un contexto social favorable o tolerante hacia el consumo de drogas, la presión o la influencia de los compañeros o ciertas características de los individuos tales como valores o actitudes favorables al consumo, un marcado déficit en las habilidades de afrontamiento, un deficiente rendimiento escolar y una baja autovaloración, entre otros aspectos deficitarios.

5.- Evaluación llevada a cabo por Secades et al. (2011) (citado en Rojas, 2016) en dos programas implementados en los Estados Unidos, el *Iowa Strengthening Families Program* (ISFP) y el *Preparing for Drug Free Years Program* (PDFY – o también conocido como *Guiding Good Choices*) que comprenden desde el año 2001 hasta el 2006. Los autores dan cuenta de la efectividad de ambos programas en la medida que producen diferencias significativas con el grupo control, tanto en la iniciación como en el consumo actual de tabaco, alcohol y marihuana en los adolescentes. Además, demostraron que los efectos se mantienen de manera

significativa entre el grupo control y los de tratamiento a los seis años de seguimiento.



3.- OBJETIVOS DEL ESTUDIO

3.1. Objetivo General

- Indagar el efecto de la intervención familiar implementada en un programa de prevención indicada de consumo de drogas en el cumplimiento de objetivos propuestos.

3.2. Objetivos Específicos

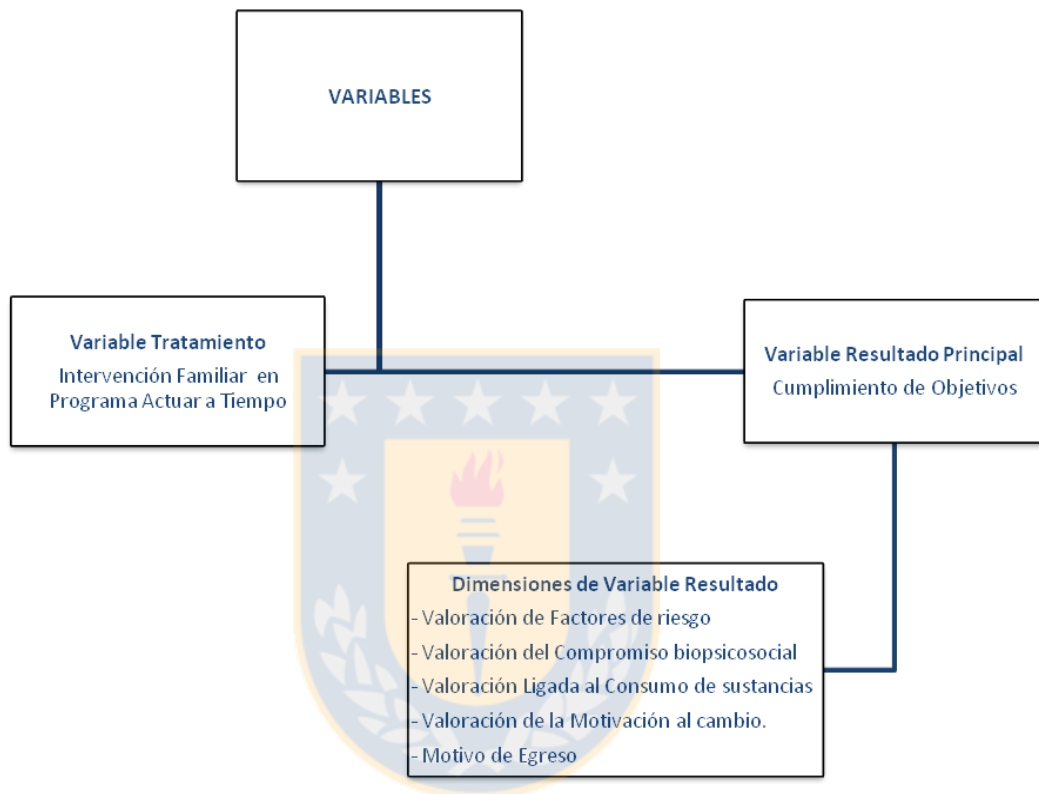
- Describir la intervención familiar realizada según Programa Actuar a Tiempo en los usuarios de los tres establecimientos educacionales focalizados.
- Identificar limitantes y fortalezas en el desarrollo de la intervención familiar realizada en Programa Actuar a Tiempo, de acuerdo a la percepción profesionales que ejecutan programa.
- Indagar el efecto de la intervención familiar en el cumplimiento de objetivos medidos como: valoración ligada al consumo, valoración motivacional, valoración de factores de riesgo, valoración del compromiso biopsicosocial y motivo de egreso.

3.3. Hipótesis

- Existen menor riesgo de consumo de drogas en usuarios que reciben intervención familiar.
- Existe un mejor cumplimiento de objetivos en usuarios que reciben intervención familiar.
- La intervención familiar está asociada directamente al el motivo de egreso.

4.- VARIABLES DEL ESTUDIO

FIGURA Nº 1
Identificación de las Variables Centrales del Estudio



Fuente: Elaboración Propia

Operacionalización de Variables:

A.- Variable Tratamiento: INTERVENCIÓN FAMILIAR

La variable a estudiar por la investigadora, se refiere específicamente a la intervención familiar realizada en el Programa Actuar a Tiempo. Sin perjuicio de ello, se incorpora a nivel descriptivo la totalidad de la intervención (tipo de encuentro o prestación realizada) registrada según pauta “Registro de Intervención” utilizada por el Programa Actuar a Tiempo, la que se organiza como:

- Intervención Individual
- Intervención Grupal
- Intervención Familiar
- Intervención NNJ y Familia
- Intervención en Red
- Intervención en Escuela

De lo anterior, se obtiene un puntaje total de las intervenciones que se categoriza de la siguiente manera:

- Intervención Deficiente: 28 a 13 puntos
- Intervención Regular: 55 a 29 puntos
- Intervención Adecuado: 56 a 78 puntos

Para el cumplimiento de objetivo de la presente investigación sólo se analiza la variable intervención familiar, que es la variable central de este estudio.

Definición Nominal: Intervención profesional que tiene a la familia como foco de atención bajo una perspectiva sistémica global que favorece la centralización y coordinación de los recursos en torno a la totalidad de la familia, superando las miradas individuales y parciales y facilitando la colaboración (Aylwin Acuña & Solar S., 2002).

Según el Programa Actuar a Tiempo, especifica la Intervención Familiar como: “...Refuerza las dos anteriores individual-grupal, al comprometer a la familia o

adultos significativos en un proceso preventivo que acompaña al estudiante”
(Orientaciones Técnicas, 2017)

Definición Real: La variable será medida a través de las siguientes dimensiones:

- Apoyo Familiar Domiciliario
- Formación Parental
- Formación Habilidades Parentales
- Terapia Breve
- Otro

Las dimensiones antes mencionadas serán medidas de acuerdo a los siguientes indicadores

- Realización de intervención
- Cantidad de intervenciones familiares
- Frecuencia de intervenciones familiares
- Participación del grupo familiar
- Aspectos concretos en los que se centran (descripción)
- Limitantes y fortalezas en la implementación (descripción)

Finalmente se obtiene un puntaje total de la variable intervención familiar que se categoriza de la siguiente manera:

- Intervención Familiar Deficiente: 6 o menos puntos
- Intervención Familiar Regular: 9 a 7 puntos
- Intervención Familiar Adecuado: 13 a 10 puntos

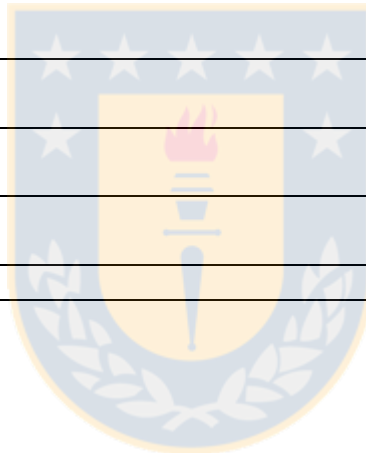
Lo anterior, se describe en cuadro nº 1.

Cuadro 1

“Operacionalización de la intervención realizada en Programa Actuar a Tiempo“

| Tipo de Prestaciones | Se realiza (Si/No) | Número de intervenciones | Frecuencia de intervención (Mensual/ quincenal/ semanal) | Participación Grupo Familiar (Si/No) | TOTAL |
|--|--------------------|--------------------------|--|--------------------------------------|-------|
| 1. Intervención Individual | | | | | |
| 2. Intervención Grupal | | | | | |
| 3. Intervención Familiar -Apoyo Familiar Domiciliario -Formación Parental -Formación Habilidades Familiares -Terapia Breve -Otro | | | | | |
| 4. NNJ y Familia | | | | | |
| 5. Red | | | | | |
| 6. Escuela | | | | | |
| | | | | TOTAL | |

Fuente: Elaboración propia



B.- Variable Resultado Principal: CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS

Definición Nominal: Se entiende como el Resultado obtenido y registrado por cada dimensión en la Ficha “Resumen Técnico y monitoreo Plan de Trabajo Individual” proporcionado por SENDA. (Orientaciones Técnicas, 2017)

Definición Operacional: Se categoriza como:

- Cambio Negativo
- Sin cambio
- Cambio Positivo.

Dimensiones de Resultado Principal:

a) Valoración de Factores de Riesgos

Definición Nominal: Permite visualizar los factores de riesgo en base a cuatro dimensiones: Pares, Escuela, Familia, Individual y según las siguientes subdimensiones: Hiperactividad, Asilamiento, oposicionismo desafiante, involucramiento, consumo individual, cambios en el estado anímico, conducta disocial, rendimiento escolar, pares con consumo, violencia escolar, ausentismo, antecedentes familiares. Para lo anterior se utilizará instrumento de Pauta de Observación y Detección Temprana. (Orientaciones Técnicas, 2017)

Definición Operacional: Se categoriza como:

- Riesgo Bajo
- Riesgo Avanzado.

b) Valoración Compromiso Biopsicosocial

Definición Nominal: Se refiere a una apreciación de la magnitud de los efectos o consecuencias negativas del consumo de sustancias en las distintas áreas de la vida de las personas que consumen y de su entorno. Se aborda bajo la Pauta de CBPS Infanto Adolescente, según las siguientes áreas: Salud Física general, salud sexual y reproductiva, salud mental, capacidad adaptativa, figura vincular o contenedora, funcionamiento familiar, estrategias de apoyo social, antecedentes de

consumo de sustancia, salud mental, delito en la familia o terceros, condiciones básicas, escuela o liceo, grupo de pares, comunidad y ocio y tiempo libre. (Orientaciones Técnicas, 2017)

Definición Operacional: Se categoriza como:

- No observado
- Sin CBPS
- CBPS Leve
- CBPS Moderado
- CBPS Severo.

c) Valoración Ligada al Consumo

Definición Nominal: A través de DEP ADO, instrumento de tamizaje de origen canadiense adaptado para población chilena por la Universidad de la Frontera. (Orientaciones Técnicas, 2017)

Definición Operacional: Se categoriza como:

- Bajo Riesgo
- Riesgo Moderado
- Alto Riesgo

d) Valoración de la Motivación

Definición Nominal: Bajo el modelo Transteórico del Cambio, permite o indica posibles estrategias de acercamiento y el tipo de actividades que se deben establecer y considerar en la elaboración del plan de trabajo individual en prevención indicada. (Orientaciones Técnicas, 2017)

Definición Operacional: Se determinan las siguientes etapas:

- Pre contemplación
- Contemplación
- Preparación
- Acción
- Mantenimiento

- Recaída.

e) Motivo de Egreso

Definición Nominal: Corresponde a la finalización de proceso de acompañamiento del estudiante. (Orientaciones Técnicas, 2017)

Definición Operacional: Los motivos de egreso se clasifican en los siguientes:

- Cumplimiento de objetivos: Estudiante finaliza proceso de acompañamiento de acuerdo a lo planificado en su respectivo plan de intervención individual, pudiendo obtener un total cumplimiento de objetivos o parcial cumplimiento de objetivos.
- Deserción: Responden a situaciones que interrumpen abruptamente los procesos de acompañamiento como deserción del estudiante, retiro adulto responsable, cambio de establecimiento educacional y pérdida de contacto.
- Egreso Técnico Administrativo: Responde a situaciones como medida disciplinaria del establecimiento educacional, referencia a otros programas y/o incumplimientos graves a las normativas del programa.

La operacionalización de las dimensiones de la variable principal mencionadas anteriormente se describe en Cuadro nº 2.

Cuadro 2
 “Operacionalización de las Dimensiones de Cumplimiento de Objetivos”

| Variables | Operacionalización | Categorización |
|--|---|---|
| Valoración de Factores de riesgo | <ul style="list-style-type: none"> - Riesgo Bajo - Riesgo Avanzado. | 0 a 39 puntos 40 a 80 puntos |
| Valoración Compromiso biopsicosocial | <ul style="list-style-type: none"> - No observado - Sin CBPS - CBPS Leve - CBPS Moderado - CBPS Severo | 0 1 2 3 4 |
| Valoración Ligada al Consumo de sustancias | <ul style="list-style-type: none"> - Bajo Riesgo - Riesgo Moderado - Alto Riesgo | 0 a 6 puntos 7 a 22 puntos 23 y más |
| Valoración de la Motivación al cambio | <ul style="list-style-type: none"> - Pre contemplación - Contemplación - Preparación - Acción - Mantenimiento - Recaída | 1 2 3 4 5 |
| Motivo de Egreso | <ul style="list-style-type: none"> - Cumplimiento de objetivos - Deserción - Egreso Técnico - Administrativo | 1 2 3 |

Fuente: Elaboración propia

5.- METODOLOGÍA

5.1. Diseño de la Investigación

Corresponde a un estudio cuasi experimental, de corte longitudinal y enfoque cuantitativo, con aplicación de intervención a un grupo y mediciones antes-después.

5.2. Unidad de Análisis

Relación entre Intervención familiar y cumplimiento de objetivos

5.3. Unidad de Observación

1.- Profesionales que implementan Programa Actuar A Tiempo. (Dupla psicosocial)

2.- Criterios de inclusión/exclusión de la unidad de observación

- Dupla psicosocial que se encuentra a cargo de la ejecución del Programa Actuar a Tiempo.

5.4. Delimitación geográfica y temporal

La investigación tiene una cobertura en tres establecimientos educacionales municipales de enseñanza media los cuales se encuentran focalizado en convenio de Programa Actuar a Tiempo, entre SENDA y Municipalidad de Talcahuano.

5.5. Población de Estudio

La población de estudio está conformada por el total de unidades de observación que reúnen los criterios de inclusión que se especificaron, que corresponde a la dupla psicosocial que implementa el programa en los establecimientos educacionales y que según orientaciones Técnicas del Programa intervienen a usuarios de los siguientes establecimientos educacionales focalizados, de acuerdo a la distribución que se indica en cuadro 3.

Cuadro 3
“Población de Estudio“

| Establecimientos Educativos | Población de estudio | |
|--|----------------------|----------------------|
| | Usuarios | Dupla Psicosocial |
| Liceo Comercial “Profesor Sergio Moraga Arcil” | 10 | |
| Liceo Industrial “ Juan Antonio Ríos” | 10 | 2 |
| Liceo Técnico | 10 | |
| TOTAL | 30 | 2 |

Fuente: Elaboración propia

A continuación se describe los establecimientos educacionales focalizados por el Programa Actuar A Tiempo.

- **Liceo Comercial Profesor “Sergio Moraga Arcil”:** Establecimiento Educativo de enseñanza media Técnico-Profesional Comercial, cuya dependencia es Municipal. Cuenta con una matrícula de 680 alumnos. Existe 9 cursos de 1º año medio, 6 cursos de 2º año medio, 6 cursos de 3º año medio y 7 cursos de 4º año medio. El índice de Vulnerabilidad escolar es un 87,1%. Se encuentra ubicado en sector Salinas de la comuna de Talcahuano.
- **Liceo Industrial Juan Antonio Ríos:** Establecimiento Educativo de enseñanza media Técnico-Profesional Industrial, cuya dependencia es Municipal. Cuenta con una matrícula de 386 alumnos. Existe 3 cursos de 1º año medio, 3 cursos de 2º año medio, 6 cursos de 3º año medio y 6 cursos de 4º año medio. Su índice de vulnerabilidad escolar es un 79,4%. Se encuentra ubicado en sector Higueras de la comuna de Talcahuano.
- **Liceo Técnico:** Establecimiento Educativo de enseñanza media Técnico Profesional Técnico e Industrial, cuya dependencia es Municipal. Cuenta con una matrícula de 615 alumnos. Existe 3 cursos de 1º año medio, 3 cursos de 2º año medio, 6 cursos de 3º año medio y 6 cursos de 4º año medio. Su

índice de vulnerabilidad escolar es un 88,9%. Se encuentra ubicado en sector Centro de la comuna de Talcahuano.

Los Establecimientos educacionales antes mencionados consideran condiciones de homogeneidad tanto en tipo de dependencia como en Índices de Vulnerabilidad Escolar.

En lo que respecta al ingreso de los estudiantes a prevención indicada, éstos son referidos por docentes y contrapartes de los establecimientos educacionales a través de la Pauta de Factores de Riesgo y Detección Temprana, las cuales son derivadas a la dupla psicosocial quienes determinan según criterio clínico y entrevista, los estudiantes que perfilan a intervención indicada. Es importante mencionar, que los docentes son previamente capacitados por dupla psicosocial sobre Detección Temprana y Pauta de Factores de Riesgo.

5.6. Fuentes y Técnicas de Recolección de Datos

5.6.1. Fuente de Información:

Corresponden a fuente directa y son los profesionales que implementan el programa, denominado dupla psicosocial y se utilizan además fuentes de información secundarias correspondientes a los registros y bases de datos extraída de plataforma SISPREV, que corresponde a usuarios que forman parte de prevención indicada.

5.6.2. Técnica de Recolección de Datos:

La técnica a utilizar en esta investigación corresponde a la Entrevista estructurada y revisión de información secundaria como fichas técnicas y bases de datos.

5.6.3. Instrumentos de Recolección de Datos:

En el cuadro 4, se expone para mayor claridad, los instrumentos utilizados en la investigación según cada variable presentada.

Cuadro 4
 “Instrumentos de Recolección de Datos”

| Variables | Fuentes de Recolección de Datos | Instrumentos a Utilizar |
|--|---------------------------------|---|
| Intervención Familiar | Directa | Cuestionario autoadministrado, antecedentes socio demográficos y de Intervención familiar (elaborado por Tesista) |
| | Secundaria | Ficha técnica “Registro de Intervención” |
| Cumplimiento de Objetivos | Secundaria | Ficha Técnica “Resumen Técnico y Monitoreo Plan de Intervención Individual” |
| Valoración de Factores de riesgo | Secundaria | Pauta Observación y Detección Temprana |
| Valoración Compromiso biopsicosocial | Secundaria | Pauta Compromiso Biopsicosocial |
| Valoración Ligada al Consumo de sustancias | Secundaria | Instrumento DEP ADO |
| Valoración de la Motivación al cambio | Secundaria | Pauta Motivación al Cambio |
| Motivo de Egreso | Secundaria | Ficha Técnica “Resumen Técnico y Monitoreo Plan de Intervención Individual” |

Fuente: Elaboración propia

Descripción de los instrumentos

1.- **La Variable Tratamiento**, se indaga a través de Cuestionario autoadministrado elaborado por la Tesista (Anexo nº1), destinado a los profesionales que implementan el Programa, que contiene los siguientes apartados:

- Una primera sección que contempla: antecedentes socio demográficos como sexo, edad, meses en el cargo, profesión, especialización.
- Un segundo apartado que incluye preguntas abiertas para indagar respecto de Limitantes y fortalezas de la intervención familiar realizada.
- Un tercer apartado, que incluye una ficha resumen de registro (elaborado por la Tesista) a partir de la Pauta de registro de intervención proporcionada por SENDA con el fin de determinar la tendencia de intervención según prestación (individual, familiar, grupal, entre otros) realizada por cada estudiante atendido, además de antecedentes que describen la intervención familiar desarrollada por ellos. Se consideran las siguientes dimensiones: cantidad de intervenciones familiares realizadas, Frecuencia de intervenciones familiares, Participación del grupo familiar y Aspectos concretos en los que se centran.

2- **La Variable Resultado Principal**, considera para su evaluación el ítem *“Resultados” de la sección 2 Propuesta y Evaluación Técnica de la Intervención* contenida en la Ficha *“Resumen Técnico y Monitoreo Plan de Trabajo Individual”* que utiliza SENDA. Para ello, incluye la medición de variable cumplimiento de objetivos, a través de las siguientes escalas e indicadores por cada una de las dimensiones. Lo anterior forma parte de los registros técnicos y evaluaciones a partir del criterio clínico de los profesionales que implementan el Programa ya que son los expertos y capacitados en la temática por SENDA. Las dimensiones consideradas son:

- a) ***Pauta de Observación y Detección Temprana*** (Anexo nº 2), para medir *Valoración de Factores Protectores y de Riesgo*. Éste formato es proporcionado y validado por SENDA. Si bien desde las orientaciones técnicas se señala que es una pauta de aproximación con el estudiante y no es una Pauta Diagnóstica, se considera relevante para la investigación. A través de SISPREV (Sistema de Prevención) se registra Riesgo Bajo y Riesgo Avanzado.
- b) ***Pauta Compromiso BioPsicosocial*** (Anexo nº 3), para medir *Valoración de Compromiso Biopsicosocial*. Dicho instrumento se encuentra basada en la Pauta de Compromiso Biopsicosocial Infante Adolescente extraída de las orientaciones de tratamiento por lo que ha sido revisadas y complementadas por los equipos regionales y comunales de SENDA a través de los procesos de revisión y optimización de procesos del programa que tomaron lugar durante el año 2016. Se establece el nivel de compromiso biopsicosocial a través del criterio clínico de los profesionales. (No observado, Sin CBPS, Leve, Moderado o Severo)
- c) ***Instrumento DEP-ADO*** (Anexo nº 4), para medir *Valoración Dimensión Ligada al Consumo*. Este instrumento es considerado de tamizaje de consumo problemático de alcohol y drogas en adolescentes entre 16 a 18 años. Es de origen canadiense adaptado para la población chilena por la Universidad de la Frontera. Este instrumento es parte del Protocolo de Evaluación del Modelo Multidimensional de Intervención Diferenciada con Adolescentes MMIDA, financiado por CONICYT a través del proyecto FONDEF D08i-1205 y desarrollado por investigadores del Departamento de Psicología de la Universidad de La Frontera, Chile, en convenio con el Servicio Nacional de Menores, Fundación Tierra de Esperanza y Consejo de Defensa del Niño, durante los años 2010 a 2013. Este instrumento proporciona información respecto de: Frecuencia del consumo ANUAL de alcohol y otras drogas, Frecuencia del consumo MENSUAL de alcohol y otras droga, Edad de inicio de consumo

regular de alcohol y otras drogas, Uso de drogas inyectadas, Consumo excesivo de alcohol, Consumo de tabaco, Consecuencias del consumo de alcohol y drogas. A través de SISPREV (Sistema de Prevención) se registra Riesgo Bajo con una puntuación entre 0 a 6 puntos, Riesgo Moderado entre 7 a 22 puntos y Alto Riesgo entre 23 y más puntos.

- d) **Modelo Transteórico del Cambio**, para evaluar *Valoración Motivacional*. Esta valoración se rige bajo el Modelo Transteórico del Cambio y su aplicación en población Infante Adolescente. Desde SENDA se proporciona Pauta de objetivos asociados a Estadios Motivacionales de cambio y modalidad de intervención propuesta (Anexo nº5), basado en Vizcarra y Dionne, 2008. Se establece la Valoración Motivacional a través del criterio clínico de los profesionales.
- e) **Motivo de Egreso**, registrado en documento “Resumen Técnico y Monitoreo PTI”.
- f) También se considera las variables complementarias de carácter socio demográfico del estudiante como: sexo, edad, etapa de adolescencia, nivel educacional y establecimiento educacional al cual pertenece.
- g) Finalmente se registra las características familiares del estudiante: sexo, vive con familia y adulto responsable.

Se adjunta plantilla de recolección de información utilizada en el Anexo nº 6.

5.6.4. Procedimiento

- En primer lugar, se realiza presentación de la investigación SENDA Previene para solicitar las autorizaciones respectivas.
- En segundo lugar, se informa a directores de establecimientos educacionales para llevar a cabo la investigación y acceder a la población de estudio propio de Programa Actuar a Tiempo.
- En tercer lugar, se aplica el asentimiento de estudiantes y consentimiento informado de adulto responsable, como se determina en orientaciones técnicas del Programa Actuar a Tiempo. (Anexo nº 7) A demás se aplica asentimiento y consentimiento informado respecto del estudio. (Anexo nº 8).
- En cuarto lugar, se realiza aplicación de pre test a usuarios que ingresan a prevención indicada durante el mes de agosto de 2017, respecto de las variables valoración factores de riesgo, valoración compromiso biopsicosocial, valoración consumo de sustancia, valoración de motivación al cambio. A demás se incorpora la medición de características socio demográfico del estudiante y características familiares del estudiante. (Ver Cuadro 4). Se obtiene del documento “Resumen Técnico y Monitoreo PTI” y datos de SISPREV en donde se registra resultados de las variables mencionadas anteriormente.
- En quinto lugar, se realiza fase de análisis preliminar con información recabada.
- En sexto lugar, se realiza la aplicación de post test a los usuarios una vez transcurrido 3 meses de intervención, se mide las variables: (ver cuadro 5)
 - Valoración factores de riesgo
 - Valoración compromiso biopsicosocial
 - Valoración consumo de sustancia
 - Valoración de motivación al cambio.

- En séptimo lugar, se obtiene el documento “Resumen Técnico y Monitoreo PTI” en donde se registra resultados de las variables mencionadas anteriormente, a demás del cumplimiento de objetivos. Esto da paso al análisis de los antecedentes recabados y elaboración de las conclusiones correspondientes.
- En octavo lugar, se realiza la aplicación de los instrumentos que aborda la variable característica socio demográfica y de intervención familiar, cuya elaboración está a cargo de Tesista, y es aplicado a profesionales (dupla psicosocial) quienes se encuentran a cargo de la implementación del Programa en los tres establecimientos educacionales focalizados.

Cuadro 5
“Temporalidad de mediciones“

| Instrumento | Tiempo Basal (T0) | 3 ms. (T2) |
|--|-------------------|------------|
| - Variable socio demográficas de estudiantes y características familiares | * | |
| - Aplicación Pauta Observación y DT | * | * |
| - Valoración CBPS | * | * |
| - Aplicación DEP ADO | * | * |
| - Valoración Motivación al Cambio | * | * |
| - Ficha Resumen Técnico y Monitoreo PTI | * | * |
| - Aplicación de cuestionario antecedentes sociodemográficos y de Intervención familiar | | * |

Fuente: Elaboración propia

5.7. Resguardos éticos de la investigación

Se considera aspectos éticos que permitieran cautelar los derechos de las personas participantes, así como la determinación de medidas que contribuyan a la confiabilidad de los resultados del estudio:

- Se solicita consentimiento informado a cada uno de los adultos responsables de los usuarios adolescentes participantes del estudio así como también asentimiento informado para el usuario (Anexo n° 7 y 8°). A través de estos documentos, tanto el adulto responsable como el adolescente participante de la intervención, otorgaron su firma para declarar su libre y voluntario consentimiento para incorporarse a la intervención y al estudio, con la debida información de los objetivos que persigue tanto el programa como la investigación.
- Se aseguró y brindó a cada participante en el estudio un trato respetuoso y no discriminativo, así como también se garantizó el resguardo de la información recolectada y el anonimato de los participantes, utilizando base de datos con códigos y no con nombres.
- Cada participante tuvo la completa libertad para decidir su continuidad en el estudio.
- Cuando alguno de los participantes presentó consumo problemático de drogas y/o alcohol, fue derivado al dispositivo de salud correspondiente, debiendo por tanto, salir del estudio.

5.8. Plan de Análisis

El análisis se realizó utilizando el **programa estadístico STATA 11SE**, a través del cual, se hará un **análisis descriptivo univariado** para la caracterización de profesionales (sexo, edad, años en el cargo, profesión, especialización) y caracterización de usuarios y grupo familiar a través de frecuencia absoluta y frecuencia porcentual. Se considera un análisis descriptivo de las variables de estudio tanto en pre y pos test y las limitantes y fortalezas en la implementación de intervención familiar. También se realizó un **análisis bivariado**, que buscó

establecer diferencias entre la intervención familiar desarrollada en el Programa, y el cumplimiento de objetivo, así como también a través de pruebas de correlación y significación entre variables utilizando test de student para diferencias pareadas, para determinar cuánto influye la variable intervención familiar en las variables valoración factores protectores y de riesgo, valoración compromiso biopsicosocial, valoración ligada al consumo y a la motivación del cambio, cumplimiento de objetivos y motivo de egreso. Se analiza los datos en función de intención de tratar, se incluye la totalidad de los usuarios ingresados al programa al momento inicial.





CAPITULO II

6.- PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS

A continuación se expondrán los principales resultados a partir de un análisis descriptivo de las variables y luego análisis bivariado en función de los objetivos propuestos en el estudio. Los resultados son analizados y obtenido a través del sistema estadístico STATA.

6.1. Análisis Descriptivo de la Población de Estudio

Tabla 1

Características sociodemográficas de estudiantes

| Características | Fi | % | Total | |
|----------------------------------|--------|-------|--------|-------|
| | | | Fi | % |
| | (n=30) | | (N=30) | |
| Edad (años) | | | | |
| 15 | 4 | 13.33 | 4 | 13.33 |
| 16 | 12 | 40.00 | 12 | 40.00 |
| 17 | 9 | 30.00 | 9 | 30.00 |
| 18 | 5 | 16.67 | 5 | 16.67 |
| Sexo | | | | |
| Mujer | 6 | 20.00 | 6 | 20.00 |
| Hombre | 24 | 80.00 | 24 | 80.00 |
| Adolescencia | | | | |
| Media | 25 | 83.33 | 25 | 83.33 |
| Tardía | 5 | 16.67 | 5 | 16.67 |
| Curso | | | | |
| Primero Medio | 10 | 33.33 | 10 | 33.33 |
| Segundo Medio | 8 | 26.67 | 8 | 26.67 |
| Tercero Medio | 9 | 30.00 | 9 | 30.00 |
| Cuarto Medio | 3 | 10.00 | 3 | 10.00 |
| Establecimiento Educativo | | | | |
| Liceo Industrial | 10 | 33.33 | 10 | 33.33 |
| Liceo Comercial | 10 | 33.33 | 10 | 33.33 |
| Liceo Técnico | 10 | 33.33 | 10 | 33.33 |

Fuente: Elaboración propia

Los usuarios del programa de prevención de consumo de drogas forman parte de los tres establecimientos educacionales de enseñanza media de la comuna de Talcahuano. Principalmente son estudiantes de Primer a Tercero año Medio, y

de sexo masculino. Respecto a esto último, puede relacionarse en el plano de las masculinidades, que el consumo de drogas tiene un rol muy importante en la reproducción de una pauta de género caracterizada por la toma de riesgos, la dominación, la resistencia, la iniciativa o la temeridad. Gran parte de la presión de pares entre jóvenes de sexo masculino se relaciona con la asunción de riesgos, donde el consumo de drogas, especialmente de alcohol, permite generar las condiciones de arrojo necesarias para abordarlos sin precauciones. (Orientaciones Técnicas, 2017)

En la tabla se observa además, que los estudiantes principalmente se encuentran en la etapa de la adolescencia media (entre 15 a 17 años), de acuerdo a las cualidades específicas de ésta etapa, es aquí donde se presenta una fuerte sensación de omnipotencia e invulnerabilidad. Esta auto percepción y arrojo puede exponer a los adolescentes a conductas de riesgos y consecuencias negativas para la salud o el desarrollo ulterior de capacidades, como ocurre en torno al consumo de drogas ilegales, alcohol o tabaco. (Orientaciones Técnicas, 2017)



Tabla 2

Características sociodemográficas del adulto responsable del estudiante

| Características | Fi | % | Total | |
|--------------------|--------|-------|--------|-------|
| | (n=30) | | Fi | % |
| | | | (N=30) | |
| Adulto Responsable | | | | |
| Madre | 20 | 66.67 | 20 | 66.67 |
| Padre | 8 | 26.67 | 8 | 26.67 |
| Otro Familiar | 2 | 6.67 | 2 | 6.67 |
| Sexo | | | | |
| Mujer | 22 | 73.33 | 22 | 73.33 |
| Hombre | 8 | 26.67 | 8 | 26.67 |
| Vive con Familia | | | | |
| Si | 22 | 73.33 | 22 | 73.33 |
| No | 8 | 26.67 | 8 | 26.67 |

Fuente: Elaboración propia

En la tabla se observa que la madre es el principal adulto responsable de los estudiantes y en donde mayoritariamente éstos viven con sus familias.

Importante considerar que durante la etapa de la adolescencia se cuestiona la relación con los padres y otros adultos que han representado la autoridad mediatizada en las normas por lo que la familia vive momentos de alta tensión en la medida en que solo realice esfuerzos hacia la estabilidad sin reconocer el momento de máxima inestabilidad por la atraviesa el hijo adolescente. (Orientaciones Técnicas, 2017)

Tabla 3

Descripción sociodemográfica de profesionales

| Características | Fi | % | Total | |
|--------------------|-------|-------|-------|-------|
| | | | Fi | % |
| | (n=3) | | (N=3) | |
| Edad (años) | | | | |
| 28 | 1 | 33.33 | 1 | 33.33 |
| 31 | 1 | 33.33 | 1 | 33.33 |
| 32 | 1 | 33.33 | 1 | 33.33 |
| Sexo | | | | |
| Mujer | 2 | 66.67 | 2 | 66.67 |
| Hombre | 1 | 33.33 | 1 | 33.33 |
| Meses en el Cargo | | | | |
| 9 | 1 | 33.33 | 1 | 33.33 |
| 11 | 2 | 66.67 | 2 | 66.67 |
| Profesión | | | | |
| Trabajador Social | 2 | 66.67 | 2 | 66.67 |
| Otro | 1 | 33.33 | 1 | 33.33 |
| Especialización | | | | |
| Infantoadolescente | 1 | 33.33 | 1 | 33.33 |
| Familia | 1 | 33.33 | 1 | 33.33 |
| No corresponde | 1 | 33.33 | 1 | 33.33 |

Fuente: Elaboración propia

En la tabla antes expuesta, se aprecia que hay tres profesionales que implementaron el programa, los cuales se encuentran entre los 28 y 32 años, siendo en el caso de las Mujeres de profesión Trabajadoras Sociales con especialización en Infanto-adolescente y Familia. En el caso del hombre es de profesión Psicopedagogo y no posee especialización. Los profesionales mencionados no alcanzan el año en el cargo.

Importante mencionar, es que si bien el programa considera una dupla psicosocial para la ejecución del Programa, se incorpora a una profesional del equipo para el apoyo de la intervención individual.

6.2. Descripción de las variables de estudio en su medición Antes-Después

Tabla 4

Descripción de la Valoración Ligada al Consumo

| Variables | Pre Test | | Pos Test | |
|--|----------|-------|----------|--------|
| | Fi | % | Fi | % |
| | (n=30) | | (n=30) | |
| Consumo de Alcohol | | | | |
| Si | 14 | 46.67 | 10 | 33.33 |
| No | 16 | 53.33 | 20 | 66.67 |
| Consumo de Marihuana | | | | |
| Si | 19 | 63.33 | 16 | 53.33 |
| No | 11 | 36.67 | 14 | 46.67 |
| Consumo de Otras Drogas | | | | |
| Si | 3 | 10.00 | - | - |
| No | 27 | 90.00 | 30 | 100.00 |
| Frecuencia Consumo Abusivo de Alcohol | | | | |
| Ninguna vez | 6 | 20.00 | 12 | 40.00 |
| 1 a 2 veces | 15 | 50.00 | 12 | 40.00 |
| 3 a 12 veces | 6 | 20.00 | 5 | 16.67 |
| 13 a 24 veces | 2 | 6.67 | - | - |
| 25 veces o más | 1 | 3.33 | 1 | 3.33 |
| Riesgo de Consumo | | | | |
| Bajo | 1 | 3.33 | 4 | 13.33 |
| Moderado | 19 | 63.33 | 24 | 80.00 |
| Alto | 10 | 33.33 | 2 | 6.67 |

Fuente: Elaboración propia

En la tabla nº 3 se puede apreciar que los usuarios ingresados al programa manifiestan mayoritariamente no haber consumido alcohol ni otras drogas en los últimos 30 días. Sin embargo frente a la misma pregunta respecto a la sustancia de marihuana mayoritariamente afirman su consumo. Esto tiene directa relación con el aumento de consumo de marihuana que ha experimentado la población escolar desde el año 2011 a la fecha, teniendo como principal motivo el fácil acceso a la sustancia y la baja percepción de riesgo tanto de los adolescentes como de los padres o adultos responsables. (SENDA, Décimo Primer Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar de Chile 2015, 2016)

Respecto a la frecuencia de consumo abusivo de alcohol en los últimos doce meses (8 tragos de alcohol en hombres/6 tragos en mujeres, en una misma ocasión) mayoritariamente manifiestan 1 a 2 veces.

Por lo tanto, el nivel de riesgo de consumo que mayoritariamente presentan los usuarios corresponde a Moderado. Es importante mencionar, que para el ingreso de los usuarios al programa no sólo califica según esta variable sino también respecto al nivel de factores de riesgo que presente el estudiante.

En cuanto, a la segunda medición disminuye el número de usuarios con consumo de alcohol, de marihuana y de otras drogas, así como también la frecuencia de consumo. Resulta destacable, que el nivel de riesgo de consumo de sustancias baja considerablemente de un alto nivel a un nivel moderado, que es en donde se concentra la mayoría de los usuarios.



Tabla 5

Descripción de nivel de riesgo de consumo de drogas, sexo y edad según establecimiento educacional al cual pertenece el estudiante.

| Variables | Liceo Industrial | Liceo Comercial | Liceo Técnico | Total |
|-----------------------------------|------------------|-----------------|---------------|-------|
| | (n=30) | | | |
| Edad (años) | | | | |
| 15 | - | 3 | 1 | 4 |
| 16 | 6 | 2 | 4 | 12 |
| 17 | 3 | 4 | 2 | 9 |
| 18 | 1 | 1 | 3 | 5 |
| Sexo | | | | |
| Mujer | 2 | 1 | 3 | 6 |
| Hombre | 8 | 9 | 7 | 24 |
| Riesgo de Consumo Pre Test | | | | |
| Bajo | 1 | - | - | 1 |
| Moderado | 4 | 8 | 7 | 19 |
| Ato | 5 | 2 | 3 | 10 |
| Riesgo de Consumo Pos Test | | | | |
| Bajo | 1 | - | 3 | 4 |
| Moderado | 9 | 9 | 6 | 24 |
| Ato | - | 1 | 1 | 2 |

Fuente: Elaboración propia

En la tabla anterior, se presenta que los usuarios que pertenecen al Liceo Industrial mayoritariamente se encuentran en la adolescencia Temprana con 16 años, los cuales son de sexo masculino y presentan un riesgo de consumo de sustancia alto, es decir presentan un problema evidente. Hay que mencionar que este establecimiento posee una matrícula superior de hombres debido a la especialidad que imparte.

En cuanto al Liceo Comercial, mayoritariamente se encuentran en la adolescencia Temprana con 17 años, los cuales son de sexo masculino y presentan un riesgo de consumo de sustancia moderado, es decir presentan un problema emergente.

En el caso del Liceo Técnico, mayoritariamente se encuentran en la adolescencia Temprana con 16 años, los cuales son de sexo masculino y presentan un riesgo de consumo de sustancia moderado, es decir presentan un problema emergente.

Si bien, estos dos últimos son establecimientos educacionales mixtos, es necesario mencionar que los estudiantes son referidos para su atención por los docentes y directivos de los respectivos establecimientos, por lo cual las derivaciones son mayoritariamente hombres.

Por otra parte, en la segunda medición se puede apreciar que los usuarios de los tres establecimientos educacionales disminuyeron el nivel de consumo de alto a moderado, incluso en el Liceo Técnico lograron obtener un bajo nivel de consumo de sustancias.



Tabla 6

Descripción de la Valoración de la Motivación al Cambio

| Variables | Pre Test | | Pos Test | |
|-----------------------------|----------|-------|----------|-------|
| | Fi | % | Fi | % |
| | (n=30) | | (n=30) | |
| Estadio Motivacional | | | | |
| Pre contemplación | 30 | 100.0 | - | - |
| Contemplación | - | - | 5 | 16.67 |
| Preparación | - | - | 15 | 50.00 |
| Acción | - | - | 10 | 33.33 |
| Mantención | - | - | - | - |
| Recaída | - | - | - | - |

Fuente: Elaboración propia

La totalidad de los usuarios ingresados al programa de prevención de consumo de drogas se encuentran en la etapa motivacional de pre contemplación en donde no ve o no reconoce el problema que presenta o las situaciones de riesgos en la que se encuentra inserto. (Orientaciones Técnicas, 2017)

En cambio, en la segunda medición, se generaron cambios en la motivación de estudiante en donde mayoritariamente (50%) se encuentran en una etapa de preparación, es decir, ya han generado un plan de hoja de ruta para el cambio de su situación. El 33,3 % ya ha iniciado el cambio y el 16,6% se mantiene ambivalente.

Tabla 7**Descripción de la Valoración de Factores de Riesgo**

| Variables | 0 | | 0.1-0.29 | | 0.3-0.59 | | 0.6-0.89 | | 0.9-1 | |
|------------------------------|----|------|----------|------|----------|------|----------|------|-------|------|
| | Fi | % | Fi | % | Fi | % | Fi | % | Fi | % |
| Pre Test | | | | | | | | | | |
| Hiperactividad | - | - | 2 | 6.6 | 1 | 3.33 | 6 | 20.0 | 21 | 70.0 |
| Aislamiento | 9 | 30.0 | - | - | 8 | 26.6 | 10 | 33.3 | 3 | 10.0 |
| Oposicionismo Desafiante | 3 | 10.0 | - | - | - | - | - | - | 27 | 90.0 |
| Involucramiento | 2 | 6.6 | 8 | 26.6 | 4 | 13.3 | 5 | 16.6 | 11 | 33.6 |
| Consumo Individual | 1 | 3.3 | - | - | 7 | 23.3 | 17 | 56.6 | 5 | 16,6 |
| Cambios en el Estado Anímico | 1 | 3.3 | - | - | 3 | 10.0 | 12 | 40.0 | 14 | 46.6 |
| Conducta Disocial | 7 | 23.3 | 16 | 53.3 | 5 | 16.6 | 2 | 6.6 | - | - |
| Rendimiento Escolar | 1 | 3.3 | - | - | 3 | 10.0 | 2 | 6.6 | 24 | 80.0 |
| Pares con Consumo | 2 | 6.6 | - | - | 3 | 10.0 | 8 | 26.6 | 17 | 56.6 |
| Violencia Escolar | 1 | 3.3 | 4 | 13.3 | 10 | 33.3 | 14 | 46.6 | 1 | 3.3 |
| Ausentismo | 1 | 3.3 | - | - | 2 | 6.6 | 11 | 36.6 | 16 | 53.3 |
| Antecedentes Familiares | 29 | 96.6 | - | - | - | - | - | - | 1 | 3.3 |
| Pos Test | | | | | | | | | | |
| Hiperactividad | - | - | 14 | 46.6 | 16 | 53.3 | - | - | - | - |
| Aislamiento | - | - | - | - | 25 | 83.3 | 5 | 16.6 | - | - |
| Oposicionismo Desafiante | 7 | 23.3 | 23 | 76.6 | - | - | - | - | - | - |
| Involucramiento | 1 | 3.3 | 5 | 16.6 | 11 | 36.6 | 13 | 43.3 | - | - |
| Consumo Individual | - | - | 11 | 36.6 | 19 | 63.3 | - | - | - | - |
| Cambios en el Estado Anímico | - | - | 5 | 16.6 | 25 | 83.3 | - | - | - | - |
| Conducta Disocial | 2 | 6.6 | 28 | 93,3 | - | - | - | - | - | - |
| Rendimiento Escolar | 2 | 6.6 | 18 | 60.0 | 10 | 33.3 | - | - | - | - |
| Pares con Consumo | - | - | 10 | 33.3 | 6 | 20.0 | 14 | 46.6 | - | - |
| Violencia Escolar | 1 | 3.3 | 8 | 26.6 | 18 | 59.9 | 3 | 10.0 | - | - |
| Ausentismo | - | - | 15 | 49.9 | 15 | 50.0 | - | - | - | - |
| Antecedentes Familiares | 28 | 93.3 | 2 | 6.6 | - | - | - | - | - | - |

Fuente: Elaboración propia

En la tabla antes expuesta se aprecian las dimensiones asociadas a la valoración de Factores de Riesgo los cuales se encuentran puntuados de 0 a 1, donde 0 es no observado y 1 es presencia de la variable. (Orientaciones Técnicas, 2017) Respecto a los factores de riesgo presente en los usuarios que ingresan al programa, existe una mayor presencia de conducta de oposicionamiento desafiante, bajo rendimiento escolar, hiperactividad y pares con consumo.

Conductas como conducta disocial presentan baja puntuación en donde se concentra el 76% aproximadamente. Lo anterior, se puede deber principalmente al perfil de ingreso de los alumnos.

En cuanto a los antecedentes familiares no existe conocimiento o información al respecto.

Respecto de la segunda medición, se puede apreciar la disminución de todas las dimensiones de factores de riesgo expuestas anteriormente, concentrándose mayoritariamente desde 0 a 0,59 puntos.



Tabla 8

Descripción de la Valoración de Factores de Riesgo según Puntaje General

| Puntaje General | Pre Test | | Pos Test | |
|-----------------|----------|-------|----------|-------|
| | Fi | % | Fi | % |
| | (n=30) | | (n=30) | |
| 20-30 | - | - | 11 | 36.63 |
| 31-40 | - | - | 19 | 63.3 |
| 41-50 | 4 | 13.33 | - | - |
| 51-60 | 11 | 36.63 | - | - |
| 61-70 | 10 | 33.31 | - | - |
| 71-80 | 5 | 16.65 | - | - |

Fuente: Elaboración propia

Según la valoración de Factores de Riesgo se categoriza en nivel de Riesgo Bajo cuando la puntuación es menor a 39 y nivel de Riesgo Avanzado cuando la puntuación sea superior a 40 con un máximo de 100. (Orientaciones Técnicas, 2017) En la tabla 7, se pudo apreciar en detalle las dimensiones y sus respectivas puntuaciones.

En tabla recién expuesta se puede observar que todos los usuarios se encuentran en un nivel de Riesgo Avanzado fluctuando entre 40 y 80 puntos. Sin embargo, la mayoría de los casos se concentra en puntajes intermedios (51 a 70 puntos).

En el caso de la segunda medición, existe un cambio importante en los resultados obtenidos, ya que los estudiantes en su totalidad se encuentran en un Riesgo Bajo concentrando su puntuación entre 20 y 40 puntos.

Tabla 9

Descripción de Riesgo de Consumo de Drogas y Nivel de Factores de Riesgo

| Nivel de Riesgo de Consumo | Nivel de Factores de Riesgo | | | |
|----------------------------|-----------------------------|----------|----------|----------|
| | Pre Test | | Pos Test | |
| | Bajo | Avanzado | Bajo | Avanzado |
| | (n=30) | | (n=30) | |
| Bajo | - | 1 | 4 | - |
| Moderado | - | 19 | 23 | 1 |
| Alto | - | 10 | 2 | - |

Fuente: Elaboración propia

En la tabla se puede apreciar, que los usuarios ingresados presentan en su totalidad un nivel de factores de riesgo avanzado. Los adolescentes mayoritariamente presentan además un nivel de riesgo de consumo de sustancias moderado, en donde manifiestan un problema emergente el cual requiere de intervención de baja intensidad. (Orientaciones Técnicas, 2017)

Sin embargo, en la segunda medición, los usuarios se encuentran mayoritariamente en un nivel Bajo de Factores de Riesgos, presentando además una disminución en el nivel de riesgo de Consumo, ya que se modificaron los resultados tanto en el nivel, alto, moderado y bajo.

Tabla 10

Descripción de la Valoración del Compromiso Biopsicosocial (CBPS) **Ámbito Individual**

| Variables Ámbito Individual | Pre Test | | Pos Test | |
|--------------------------------------|----------|-------|----------|-------|
| | Fi | % | Fi | % |
| | (n=30) | | (n=30) | |
| Salud Física General | | | | |
| No Observado | 1 | 3.33 | - | - |
| Sin CBPS | 28 | 93.33 | 25 | 83.33 |
| CBPS Leve | 1 | 3.33 | 5 | 16.67 |
| CBPS Moderado | - | - | - | - |
| CBPS Severo | - | - | - | - |
| Salud Sexual y Reproductiva | | | | |
| No Observado | 23 | 76.67 | - | - |
| Sin CBPS | 7 | 23.33 | 26 | 86.67 |
| CBPS Leve | - | - | 4 | 13.33 |
| CBPS Moderado | - | - | - | - |
| CBPS Severo | - | - | - | - |
| Salud Mental | | | | |
| No Observado | 2 | 6.67 | - | - |
| Sin CBPS | 22 | 73.33 | 18 | 60.00 |
| CBPS Leve | 6 | 20.00 | 8 | 26.67 |
| CBPS Moderado | - | - | 3 | 10.00 |
| CBPS Severo | - | - | 1 | 3.33 |
| Capacidad Adaptativa | | | | |
| No Observado | - | - | - | - |
| Sin CBPS | 11 | 36.67 | 11 | 36.67 |
| CBPS Leve | 13 | 43.33 | 13 | 43.33 |
| CBPS Moderado | 6 | 20.00 | 6 | 20.00 |
| CBPS Severo | - | - | - | - |
| Figura vincular o contenedora | | | | |
| No Observado | - | - | - | - |
| Sin CBPS | 14 | 46.67 | 11 | 36.67 |
| CBPS Leve | 9 | 30.00 | 15 | 50.00 |
| CBPS Moderado | 7 | 23.33 | 3 | 10.00 |
| CBPS Severo | - | - | 1 | 3.33 |

Fuente: Elaboración propia

Los usuarios ingresados al programa de prevención del consumo de drogas y alcohol, presentan en el área individual una salud física adecuada, es decir un joven sano. En el caso de la salud sexual y reproductiva, mayoritariamente no es observada ni se mantiene antecedentes.

Respecto a la salud mental de los estudiantes, no presentan dificultades emocionales ni trastornos neuro psiquiátricos.

En cuanto a la capacidad adaptativa de los adolescentes, presentan una adecuada internalización de límites, normas y figuras de autoridad, además de una adecuada capacidad de autocontrol. Existe presencia de conductas reactivas aisladas, pero son hechos aislados y reactivos a situaciones transitorias.

Por último, se presenta un alto nivel de involucramiento de la figura vincular o contenedora del estudiante. En nueve (9) estudiantes la figura contenedora presenta un medio o bajo nivel de involucramiento en las necesidades del adolescente, o incluso pérdidas de figuras significativas (7 estudiantes).

En cuanto a la medición después, en las áreas del ámbito individual se distribuyen los resultados en todos los niveles de Compromiso Biopsicosocial, desde sin CBPS hasta en algunas áreas en nivel Severo. Esto se puede deber, a que existe un mayor conocimiento de antecedentes de los estudiantes a través de las intervenciones realizadas.

Tabla 11

Descripción de la Valoración del Compromiso Biopsicosocial (CBPS) Ámbito Familiar

| Variables Ámbito Familiar | Pre Test | | Pos Test | |
|--|--------------|-------|--------------|-------|
| | Fi (n=30) | % | Fi (n=30) | % |
| Funcionamiento Familiar | | | | |
| No Observado | 1 | 3.33 | - | - |
| Sin CBPS | 10 | 33.33 | 8 | 26.67 |
| CBPS Leve | 12 | 40.00 | 18 | 60.00 |
| CBPS Moderado | 7 | 23.33 | 4 | 13.33 |
| CBPS Severo | - | - | - | - |
| Estrategias de Apoyo Social | | | | |
| No Observado | - | - | - | - |
| Sin CBPS | 13 | 43.33 | 14 | 46.67 |
| CBPS Leve | 10 | 33.33 | 11 | 36.67 |
| CBPS Moderado | 7 | 23.33 | 4 | 13.33 |
| CBPS Severo | - | - | 1 | 3.33 |
| Antecedentes consumo de sustancia, salud mental, delito | | | | |
| No Observado | 1 | 3.33 | 4 | 13.33 |
| Sin CBPS | 6 | 20.00 | 4 | 13.33 |
| CBPS Leve | 11 | 36.67 | 16 | 53.33 |
| CBPS Moderado | 9 | 30.00 | 6 | 20.00 |
| CBPS Severo | 3 | 10.00 | - | - |
| Condiciones Básicas | | | | |
| No Observado | - | - | 1 | 3.33 |
| Sin CBPS | 16 | 53.33 | 12 | 40.00 |
| CBPS Leve | 11 | 36.67 | 16 | 53.33 |
| CBPS Moderado | 3 | 10.00 | 1 | 3.33 |
| CBPS Severo | - | - | - | - |

Fuente: Elaboración propia

En la presente tabla se puede observar que los estudiantes en el funcionamiento familiar mayoritariamente posee cuidadores atentos a las necesidades del adolescente, pero por circunstancias laborales u otra no disponen de cantidad de tiempo necesaria. Sin embargo, resulta preocupante que existan 7 estudiantes que presentan un estado familiar inestable.

Respecto a las estrategias de apoyo social, los estudiantes poseen apoyo social tanto institucional como informal, en términos de conocimiento u atención.

Existen nuevamente 7 estudiantes que presentan un aislamiento de figuras de apoyo para contención emocional y apoyo social.

En cuanto a los antecedentes de consumo de sustancias, salud mental, delito en la familia o terceros, presentan mayor frecuencia en compromiso biopsicosocial de leve a severo, esto se manifiesta en la presencia de eventos ocasionales de consumo de sustancias de tipo abusivo sin afectar el clima familiar, ya que se realiza principalmente en festividades o ritos familiares. Nueve (9) estudiantes tiene presencia de algunos familiares con consumo de sustancias psicoactivas, y en donde los padres o apoderados poseen baja percepción de riesgo del consumo de sustancias. Un número menor de tres (3) casos, presentan antecedentes de involucramiento familiar en problemas de consumo o delitos.

Por último, en lo que respecta a las condiciones básicas mayoritariamente poseen condiciones del hogar adecuadas.

Por otra parte, en la segunda medición se puede apreciar que se mantiene la tendencia en cuanto a los resultados con mayores frecuencias, concentrándose en todas las áreas del ámbito familiar entre Sin y Leve CBPS.

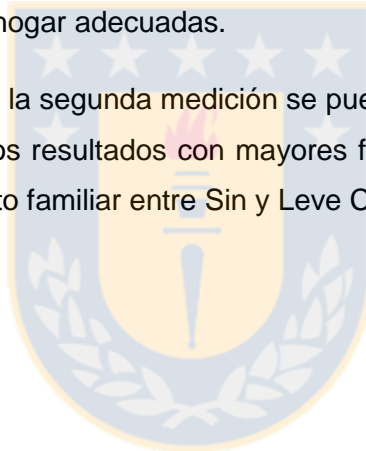


Tabla 12

Descripción de la Valoración del Compromiso Biopsicosocial (CBPS) Otros Ámbitos

| Variables Otros Ámbitos | Pre Test | | Pos Test | |
|---------------------------------|----------|-------|----------|-------|
| | Fi | % | Fi | % |
| | (n=30) | | (n=30) | |
| Liceo/Escuela | | | | |
| No Observado | - | - | - | - |
| Sin CBPS | 6 | 20.00 | 9 | 30.00 |
| CBPS Leve | 20 | 66.67 | 19 | 63.33 |
| CBPS Moderado | 4 | 13.33 | 2 | 6.67 |
| CBPS Severo | - | - | - | - |
| Grupo de Pares | | | | |
| No Observado | 1 | 3.33 | - | - |
| Sin CBPS | 1 | 3.33 | 7 | 23.33 |
| CBPS Leve | 9 | 30.00 | 17 | 56.67 |
| CBPS Moderado | 16 | 53.33 | 6 | 20.00 |
| CBPS Severo | 3 | 10.00 | - | - |
| Comunidad | | | | |
| No Observado | 1 | 3.33 | - | - |
| Sin CBPS | 3 | 10.00 | 5 | 16.67 |
| CBPS Leve | 12 | 40.00 | 21 | 70.00 |
| CBPS Moderado | 13 | 43.33 | 4 | 13.33 |
| CBPS Severo | 1 | 3.33 | - | - |
| Ocio y Tiempo Libre | | | | |
| No Observado | - | - | - | - |
| Sin CBPS | 2 | 6.67 | 9 | 30.00 |
| CBPS Leve | 10 | 33.33 | 15 | 50.00 |
| CBPS Moderado | 17 | 56.67 | 5 | 16.67 |
| CBPS Severo | 1 | 3.33 | 1 | 3.33 |
| Transgresión de la Norma | | | | |
| No Observado | - | - | - | - |
| Sin CBPS | 3 | 10.00 | 6 | 20.00 |
| CBPS Leve | 10 | 33.33 | 18 | 60.00 |
| CBPS Moderado | 14 | 46.67 | 6 | 20.00 |
| CBPS Severo | 3 | 10.00 | - | - |

Fuente: Elaboración propia

Respecto al área de la escuela o Liceo, los estudiantes mayoritariamente presentan ciertas dificultades de rendimiento y/o conductas pero logran ser manejadas por los apoderados o miembros de la escuela. Existe una percepción y

presencia de figuras significativas al interior de la escuela, sin embargo, existe un bajo compromiso de padres frente a su situación en el establecimiento educacional.

En cuanto, al grupo de pares, mayoritariamente, existe un distanciamiento del grupo de pares protectores, reuniéndose los adolescentes ocasionalmente con grupo de pares con tendencia disocial o de consumo, y con grupo de pares de mayor o menor edad.

Según el área de comunidad, en 13 estudiantes, hay una falta de redes o recursos comunitarios que sean efectivos y de interés de los estudiantes, además de una percepción de poca seguridad. Sin embargo existe también en 12 estudiantes una participación ocasional en grupos validados en la comunidad y en donde se presenta también apoyo social y actitud de protección al adolescente.

Por ultimo respecto al ocio y tiempo libre, mayoritariamente los estudiantes desconocen pero desea realizar hobbies. Existe una tendencia a preferir adiciones teniendo problemas en normas y deberes propios de su edad.

Por otra parte, en la segunda medición, se puede apreciar que en los otros ámbitos especificados se presenta mayoritariamente un compromiso biopsicosocial leve.

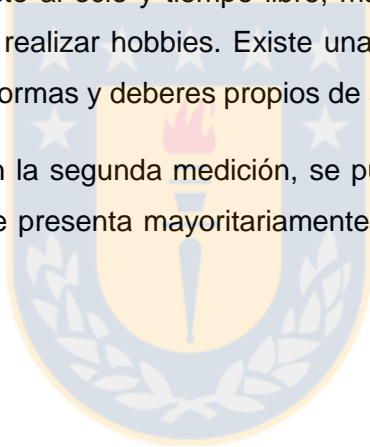


Tabla 13

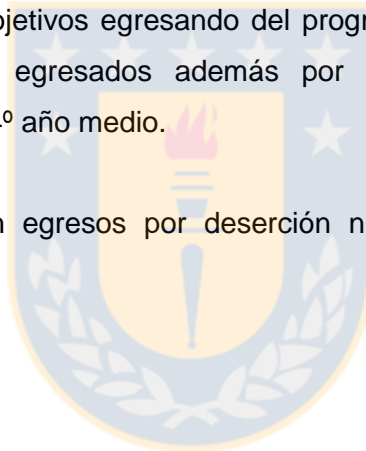
Descripción de Motivo de Egreso de usuarios de Programa de Prevención

| Características | Fi | % | Total | |
|---------------------------|--------|-------|--------|-------|
| | (n=30) | | Fi | % |
| | | | (N=30) | |
| Cumplimiento de Objetivos | | | | |
| Total | 7 | 23.33 | 7 | 23.33 |
| Parcial | 23 | 76.67 | 23 | 76.67 |
| No cumplimiento | - | - | - | - |

Fuente: Elaboración propia

En la tabla se observa que los usuarios al realizar la segunda medición se encuentran mayoritariamente con un cumplimiento de objetivo parcial, por lo que continúan en intervención indicada. Sin embargo, siete (7) alumnos lograron el cumplimiento total de objetivos egresando del programa. De los siete (7) usuarios tres (3) de ellos son egresados además por abandonar el establecimiento educacional al estar en 4º año medio.

No se presentan egresos por deserción ni tampoco por egreso técnico administrativo.



6.3. Descripción de la intervención realizada en el Programa de prevención

Tabla 14

Descripción de la Intervención total de las prestaciones o tipos de encuentros según establecimiento educacional.

| Variables | Liceo Industrial | Liceo Comercial | Liceo Técnico | Total |
|----------------------------------|------------------|-----------------|---------------|-------|
| | (n=30) | | | |
| Intervención Individual | 10 | 10 | 10 | 30 |
| Intervención Grupal | - | - | - | - |
| Intervención Familiar | | | | |
| Apoyo Familiar Domiciliario | 2 | 1 | 1 | 4 |
| Formación Parental | - | - | - | - |
| Formación Habilidades Familiares | - | - | 1 | 1 |
| Terapia Breve | - | - | 1 | 1 |
| NNJ y Familia | - | - | - | - |
| Red | - | 1 | - | 1 |
| Escuela | - | - | 1 | 1 |

Fuente: Elaboración propia

De la tabla anteriormente descrita, se puede apreciar que mayoritariamente se realizan intervenciones individuales en la totalidad de los usuarios del Programa.

Tabla 15

Descripción de puntaje total de Intervención de las prestaciones o tipos de encuentros según establecimiento educacional.

| Variables | Liceo Industrial | Liceo Comercial | Liceo Técnico | Total |
|----------------------------------|------------------|-----------------|---------------|-------|
| | (n=30) | | | |
| Intervención Individual | | | | |
| Intervención Deficiente | - | - | - | - |
| Intervención Regular | 3 | 4 | 2 | 9 |
| Intervención Adecuado | 7 | 6 | 8 | 21 |
| Intervención Grupal | - | - | - | - |
| Intervención Familiar | | | | |
| Apoyo Familiar Domiciliario | | | | |
| Intervención Deficiente | 2 | 1 | 1 | 4 |
| Intervención Regular | - | - | - | - |
| Intervención Adecuado | - | - | - | - |
| Formación Parental | - | - | - | - |
| Formación Habilidades Familiares | | | | |
| Intervención Deficiente | - | - | - | - |
| Intervención Regular | - | - | 1 | 1 |
| Intervención Adecuado | - | - | - | - |
| Terapia Breve | | | | |
| Intervención Deficiente | - | - | - | - |
| Intervención Regular | - | - | - | - |
| Intervención Adecuado | - | - | 1 | 1 |
| NNJ y Familia | - | - | - | - |
| Red | | | | |
| Intervención Deficiente | - | 1 | - | 1 |
| Intervención Regular | - | - | - | - |
| Intervención Adecuado | - | - | - | - |
| Escuela | | | | |
| Intervención Deficiente | - | - | 1 | 1 |
| Intervención Regular | - | - | - | - |
| Intervención Adecuado | - | - | - | - |

Fuente: Elaboración propia

En la tabla anterior, se puede apreciar que las intervenciones individuales realizadas con usuarios, mayoritariamente son consideradas adecuadas.

En cuanto a la intervención familiar, se da mayoritariamente de forma deficiente, logrando en dos de las 4 estrategias familiares una intervención regular y adecuada, coincidentemente en el Liceo Técnico.

Por último, en la intervención identificada en red y con la escuela, también es considerada deficiente en su implementación.



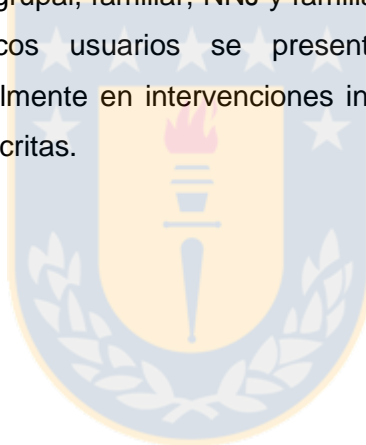
Tabla 16

Descripción de la Variable Intervención total de las prestaciones o tipos de encuentros.

| Variables | Liceo Industrial | Liceo Comercial | Liceo Técnico | Total |
|-------------------------|------------------|-----------------|---------------|--------|
| | (n=30) | | | (N=30) |
| Intervención Deficiente | 10 | 10 | 10 | 30 |
| Intervención Regular | - | - | - | - |
| Intervención Adecuado | - | - | - | - |

Fuente: Elaboración propia

En la tabla anterior, se puede observar que en la totalidad de los usuarios se presenta una intervención total deficiente, según las prestaciones implementadas (intervención individual, grupal, familiar, NNJ y familia, red y escuela). Lo anterior se debe a que en pocos usuarios se presentan intervenciones paralelas, concentrándose principalmente en intervenciones individuales como se apreció en tablas anteriormente descritas.



6.4. Descripción de la Intervención Familiar implementada en el Programa de prevención

Tabla 17

Descripción de la Variable Intervención Familiar.

| Variables | Fi | % | Total | |
|---|--------|-------|-------|-------|
| | (n=30) | | Fi | % |
| (N=30) | | | | |
| Apoyo Familiar Domiciliario | 4 | 13,33 | 4 | 13,33 |
| Nº Intervención | | | | |
| 1 Intervención | 4 | 13,33 | 4 | 13,33 |
| Frecuencia Intervención | | | | |
| Mensual | 4 | 13,33 | 4 | 13,33 |
| Participa Grupo Familiar | | | | |
| Si | 4 | 13,33 | 4 | 13,33 |
| Total Intervención | | | | |
| Deficiente | 4 | 13,33 | 4 | 13,33 |
| Formación Parental | - | - | - | - |
| Formación Habilidades Familiares | 1 | 3,33 | 1 | 3,33 |
| Nº Intervención | | | | |
| 3 Intervención | 1 | 3,33 | 1 | 3,33 |
| Frecuencia Intervención | | | | |
| Quincenal | 1 | 3,33 | 1 | 3,33 |
| Participa Grupo Familiar | | | | |
| Si | 1 | 3,33 | 1 | 3,33 |
| Total Intervención | | | | |
| Regular | 1 | 3,33 | 1 | 3,33 |
| Terapia Breve | 1 | 3,33 | 1 | 3,33 |
| Nº Intervención | | | | |
| 5 Intervención | 1 | 3,33 | 1 | 3,33 |
| Frecuencia Intervención | | | | |
| Quincenal | 1 | 3,33 | 1 | 3,33 |
| Participa Grupo Familiar | | | | |
| Si | 1 | 3,33 | 1 | 3,33 |
| Total Intervención | | | | |
| Adecuado | 1 | 3,33 | 1 | 3,33 |

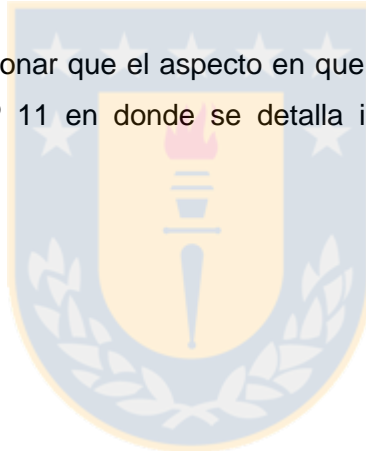
Fuente: Elaboración propia

Del total de usuarios de los tres establecimientos educacionales focalizados sólo el 20% (6) recibió intervención familiar. De ellos, a cuatro (4) estudiantes se les implementó Apoyo familiar domiciliario, que consistió en una intervención mensual, participando un integrante de grupo familiar. Esta intervención es considerada deficiente.

Respecto de la implementación de Formación de habilidades familiares un estudiante fue intervenido en tres instancias con una frecuencia quincenal, presentando participación de grupo familiar. Esta intervención es considerada regular.

Por último, en lo que respecta la Terapia Breve, un usuario fue beneficiario, con 5 intervenciones de frecuencia quincenal, con participación de grupo familiar. Esta intervención es considerada adecuada.

Importante mencionar que el aspecto en que se centra cada intervención se encuentra en Anexo N° 11 en donde se detalla intervención realizada en cada usuario.



6.5. Descripción de fortalezas y debilidades en Intervención Familiar

Tabla 18

Descripción de las Fortalezas y Debilidades percibida en la implementación de Intervención Familiar

| Variables | Fi | % | Total | |
|--------------------------------|-------|--------|-------|--------|
| | (n=3) | | Fi | % |
| | | | (N=3) | |
| Fortalezas | | | | |
| Participación de Apoderados | 1 | 33.33 | 1 | 33.33 |
| Presencia de Red de Apoyo | 2 | 66.67 | 2 | 66.67 |
| Fortalecer dinámica Familiar | 1 | 33.33 | 1 | 33.33 |
| Contraste de información | 2 | 66.67 | 2 | 66.67 |
| Reforzar conductas | 2 | 66.67 | 2 | 66.67 |
| Debilidades | | | | |
| Escaso tiempo de apoderados | 2 | 66.67 | 2 | 66.67 |
| Bajo Compromiso parental | 2 | 66.67 | 2 | 66.67 |
| Inubicación de apoderados | 3 | 100.00 | 3 | 100.00 |
| Resistencia de apoderados | 3 | 100.00 | 3 | 100.00 |
| Escaso tiempo de profesionales | 1 | 33.33 | 1 | 33.33 |

Fuente: Elaboración propia

En la tabla se observan las fortalezas y debilidades que manifiestan los profesionales a cargo del desarrollo de la intervención familiar implementada en el Programa Actuar a Tiempo. Entre las principales fortalezas se menciona la presencia de red de apoyo de los estudiantes, corroborar la información entregada por el alumno y reforzar con la familia las conductas promovidas en el estudiante.

En cuanto a las debilidades se menciona la inubicación de los adultos responsables en el domicilio, resistencia de los apoderados que se traduce en la desconfianza frente a los objetivos del Programa, escaso tiempo de apoderados producto de las actividades laborales de los mismos y el bajo compromiso parental ya que no asisten a las entrevistas programadas. Importante mencionar, es que se manifiesta como debilidad el escaso tiempo de los profesionales para realizar intervención familiar.

Si bien, existen dualidades frente a fortalezas y debilidades, como por ejemplo participación de apoderados v/s bajo compromiso parental, esto se produce principalmente por la situación familiar que es particular a cada alumno.



Tabla 19

Descripción de las Fortalezas y Debilidades percibidas en la implementación de Intervención Familiar según de tipo de profesionales

| Variables | Trabajadores Sociales | Psicopedagogo | Total |
|--------------------------------|-----------------------|---------------|-------|
| | (n=3) | | (N=3) |
| Fortalezas | | | |
| Participación de Apoderados | 1 | - | 1 |
| Presencia de Red de Apoyo | 1 | 1 | 2 |
| Fortalecer dinámica Familiar | 1 | - | 1 |
| Contraste de información | 2 | - | 1 |
| Reforzar conductas | 2 | - | 2 |
| Debilidades | | | |
| Escaso tiempo de apoderados | 1 | 1 | 2 |
| Bajo Compromiso parental | 1 | 1 | 2 |
| Inubicación de apoderados | 2 | 1 | 3 |
| Resistencia de apoderados | 2 | 1 | 3 |
| Escaso tiempo de profesionales | - | 1 | 1 |

Fuente: Elaboración propia

Según lo expuesto, se puede apreciar que los Trabajadores Sociales a cargo de la implementación de intervención familiar visualizan mayoritariamente fortalezas como el corroborar la información entregada por el alumno y reforzar con la familia las conductas promovidas en el estudiante. Sin embargo también manifiestan debilidades en la intervención como la inubicación de los adultos responsables en el domicilio y resistencia de los apoderados que se traduce en la desconfianza frente a los objetivos del Programa.

Sin embargo, resulta interesante que el Psicopedagogo manifieste mayoritariamente debilidades en la intervención familiar. Lo anterior, se puede aludir a la formación propia de la profesión.

Tabla 20

Descripción de las Fortalezas y Debilidades percibida en la implementación de Intervención Familiar según Especialización de los Profesionales.

| Variables | Infanto- adolescente | Familia | No posee | Total (N=3) |
|--------------------------------|-------------------------|---------|-------------|--------------------|
| | (n=3) | | | |
| Fortalezas | | | | |
| Participación de Apoderados | - | 1 | - | 1 |
| Presencia de Red de Apoyo | - | 1 | 1 | 2 |
| Fortalecer dinámica Familiar | - | 1 | - | 1 |
| Contraste de información | 1 | 1 | - | 2 |
| Reforzar conductas | 1 | 1 | - | 2 |
| Debilidades | | | | |
| Escaso tiempo de apoderados | 1 | - | 1 | 2 |
| Bajo Compromiso parental | 1 | - | 1 | 2 |
| Inubicación de apoderados | 1 | 1 | 1 | 3 |
| Resistencia de apoderados | 1 | 1 | 1 | 3 |
| Escaso tiempo de profesionales | - | - | 1 | 1 |

Fuente: Elaboración propia

En la tabla, se expone principalmente que el profesional con especialización en el área de Familia, identifica mayoritariamente fortalezas en la intervención familiar implementada en el programa. Claramente esto se debe a la formación adquirida.

6.6. Análisis Bivariado, Efecto de Intervención Familiar con variables de estudio

Tabla 21

Cumplimiento de Objetivos medidos como: Valoración de Riesgo de Consumo de sustancias, Valoración Estadio Motivacional, Valoración Factores de Riesgo, Valoración Compromiso Biopsicosocial y motivo de Egreso.

| Variables | Intervención Familiar | | Sin Intervención Familiar | |
|------------------------------------|-------------------------|-------------------------|---------------------------|--------------------------|
| | Pre Test Fi (n=6) | Pos Test Fi (n=6) | Pre Test Fi (n=24) | Pos Test Fi (n=24) |
| Riesgo de Consumo | | | | |
| Bajo | 0 | 1 | 1 | 3 |
| Moderado | 4 | 5 | 15 | 19 |
| Alto | 2 | 0 | 8 | 2 |
| Estadio Motivacional | | | | |
| Pre contemplación | 6 | - | 24 | - |
| Contemplación | - | 1 | - | 4 |
| Preparación | - | 3 | - | 12 |
| Acción | - | 2 | - | 8 |
| Nivel de Factores de Riesgo | | | | |
| Bajo | - | 6 | - | 23 |
| Avanzado | 6 | - | 24 | 1 |
| Salud Física General | | | | |
| No Observado | - | - | 1 | - |
| Sin CBPS | 6 | 4 | 22 | 21 |
| CBPS Leve | - | 2 | 1 | 3 |
| Salud Sexual y Reproductiva | | | | |
| No Observado | 5 | - | 18 | - |
| Sin CBPS | 1 | 5 | 6 | 21 |
| CBPS Leve | - | 1 | - | 3 |
| Salud Mental | | | | |
| No Observado | 1 | - | 1 | - |
| Sin CBPS | 4 | 3 | 18 | 15 |
| CBPS Leve | 1 | 2 | 5 | 6 |
| CBPS Moderado | - | - | - | 3 |
| CBPS Severo | - | 1 | - | - |
| Capacidad Adaptativa | | | | |
| Sin CBPS | 1 | 3 | 10 | 8 |
| CBPS Leve | 3 | 2 | 10 | 11 |
| CBPS Moderado | 2 | 1 | 4 | 5 |

Fuente: Elaboración propia

“Continuación Tabla 21, página anterior”

| Variables | Intervención Familiar | | Sin Intervención Familiar | |
|--|-----------------------|-------------|---------------------------|--------------|
| | Pre Test | Pos Test | Pre Test | Pos Test |
| | Fi (n=6) | Fi (n=6) | Fi (n=24) | Fi (n=24) |
| Figura vincular o contenedora | | | | |
| Sin CBPS | 2 | 4 | 12 | 7 |
| CBPS Leve | 2 | 2 | 7 | 13 |
| CBPS Moderado | 2 | - | 5 | 3 |
| CBPS Severo | - | - | - | 1 |
| Funcionamiento Familiar | | | | |
| No Observado | - | - | 1 | - |
| Sin CBPS | 4 | 2 | 6 | 6 |
| CBPS Leve | 1 | 4 | 11 | 14 |
| CBPS Moderado | 1 | - | 6 | 4 |
| Estrategias de Apoyo Social | | | | |
| Sin CBPS | 2 | 4 | 11 | 10 |
| CBPS Leve | 2 | 2 | 8 | 9 |
| CBPS Moderado | 2 | - | 5 | 4 |
| CBPS Severo | - | - | - | 1 |
| Antecedentes consumo de sustancia, salud mental, delito | | | | |
| No Observado | - | 1 | 1 | 3 |
| Sin CBPS | 2 | 1 | 4 | 3 |
| CBPS Leve | 3 | 3 | 8 | 15 |
| CBPS Moderado | 1 | 1 | 8 | 5 |
| CBPS Severo | - | - | 3 | - |
| Condiciones Básicas | | | | |
| No Observado | - | - | - | 1 |
| Sin CBPS | 4 | 3 | 12 | 9 |
| CBPS Leve | 1 | 3 | 10 | 13 |
| CBPS Moderado | 1 | - | 2 | 1 |
| Liceo/Escuela | | | | |
| Sin CBPS | 2 | 2 | 4 | 7 |
| CBPS Leve | 4 | 4 | 16 | 15 |
| CBPS Moderado | - | - | 4 | 2 |
| Grupo de Pares | | | | |
| No Observado | - | - | 1 | - |
| Sin CBPS | 1 | 1 | 1 | 6 |
| CBPS Leve | 5 | 4 | 8 | 13 |
| CBPS Moderado | - | 1 | 11 | 5 |
| CBPS Severo | - | - | 3 | - |
| Comunidad | | | | |
| No Observado | - | - | 1 | - |
| Sin CBPS | - | - | 3 | 5 |
| CBPS Leve | 1 | 5 | 11 | 16 |
| CBPS Moderado | 5 | 1 | 8 | 3 |
| CBPS Severo | - | - | 1 | - |

Fuente: Elaboración propia

“Continuación Tabla 21, página 75”

| Variables | Intervención Familiar | | Sin Intervención Familiar | |
|--|-------------------------|-------------------------|---------------------------|--------------------------|
| | Pre Test Fi (n=6) | Pos Test Fi (n=6) | Pre Test Fi (n=24) | Pos Test Fi (n=24) |
| Ocio y Tiempo Libre | | | | |
| No Observado | - | - | 1 | - |
| Sin CBPS | 1 | 2 | 8 | 7 |
| CBPS Leve | 2 | 3 | 14 | 12 |
| CBPS Moderado | 3 | 1 | 1 | 4 |
| CBPS Severo | - | - | - | 1 |
| Transgresión de la Norma | | | | |
| No Observado | | | | |
| Sin CBPS | 1 | - | 2 | 6 |
| CBPS Leve | 1 | 5 | 9 | 13 |
| CBPS Moderado | 3 | 1 | 11 | 5 |
| CBPS Severo | 1 | - | 2 | - |
| Motivo de Egreso / Cumplimiento de Objetivo | | | | |
| Parcial | - | 4 | - | 19 |
| Total | - | 2 | - | 5 |

Fuente: Elaboración propia

En la tabla expuesta, se puede apreciar la distribución de usuarios según variables de estudio tanto de estudiantes que recibieron intervención familiar como los que no la recibieron.

Los usuarios que recibieron intervención familiar, tuvieron un cambio positivo debido a que disminuyeron el riesgo de consumo de sustancias concentrándose en moderado y bajo.

Respecto al estadio motivacional, también se genera un cambio positivo en la totalidad de los usuarios que recibieron intervención familiar, debido a que llegaron a la etapa de acción en la segunda medición.

Lo mismo sucede con el Nivel de Factores de riesgo, obteniendo un cambio positivo en la segunda medición ya que disminuye la valoración de riesgo de la totalidad de usuarios que reciben intervención familiar, transcurriendo de nivel alto a bajo.

En el caso de Compromiso Biopsicosocial, en el área individual se manifiesta un cambio positivo en la capacidad adaptativa y en la figura vincular o contenedora. En el área familiar, se genera un cambio positivo en el funcionamiento familiar y en la estrategia de apoyo social. En el área comunitaria y ocio y tiempo libre también se genera un cambio positivo en usuarios. En el caso de liceo no existen cambios. Importante mencionar que en las otras áreas, existe una variación en la segunda medición con cambio negativo producto de un mayor conocimiento de la situación actual del usuario o de antecedentes propios adquiridos durante en transcurso de las intervenciones.

Por otra parte, según los resultados obtenidos en los usuarios que no recibieron intervención familiar, se presenta una tendencia similar que los detallados anteriormente.

Por último, según el motivo de egreso, dos usuarios que recibieron intervención familiar lograron el cumplimiento total de objetivos de plan de intervención individual. En cambio, de los cinco estudiantes que no recibieron intervención familiar y que lograron el cumplimiento total de objetivos, corresponden a tres egresados por encontrarse en 4º año de enseñanza media, teniendo que abandonar el establecimiento educacional.

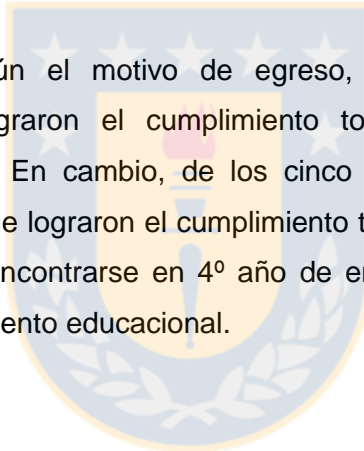


Tabla 22

Diferencias en la medición pre y pos para el cumplimiento de objetivos con intervención familiar.

| Variables | Pre Test | | Pos Test | | Dif. M | t | Sig. |
|--|----------|------|----------|------|--------|-------|----------------|
| | (n=6) | | | | | | |
| | M | DE | M | DE | | | |
| Riesgo de Consumo | 2.33 | .51 | 1.83 | .40 | .5 | 2.23 | 0.0378* |
| Estadio Motivacional | 1 | - | 3.16 | .75 | 2.16 | -7.05 | 0.0009* |
| Nivel Factores de Riesgo | 2 | - | 1 | - | 1 | - | - |
| Compromiso Biopsicosocial: | | | | | | | |
| Salud Física General | 1 | - | 1.33 | .51 | .33 | -1.58 | 0.1747 |
| Salud Sexual y Reproductiva | 0.16 | .40 | 1.16 | .40 | 1 | - | - |
| Salud Mental | 1 | .63 | 1.83 | 1.16 | .83 | -1.53 | 0.1852 |
| Capacidad Adaptativa | 2.16 | .75 | 1.66 | .81 | .5 | 1.00 | 0.3632 |
| Figura vincular o contenedora | 2 | .89 | 1.33 | .51 | .67 | 1.58 | 0.1747 |
| Funcionamiento Familiar | 1.5 | .83 | 1.66 | .51 | .16 | -0.54 | 0.6109 |
| Estrategias de Apoyo Social | 2 | .89 | 1.33 | .51 | .67 | 2.00 | 0.1019 |
| Antecedentes consumo, salud mental, delito | 1.83 | .75 | 1.66 | 1.03 | .17 | 0.34 | 0.7412 |
| Condiciones Básicas | 1.5 | .83 | 1.5 | .54 | 0 | 0.00 | 1.0000 |
| Liceo/Escuela | 1.66 | .51 | 1.66 | .51 | 0 | - | - |
| Grupo de Pares | 2.83 | .40 | 2 | .63 | .83 | 5.00 | 0.0041* |
| Comunidad | 2.83 | .40 | 2.16 | .40 | .67 | 3.16 | 0.0250* |
| Ocio y Tiempo Libre | 2.33 | .81 | 1.83 | .75 | .5 | 1.46 | 0.2031 |
| Transgresión de la Norma | 2.66 | 1.03 | 2.16 | .40 | .5 | 1.16 | 0.2956 |

Fuente: Elaboración propia

En la tabla expuesta se puede apreciar que existen cuatro variables que presentan diferencias estadísticamente significativas respecto del efecto de la intervención familiar en su medición antes – después. En la dimensión valoración del riesgo de consumo los estudiantes transitan desde un riesgo de consumo moderado obtenido en la evaluación inicial a un riesgo de consumo bajo obtenido en la segunda medición. Para la valoración del estadio motivacional los estudiantes evolucionan desde la etapa de pre contemplación en la que se encontraban en el inicio a alcanzar la etapa de preparación al concluir la intervención. Lo mismo ocurre para la dimensión compromiso biopsicosocial en donde las áreas que evolucionan favorablemente son: grupo de pares y comunidad.

Aun cuando en doce (12) de las otras dimensiones evaluadas no presentan diferencias estadísticamente significativas, en siete de ellas (7) se muestra que las diferencias en las medias son mayores, favorablemente, para el grupo de estudiantes que reciben intervención familiar respecto de aquellos que no la reciben. Existen cuatro dimensiones (salud física, salud mental, figura vincular y funcionamiento familiar) que evolucionan negativamente en la medición post intervención familiar. Esto pudiera atribuirse a un mayor conocimiento de los antecedentes de los usuarios por parte de la dupla psicosocial que realiza la intervención.



Tabla 23

Diferencias en la medición pre y pos para el cumplimiento de objetivos sin intervención familiar.

| Variables | Pre Test | | Pos Test | | Dif. M | t | Sig. |
|--|----------|------|----------|-----|--------|--------|----------------|
| | (n=24) | | | | | | |
| | M | DE | M | DE | | | |
| Riesgo de Consumo | 2.29 | .55 | 1.95 | .46 | .34 | 3.39 | 0.0025* |
| Estadio Motivacional | 1 | - | 3.16 | .70 | 2.16 | -15.12 | 0.0000* |
| Nivel Factores de Riesgo | 2 | - | 1.04 | .20 | .96 | 23.00 | 0.0000* |
| <u>Compromiso Biopsicosocial:</u> | | | | | | | |
| Salud Física General | 1 | .29 | 1.12 | .33 | .12 | -1.81 | 0.0830 |
| Salud Sexual y Reproductiva | .25 | .44 | 1.12 | .33 | .87 | -7.98 | 0.0000* |
| Salud Mental | 1.16 | .48 | 1.5 | .72 | .34 | -2.56 | 0.0174* |
| Capacidad Adaptativa | 1.75 | .73 | 1.87 | .74 | .12 | -0.72 | 0.4786 |
| Figura vincular o contenedora | 1.70 | .80 | 1.91 | .77 | .21 | -1.00 | 0.3277 |
| Funcionamiento Familiar | 1.91 | .82 | 1.91 | .65 | 0 | 0.00 | 1.0000 |
| Estrategias de Apoyo Social | 1.75 | .79 | 1.83 | .86 | .08 | -0.40 | 0.6921 |
| Antecedentes consumo, salud mental, delito | 2.33 | 1.04 | 1.83 | .91 | .5 | 2.39 | 0.0250* |
| Condiciones Básicas | 1.58 | .65 | 1.58 | .65 | 0 | 0.00 | 1.0000 |
| Liceo/Escuela | 2 | .58 | 1.79 | .58 | .21 | 1.55 | 0.1345 |
| Grupo de Pares | 2.58 | .92 | 1.95 | .69 | .63 | 2.79 | 0.0103* |
| Comunidad | 2.20 | .88 | 1.91 | .58 | .29 | 1.90 | 0.0695 |
| Ocio y Tiempo Libre | 2.62 | .64 | 1.95 | .80 | .67 | 5.12 | 0.0000* |
| Transgresión de la Norma | 2.54 | .77 | 1.95 | .69 | .59 | 5.67 | 0.0000* |

Fuente: Elaboración propia

En la tabla expuesta se puede apreciar que existen nueve variables que presentan diferencias estadísticamente significativas en su medición antes – después sin intervención familiar. En la dimensión valoración del riesgo de consumo los estudiantes transitan desde un riesgo de consumo moderado obtenido en la evaluación inicial a un riesgo de consumo bajo obtenido en la segunda medición. Para la valoración del estadio motivacional los estudiantes evolucionan desde la etapa de pre contemplación en la que se encontraban en el inicio a alcanzar la etapa de preparación al concluir la intervención. En la dimensión valoración de factores de riesgo los estudiantes circulan desde un riesgo de alto a bajo. Lo mismo ocurre para la dimensión compromiso biopsicosocial en donde las áreas que evolucionan favorablemente son: salud sexual y reproductiva, salud mental,

antecedentes de consumo salud mental y delito, grupo de pares, ocio y tiempo libre y transgresión a la norma.



7.- CONCLUSIONES

En la presente investigación luego de obtener los resultados a través de sistema estadístico STATA 11SE, se generan los siguientes antecedentes respecto a la descripción de la población de estudio:

- Se consideran 30 *usuarios*, los que corresponden a la totalidad de estudiantes ingresados al Programa de Prevención de Consumo de Drogas, distribuyéndose 10 estudiantes en cada uno de los tres establecimientos educacionales focalizados. El 80% de ellos, corresponde a sexo masculino y un 20% al sexo femenino. La mayor cantidad de usuarios se encuentra en la adolescencia media con un 83,3 % entre 15 a 17 años de edad. Los jóvenes están mayoritariamente en primer año de enseñanza media con un 33,3 % seguido por tercer año medio con un 30%.

- Respecto a los *antecedentes familiares*, el 66,6% de los adultos responsables corresponden a la madre de estudiante, en donde el 73,3% de usuarios vive con sus familias.

- En relación a los antecedentes de tres los *profesionales* que implementan el programa, éstos se encuentran entre los 28 y 32 años de edad, siendo dos mujeres y un hombre, cuyas profesiones corresponden a Trabajadores Sociales con especialización en Familia e Infantoadolescente y un Psicopedagogo sin especialización.

A continuación se expondrán los principales resultados de los antecedentes de las variables de estudio según medición antes y después, a modo de describir la situación de ingreso al programa de los usuarios y la medición posterior luego de 3 meses de intervención.

- Respecto a la *Valoración del Consumo de Sustancias*, los usuarios ingresados al programa manifiestan mayoritariamente no haber consumido alcohol con un 53,33% ni otras drogas con un 90% en los últimos 30 días, en la segunda medición aumenta los usuarios sin consumo de alcohol llegando a un 66,67% y sin consumo de otras drogas llegando a un 100%. Sin embargo frente a la misma

pregunta respecto a la sustancia de marihuana en el ingreso de los usuarios afirman mayoritariamente su consumo con un 63,3%, pero esto disminuye en la segunda medición en donde un 53,3% afirma su consumo. Respecto a la frecuencia de consumo abusivo de alcohol en los últimos doce meses al ingreso de programa un 50% manifiestan de 1 a 2 veces, en cambio, en la segunda medición aumentan los estudiantes que manifiestan ninguna vez con un 40%. Por lo tanto el nivel de riesgo de consumo disminuye de un alto nivel (de un 33,3% a 6,67%) a un nivel moderado, que es en donde se concentra la mayoría de los usuarios en su segunda medición con un 80%. Importante mencionar también, que los usuarios que se encuentran en un bajo nivel de consumo aumentan en su segunda medición de un 3,33% a un 13,33%. De esto último, la variación más importante surge en el Liceo Comercial alcanzando a disminuir completamente el riesgo alto de consumo de usuarios, y en el Liceo Técnico, que logra disminuir considerablemente el riesgo de consumo alcanzando incluso un nivel bajo de riesgo.

- Según la *Valoración del Estadio Motivacional*, el 100% de los usuarios ingresaron en un estadio de pre contemplación en donde no estaban conscientes de su situación de riesgo, logrando en la segunda medición, avanzar en su estadio motivacional con un 50% en preparación, es decir ya ha generado una ruta de cambio. Importante mencionar que el 33,3% inicio su proceso de cambio encontrando en estadio motivacional de acción.

- En cuanto a la *Valoración de Factores de Riesgo*, los estudiantes al ingresar al programa mantenían un riesgo avanzado puntuando el 100% entre los 40 y 80 puntos. Sin embargo en la segunda medición, el 100% de los estudiantes se encontraron en un riesgo bajo puntuando entre los 20 y 40 puntos.

- Respecto a la *Valoración del Compromiso Biopsicosocial*, en primer lugar en el Ámbito Individual, se presenta mayoritariamente sin CBPS en el área de salud física general en ambas mediciones (93,33%-83,33%). Lo mismo ocurre en el área de salud mental en donde mayoritariamente se da sin CBPS (73.33%-60 %). El área de salud sexual reproductiva en su primera medición mayoritariamente no era observado con un 76,7% de estudiantes, sin embargo en la segunda medición los estudiantes mayoritariamente se encuentran sin CBPS con un 86,67%. En cuanto a la capacidad adaptativa de los usuarios, no manifiesta variaciones en la segunda

medición respecto al ingreso al programa, predominando con un 36,67% sin CBPS. Por último, la figura vincular o contenedora en una primera medición se encuentra Sin CBPS con un 46,67%, en cambio, en la segunda, los usuarios se encuentran mayoritariamente con un CBPS Leve con un 50%.

En segundo lugar, respecto al *Ámbito Familiar*, en el área de funcionamiento familiar se encuentra en ambas mediciones un CBPS leve, con un 40% y 60% respectivamente. Según la estrategias de apoyo social, los estudiantes se encuentran predominantemente Sin CBPS (43.33%- 46.67). En cuanto a los antecedentes consumo de sustancia, salud mental, delito de la familia y estudiante, mayoritariamente en ambas mediciones posee un CBPS Leve con un 36.67% y 53.33% respectivamente. Por último, en las condiciones básicas, un 53.33% al momento de ingresar al programa se encontraba sin CBPS, sin embargo en la segunda medición, se puede contrastar que los estudiantes mayoritariamente poseen un CBPS Leve con un 53.33%

En tercer lugar, respecto a otros ámbitos, se presenta en el ámbito escolar, mayoritariamente en ambas mediciones un CBPS Leve con un 66.67% y 63.33%. En cuanto al grupo de pares, presenta una variación de la primera medición en donde se obtuvo que los estudiantes manifiestan un CBPS Moderado con un 53.33, y en una segunda medición manifiestan un CBPS Leve con un 56.67. La misma variación surge los ámbitos comunitario con un CBPS Moderado (56.67%) a CBPS Leve con un 50 %, ocio y tiempo libre desde un CBPS Moderado a Leve (56.67%-50%) y por último transgresión de la norma que posee la misma tendencia desde un desde un CBPS Moderado a Leve con un 46.67% a 60.

- Por último, de acuerdo a los *Motivos de Egreso*, en la segunda medición se pudo constatar que el 23.33% de los usuarios lograron un cumplimiento total de los objetivos planteados en el plan de intervención individual. Un 76.67% mantiene un cumplimiento parcial de los objetivos por tanto continúan en intervención indicada. Importante mencionar que no se dieron otros motivos de egreso como deserción del programa o egreso técnico administrativo.

Si bien la investigación se centró en la intervención familiar realizada en el programa de prevención, es importante destacar y describir brevemente la

intervención en su totalidad a modo de proporcionar un panorama amplio de lo implementado.

- En los tres establecimientos educacionales se implementó para la totalidad de los usuarios Intervención Individual, la que es considerada mayoritariamente como intervención adecuada.

- En cuanto a la Intervención Familiar, se desarrolla en 6 usuarios en donde mayoritariamente es considerada de manera deficiente.

- Por último, un usuario es beneficiado respecto a Intervención en Red y en la Escuela, la cual en ambos casos es considerado deficiente.

- Se considera por tanto, en su totalidad una intervención deficiente en los 3 meses de ejecución de Programa

A propósito de los objetivos planteados en el estudio, y dando respuesta al *primer objetivo específico* que señala “Describir la intervención familiar realizada según Programa Actuar a Tiempo en los usuarios de los tres establecimientos educacionales focalizados”, se detalla lo siguiente:

- De los 30 usuarios ingresados al programa, 6 estudiantes reciben intervención Familiar es decir el 20%.

- La principal estrategia de intervención es el apoyo familiar domiciliario con un 13,33% (4 usuarios), registrándose una intervención, y en donde ha participado algún integrante del grupo familiar. Lo anterior, es considerado intervención deficiente.

- Respecto a la estrategia de Formación en Habilidades Parentales un 3,33% (1 usuario) es beneficiado. Registrando 3 intervenciones, de frecuencia quincenal y con la participación de algún integrante del grupo familiar. Lo anterior, es considera intervención regular.

- Por último respecto a la estrategia de Terapia Breve, se implementó con 1 usuario correspondiente al 3,33%. Se registra 5 intervenciones de frecuencia quincenal el cual cuenta con la participación de algún integrante del grupo familiar. Esta intervención es considerada adecuada.

Según el *segundo objetivo específico* planteado que dice relación con “Identificar limitantes y fortalezas en el desarrollo de la intervención familiar realizada en Programa Actuar a Tiempo, de acuerdo a la percepción de profesionales que ejecutan programa” se identificó lo siguiente:

- Las principales fortalezas mencionadas por los profesionales que implementan el programa, son la participación de apoderados, existencia de una presencia de red de apoyo, fortalecimiento de la dinámica familiar, contraste de la información proporcionada por el alumno y reforzar conductas con adultos responsables.

- De lo mencionado anteriormente la principal tendencia de respuesta se da respecto existencia de una presencia de red de apoyo, contraste de la información proporcionada por el alumno y reforzar conductas con adultos responsables.

- Las principales debilidades mencionadas por los profesionales que implementan el programa, son el escaso tiempo de apoderados, el bajo compromiso parental, la inubicacion y resistencia de apoderados, además de escaso tiempo de profesionales para la implementación de intervención familiar.

- De lo mencionado anteriormente, la principal tendencia de respuesta se da respecto a , la inubicacion y resistencia de apoderados.

- Al observar con mayor detalle lo planteado por los profesionales, se percibe una relación con la profesión y especialización, debido a que la profesional Trabajadora Social con especialización en el área de familia manifiesta mayores fortalezas de la intervención familiar.

De acuerdo al *último objetivo específico* planteado que señala “Indagar el efecto de la intervención familiar en el cumplimiento de objetivos medidos como: valoración de factores de riesgo, valoración de compromiso biopsicosocial, valoración ligada al consumo, valoración motivacional y motivo de egreso” se observa lo siguiente:

- Al respecto, se detectó efecto de la intervención familiar para aquellos estudiantes que recibieron la intervención familiar en: la valoración ligada al consumo de sustancias ($t=2.23$; $pvalue=0.0378$), en la valoración de estadio motivacional ($t=-7,05$; $pvalue=0.0009$), la valoración de compromiso biopsicosocial - área grupo de pares ($t=5.00$; $pvalue=0.0041$) y en la valoración de compromiso biopsicosocial-área de comunidad ($t=3.16$; $pvalue=0.0250$). Se concluye por tanto que el programa de prevención con intervención familiar genera efectos favorables respecto de la medición inicial y final en las dimensiones precisadas. Se acepta la primera *hipótesis* alternativa que señala que existen menor riesgo de consumo de drogas en usuarios que reciben intervención familiar, rechazándose la hipótesis nula. En relación al cumplimiento de objetivos se concluye que aún cuando en doce dimensiones no se aprecian diferencias estadísticamente significativas en las mediciones pre-post para el grupo que recibe intervención familiar, siete de estas dimensiones mejoran favorablemente sus medias en la medición post, lo que da cuenta de una mejoría posterior a la aplicación de la intervención. Se rechaza la tercera y última hipótesis que señala que la intervención familiar produce efecto en el motivo de egreso.

Ahora bien, durante el transcurso de la investigación se observa escasa claridad y especificación en Orientaciones Técnicas del Programa respecto de la intervención familiar a desarrollar.

Por lo mismo, las intervenciones realizadas quedan al criterio clínico de cada profesional que implementa el programa. Esto pone en evidencia además la poca especialización en la materia por lo que no surgen estrategias de intervención familiar, aunque en reiteradas ocasiones se manifieste expresamente en los registros de intervención la necesidad de implementarla. Hay que considerar también, que debido a dificultades en la ejecución del programa se incorpora a otro

profesional. Por otra parte, resulta preocupante, que en usuarios no exista conocimiento de los antecedentes familiares o desconocimiento frente a la identificación de adulto responsable, ya que para ingresarlos al programa deben poseer tales antecedentes, para posterior elaboración de plan de intervención. Esto último se ve reflejado principalmente en la valoración de riesgo y valoración del compromiso biopsicosocial del estudiante.

Se visualiza además que no existe una mirada de la intervención con enfoque sistémico, ya que independiente de la necesidad o priorización de intervención individual con el usuario esta debiese ser reforzada o involucrar a algún referente significativo.

Al momento de efectuar de la revisión de la escasa intervención familiar realizada, se pudo observar que la principal estrategia generada era apoyos familiares domiciliarios, sin embargo principalmente fue empleada para lograr consentimientos informados del apoderado sobre el ingreso del estudiante al programa. Esta estrategia se utiliza con niños de 5 años, ya que el objetivo principal es satisfacer las necesidades básicas familiares y tratar la crisis. Este tipo de intervenciones suponen la movilización de recursos sociales o sanitarios al domicilio familiar o el traslado de un gestor de caso a una familia en crisis o en una situación de alto riesgo, con el fin de que facilite la utilización de los servicios que permitan afrontar dicha situación. (Secades Villa, Fernández Hermida, García Fernández, & Al-Halabi Díaz, 2011).

La Terapia Familiar Breve es la intervención óptima de acuerdo a la etapa de desarrollo en que se encuentran los usuarios, principalmente adolescencia media. La terapia Breve se produce cuando se identifica riesgo en un adolescente que ya está siendo tratado por presentar algún problema (trastorno de conducta, problema académico) que suele ser un precursor o estar asociado al consumo de sustancias. (Secades Villa, Fernández Hermida, García Fernández, & Al-Halabi Díaz, 2011). Sin embargo esta última solo se presenta en un usuario, lo cual resulta preocupante.

Resulta preocupante además que con 6 intervenciones que se ven traducidas mayoritariamente en intervenciones de tipo individual se genere

cumplimiento de objetivo en 3 meses de ejecución. Si bien, existe clara especificación en orientaciones técnicas del programa de realizar medición luego de transcurrir el periodo antes mencionado, solo se sugiere para evaluar los logros alcanzados y reorientar plan de intervención individual y no para el cumplimiento total de objetivos propuestos.

Sin duda, los resultados planteados anteriormente, buscan generar insumos para mejorar la implementación del programa y obtener una mayor cantidad de logros alcanzados en cada usuario atendido.

Como sugerencia se plantea la necesidad de normar la frecuencia de las intervenciones familiares, que cada usuario debiera recibir, adicional a los otros tipos de prestaciones o encuentros con el estudiante.

También es importante sensibilizar a los profesionales que implementan el programa sobre la importancia de considerar a la familia en la intervención fomentando la real participación del núcleo familiar en la recuperación del usuario.

Por último, desde las Políticas Públicas de Prevención de Consumo de Drogas es necesario que exista una evaluación permanente y constante de la adecuada ejecución de los programas en la materia, a modo de optimizar recursos y lograr resultados acorde a lo propuesto en sus lineamientos.

8.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Aylwin Acuña, N., & Solar S., M. O. (2002). *Trabajo Social Familiar*. Santiago : Universidad Catolica de Chile .
2. Espinal, I., Gimeno, A., & Gonzalez, F. (2004). *El Enfoque Sistémico En Los Estudios Sobre La Familia*.
3. J., V. (2007). *Modelo y Métodos de Intervencion en Trabajo Social* . Madrid: Alianza Editorial .
4. Lefio LA, V. S., Lefio, L., Villarroel, S., Rebolledo, C., Zamorano, P., & Rivas, K. (2013). Intervenciones eficaces en consumoproblematico de alcohol y otras drogas. *Revista Panam Salud Publica* , 34(4):257-66.
5. Lledò, M., & Abejón, J. A. (1999). *Abordaje Clinico de las recaidas*. Obtenido de http://www.osasunekintza.org/drogas/drogas/p5/Art_04.html
6. Mack, E. J. (2009). *Como desarrollar una Politica sobre Drogas* . CICAD/OEA . Miami, Florida: CUADRAGÉSIMO SEXTO PERIODO ORDINARIO DE SESIONES .
7. Maiquez, M. L., & Capote, C. (2001). Modelos y enfoques de intervencion familiar. *Intervencion psicosocial* , 185-198.
8. Milán, A. M. Estrategias de Intervención Familiar dirigidas a jóvenes con consumo de drogas y trasgresiones a la ley.
9. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, U. (2014). *Informe Mundial sobre las Drogas, Resumen Ejecutivo*.
10. (2015). *Orientaciones Tecnicas, Prevencion, Tratamiento, Integracion Social*. Estrategia Nacional de Drogas 2015-2025.
11. Reglamento de Centros de Tratamiento y Rehabilitación de Personas con consumo perjudicial o dependencia a alcohol y/o drogas. (Febrero de 2009).

Artículo nº 1, Publicado en el Diario Oficial de 13.01.10 . Santiago : Ministerio de Salud.

12. Rojas, M. (2016). *Ámbito de intervención preventiva, Revisión de Efectividad de cada Ambito*. COPOLAD.
13. Rossenberg, R. (2010). "Análisis de los modelos psicológicos de intervención en drogodependencias, según su fundamentación teórica". *Tesis Magister en Drogodependencias* . Universidad de Concepcion.
14. Secades Villa, R., Fernández Hermida, J., García Fernández, G., & Al-Halabi Díaz, S. (2011). *Estrategias de intervención en el Ambito Familiar*. Uniersidad de Oviedo: Diputació de Barcelona.
15. Seijas Buschiazzo, D. (1994). *Tratamiento de las Dependencias de Sustancias* . *Boletín Escuela de Medicina, Universidad Catolica de Chile* .
16. SENDA. (s.f.). Obtenido de http://www.senda.gob.cl/prevencion/informacion-sobre-drogas/glosario-de-terminos/?page_id=2528
17. SENDA. (2016). *Décimo Primer Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar de Chile,2015*. En O. C. Drogas. Santiago : RR Donnelley.
18. SENDA. (2013). *Normas y Orientaciones Tecnicas de los Planes de Tratamiento y Rehabilitacion para personas adultas con problemas derivados del consumo de drogas*. Convenio SENDA-MINSAL.
19. SENDA. (2017). *Orientaciones Técnicas*. SENDA, Santiago.
20. SENDA. (2014). *Orientaciones Tecnicas Tratamiento e Integracion Social* .
21. *Servicio Nacional para la Prevencion y Rehabilitacion de Drogas y Alochol (SENDA)* . (s.f.). Obtenido de <http://www.senda.gob.cl/>
22. SIERRA, J. A., & FERNÁNDEZ, M. G. (2009). *La Terapia Familiar en el Tratamiento de las Adicciones*. En *Apuntes de Psicología, Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Occidental,Universidad de Cádiz, Universidad de Huelva y Universidad de Sevilla* (Vol. Vol. 27, págs. número 2-3, págs. 339-362.). Sevilla .

23. Zapata, M. A. (2009). La Familia, soporte para la recuperación de la adicción a las drogas. *Revista CES Psicología* , 2 (2).





9. ANEXOS

9.1. ANEXO N° 1

Cuestionario Auto administrado

Le estamos invitando a participar en una investigación denominada “Intervención Familiar en Programa de Prevención de Consumo de drogas” realizado por el Programa de Magister de Trabajo Social y Políticas Sociales, de la Universidad de Concepción.

El objetivo del estudio es indagar la existencia de asociación entre la intervención familiar implementada en Programa Actuar a Tiempo y cumplimiento de objetivos propuestos en usuarios de prevención indicada. El análisis de esta información nos permitirá formular recomendaciones orientadas a mejorar la política existente.

Por lo anterior, le solicitamos a usted contribuir a esta investigación respondiendo la totalidad de las preguntas. Esta encuesta es confidencial y anónima.

I.- IDENTIFICACIÓN.

1. **Sexo:**

1) Femenino

2) Masculino

2. **Edad (años cumplidos)** _____

3. **Meses en el Cargo** _____

4. **Profesión:**

1) Trabajador Social

2) Psicólogo

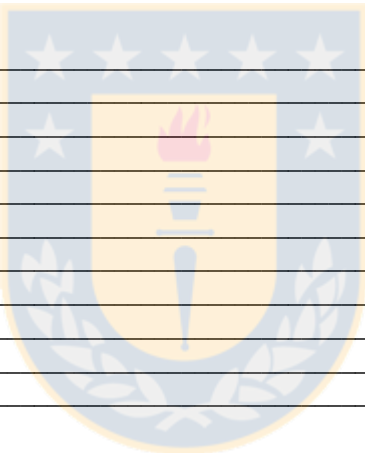
3) Otro _____

5. **Especialización** _____

II.- INTERVENCION FAMILIAR

1. ¿Cuáles son las fortalezas en la implementación de la intervención familiar?

2. ¿Cuáles son las limitantes en la implementación de la intervención familiar?



III.- REGISTRO DE INTERVENCION: Información por cada estudiante ingresado a prevención indicada.

| Tipo de Prestaciones | Se realiza (Si/No) | Número de intervenciones | Frecuencia de intervención (Mensual/ quincenal/ semanal) | Participación Grupo Familiar (Si/No) | TOTAL |
|----------------------------------|--------------------|--------------------------|--|--------------------------------------|-------|
| 1. Intervención Individual | | | | | |
| 2. Intervención Grupal | | | | | |
| 3. Intervención Familiar | | | | | |
| Apoyo Familiar Domiciliario | | | | | |
| Formación Parental | | | | | |
| Formación Habilidades Familiares | | | | | |
| Terapia Breve | | | | | |
| Otro | | | | | |
| 4. NNJ y Familia | | | | | |
| 5. Red | | | | | |
| 6. Escuela | | | | | |
| TOTAL | | | | | |

9.2. ANEXO Nº 2

FIGURA Nº 2 “Pauta de Observación y Detección Temprana” ELABORACION DE AREA DE PREVENION, SENDA.

Responda las siguientes preguntas asociadas a la situación del estudiante, marcando (con una X) la alternativa correspondiente. Esta es una pauta confidencial, que se responde cotejando la información con quien realiza la referencia para la evaluación, el/la estudiante y/u otros miembros de la comunidad educativa que tienen conocimiento del estudiante.

Nombre de estudiante: _____ **Rut estudiante:** _____

Nombre de quien realiza referencia: _____ **Fecha:** _____

| | | Nunca | Rara Vez | Algunas Veces | Casi Siempre | Siempre | No sabe |
|----|---|-------|----------|---------------|--------------|---------|---------|
| 1 | El/La estudiante es inquieto/a, hiperactivo/a o no puede permanecer tranquilo/a por mucho tiempo | | | | | | |
| 2 | El/La estudiante se distrae con facilidad y le cuesta concentrarse | | | | | | |
| 3 | El/La estudiante se expone a situaciones de riesgo (sube techos, murallas o lugares peligrosos, otros) | | | | | | |
| 4 | El/La estudiante participa en las actividades académicas del EE | | | | | | |
| 5 | El/La estudiante participa en las actividades extra programáticas del EE | | | | | | |
| 6 | El/La estudiante comparte con un grupo de amigos cercanos | | | | | | |
| 7 | El/La estudiante desafía las reglas y normas del EE | | | | | | |
| 8 | El/La apoderado/a participa en las actividades formales del EE (Reuniones de Apoderados, Ceremonias, Graduaciones, etc.) | | | | | | |
| 9 | El/La apoderado/a participa en las actividades extra programática del EE (Talleres, academias, actividades deportivas, etc.) | | | | | | |
| 10 | El/La apoderado/a se preocupa que el/la estudiante haga su tarea y estudie para las pruebas. | | | | | | |
| 11 | El/La apoderado/a está atento/a respecto de lo que el/la estudiante hace en el colegio (rendimiento, disciplina, entre otros) | | | | | | |
| 12 | El/La estudiante fuma en el Establecimiento Educacional (EE) o fuera de él | | | | | | |
| 13 | El/La estudiante ha llegado bajo los efectos del alcohol al EE | | | | | | |
| 14 | El/La estudiante ha llegado bajo los efectos de la marihuana al EE | | | | | | |
| 15 | El/La estudiante consume algún otro tipo de sustancia (Cocaína, pasta base, psicofármacos, inhalables, etc.). | | | | | | |
| 16 | El/La estudiante se irrita o enoja con facilidad | | | | | | |
| 17 | El/La estudiante deja de presentar interés por las cosas o actividades que antes le motivaban | | | | | | |
| 18 | El/La estudiante presenta cambios significativos en su habitual estado anímico | | | | | | |
| 19 | El/La estudiante se ve involucrado/a en situaciones de pérdidas o hurtos de objetos de valor en el EE | | | | | | |
| 20 | El/La estudiante ha estado involucrado/a en daños a la propiedad del EE (rayados en las paredes, rotura de vidrios, etc.) | | | | | | |
| 21 | El/La estudiante participa de alguna pandilla | | | | | | |
| 22 | El/La estudiante se ve involucrado/a en la venta de algún tipo de sustancia (drogas lícitas o ilícitas) | | | | | | |
| 23 | El/La estudiante NO muestra preocupación por su rendimiento escolar | | | | | | |
| 24 | El/La estudiante ha disminuido su rendimiento escolar en el último año | | | | | | |
| 25 | El/La estudiante comparte con amigos y/o compañeros que consumen cigarrillos en el establecimiento | | | | | | |
| 26 | El/La estudiante comparte con amigos y/o compañeros que consumen Alcohol en el establecimiento | | | | | | |

| | | Nunca | Rara Vez | Algunas Veces | Casi Siempre | Siempre | No sabe |
|----|--|-------|----------|---------------|--------------|---------|---------|
| 27 | El/La estudiante comparte con amigos y/o compañeros que consumen Marihuana en el establecimiento | | | | | | |
| 28 | El/La estudiante comparte con amigos y/o compañeros que consumen otras sustancias (drogas licitas o ilicitas) | | | | | | |
| 29 | El/La estudiante agrede verbalmente a sus compañeros | | | | | | |
| 30 | El/La estudiante agrede físicamente a sus compañeros | | | | | | |
| 31 | El/La estudiante es agredido/a físicamente por sus compañeros | | | | | | |
| 32 | El/La estudiante es agredido/a verbalmente por sus compañeros | | | | | | |
| 33 | El/La estudiante ha sido acosado/a en las redes sociales (Facebook, twitter, e-mail) de otros estudiantes | | | | | | |
| 34 | El/La estudiante ha acosado/a en las redes sociales (Facebook, twitter, e-mail) a otros estudiantes | | | | | | |
| 35 | El/La estudiante presenta ausencias injustificadas a clases | | | | | | |
| 36 | El/La estudiante se escapa o hace la cimarra | | | | | | |
| 37 | El/La estudiante ha faltado de manera considerable al colegio amenazando su año escolar (Historial Académico) | | | | | | |
| | | No | Si | No sabe | | | |
| 38 | Hasta donde usted conoce, existe alguna persona que presente consumo problemático de sustancias (drogas legales e ilegales) en el hogar de el/la estudiante. | | | | | | |
| 39 | Hasta donde usted conoce, se han realizado denuncias por violencia intrafamiliar en el hogar de El/La estudiante | | | | | | |

Nombres de informantes clave que informan las respuestas de esta pauta y relación con el estudiante:

Observaciones de Profesionales Actuar a Tiempo:

NOMBRE
PROFESIONAL AAT: _____

FIRMA
PROFESIONAL AAT: _____

9.3. ANEXO Nº 3

FIGURA Nº 3 “Pauta Compromiso Biopsicosocial Infanto Adolescente”
PROPORCIONADO POR SENDA.

| Áreas | Compromiso Biopsicosocial | | | | |
|------------|--------------------------------------|--|---|---|--|
| | Sin CBPS | CBPS Leve | CBPS Alto | CBPS Severo | |
| Individual | Salud Física General | Estado nutricional normal P/E; P/T. Sin molestias o patología somática. Al día ingreso a programa de salud del joven sano. | Estado nutricional normal P/E; P/T. Sin molestias o patología somática. Dificultad en el manejo de la higiene personal. Síntomas no diagnosticados (dolores estomacales constantes, resfrios, jaquecas, sobrepeso). | Alto riesgo de compromiso somático, por patología aguda, molestias somáticas diversas, enfermedad crónica controlada y diagnosticada. Alteración de la alimentación y el cuidado personal. Riesgo de desnutrición u obesidad. Higiene severamente descuidada. Nulo autocuidado. | Existe compromiso somático evidente, enfermedades crónicas descompensadas. Perdida o abandono de autocuidado físico. Desnutrición y/o alteración alimentación (bulimia, anorexia, vigorexia). Nulo autocuidado. |
| | Salud Sexual y Reproductiva | Salud Sexual y reproductiva acorde a etapa evolutiva. Iniciativa de autocuidado en su salud sexual para obtener ayuda o información. | Uso de lenguaje sexualizado. Intención de consulta para ayuda o información en salud sexual. Prácticas sexuales sin protección. Riesgo de embarazo. Riesgo de ITS. | Experimentación sexual (sexting, juegos sexuales, búsqueda de sexo). Parejas inestables. Inicio de actividad sexual sin protección, riesgo de embarazo e ITS. No hay iniciativa de consulta a red de salud (a pesar de saber que es necesario) | Actividad sexual con múltiples parejas sin protección. Explotación sexual. Presencia ITS. Embarazo adolescente. |
| | Salud Mental | Sin dificultades emocionales ni trastornos neuro psiquiátricos. El NNA se observa con un desarrollo adecuado para su etapa del desarrollo. | Presencia de crisis normativa (anhedonia, inestabilidad ánimo, irritabilidad) ocasionalmente aumentadas por eventos estresantes (cambio de colegio, problemas relacionales, problemas de pareja, problemas familiares entre otros), sin mayor persistencia en el tiempo. | Problemas de autoestima y/o autoconcepto. Dificultad en las habilidades sociales, la expresión emocional. Actitud evasiva, aislamiento. Baja tolerancia a la frustración Síntomas Emocionales inespecíficos. | Sospecha de alteraciones psicológicas y neuropsiquiátricas. Antecedentes previos formales en salud mental. Problemas emocionales (necesidad de resolución de acontecimientos pasados) Presencia de consumo habitual de sustancia psicoactiva. Ideación o intento de suicidio. Maltrato, abuso sexual, violencia. |
| | Capacidad Adaptativa | Adecuada internalización de límites, normas, figuras de autoridad. Adecuada capacidad de autocontrol, autonomía e independencia adecuada a la etapa evolutiva. Adecuada adaptación e integración a su familia, grupo de pares o liceo y en su comunidad o barrio. | Adecuada internalización de límites, normas, figuras de autoridad. Adecuada capacidad de autocontrol. Autonomía e independencia adecuada a etapa evolutiva. Capacidad de autocontrol para relacionarse con la autoridad. Presencia de conductas reactivas aisladas, sin mayores dificultades en la inserción familiar, pares, escuela o comunidad. Cuando se presentan estas dificultades, son hechos aislados y reactivos a situaciones transitorias. | Dificultad en la internalización de normas y límites y figura de autoridad. Dificultad para ejercer autocontrol y autonomía. Dificultad en relación a su capacidad de adaptación e integración agrupo de pares, escuela, comunidad y/o barrio. Relación con grupo de pares desde la dependencia y/o aislamiento. Uso ocasional de violencia verbal y física ante conflictos. Deseo por integrarse a actividades prosociales (sin concretar). | Dificultad severa de autocontrol y autonomía. Baja o nula tolerancia a la frustración. Agresividad y/o provocación social permanente. Presencia de problemas con grupo de pares o escuela (inestabilidad, conflicto). Conflicto familiar constante (fugas del hogar familiar, tensión, iniciativa por estar en calle). Aislamiento y/o estigmatización social. |
| | Figura Vincular o Contenedora | Existe y presenta un alto nivel de involucramiento. | Existe pero se observa un medio o bajo nivel de involucramiento en las necesidades del adolescente (básicas, emocional-afectivo, protección, contención). | Existe, pero con importantes dificultades en la contención y el involucramiento por lo cual tienden a ser aisladas. Perdida de figuras significativas. | Existe abandono y negligencia. Adultos con problemas de salud mental y/o consumo. Figura inaccesible, dolorosa, insensible, estresante, rechazante y peligrosa. |

| Áreas | Compromiso Biopsicosocial | | | | |
|---------|--|---|---|--|--|
| | Sin CBPS | CBPS Leve | CBPS Alto | CBPS Severo | |
| Familia | Funcionamiento Familiar | Grupo Familiar con funcionamiento adecuado | <p>Cuidadores atentos a necesidades del NNA, pero por circunstancias laborales u otra no disponen de cantidad de tiempo necesaria.</p> <p>En ocasiones se delega la supervisión parental hacia terceros (familiares y/o amigos cercanos, hijos mayores) donde se observan riesgos en el adolescente (fiestas, junta, celebraciones familiares, cumpleaños) como único evento.</p> <p>Percepción del adolescente de referentes de respeto y obediencia en seno familiar. Adecuada adherencia a normas y límites al interior del hogar.</p> | <p>Intensificación de la pérdida de roles, normas y límites. Incoherencia en la supervisión parental constante, observable en rutinas diarias del NNA.</p> <p>Comunicación entre los integrantes estereotipada, rígida y aislada. Relación de desconfianza.</p> <p>Estilo de crianza autoritaria, permisiva afectiva, hostil-afectiva. Presencia de maltrato por parte de los padres físico y psicológico.</p> <p>Estado familiar inestable.</p> | <p>Familia caótica, desorganizada. Parentalidad disfuncional, ausencia de límites y normas claras.</p> <p>Negligencia parental crónica. Uso de maltrato (castigo, abuso)</p> <p>Existencia de pautas trasgeneracionales (estilo de crianza, abuso, maltrato, entre otras).</p> |
| | Estrategias de Apoyo Social | Poseen apoyo social tanto institucional como informal, en términos de conocimiento u atención | <p>Conocimiento de redes locales de ayuda. Vinculación con al menos una red de apoyo social en la vida familiar.</p> <p>Existencia de familiares, vecinos o amigos para contención emocional y apoyo social cuando se requiere.</p> | <p>Existe apertura y/o interés al apoyo de redes, pero con dificultades para concretar su ayuda.</p> <p>Dependencia de terceros para la atención con redes.</p> <p>Aislamiento de figuras de apoyo (familiares, vecinos y amigos), para contención emocional y apoyo social.</p> | <p>Desinterés por el apoyo de redes, o actitud de rechazo hacia redes locales por desconocimiento y/o experiencias.</p> <p>Ausencia de figuras de apoyo (distanciamiento, aislamiento, quiebre, conflicto) para contención emocional y apoyo social.</p> |
| | Antecedentes de Consumo de Sustancia, Salud Mental, Delito en la Familia o Terceros | Ausencia de enfermedades y antecedentes de delito en familiares. | Presencia de eventos ocasionales y/o rara vez de consumo de familiares de tipo abusivo sin afectar el clima familiar, principalmente festividades o ritos familiares. | <p>Padres con problemas de salud crónica (discapacidad, enfermedad degenerativa u otra).</p> <p>Presencia de algunos familiares con consumo de sustancias psicoactivas (normalizado). Uno de los padres posee consumo de sustancias (ocasional, habitual u abusivo).</p> <p>Padres, apoderados o adultos responsables con baja percepción del riesgo del consumo de sustancias.</p> | <p>Presencia de trastorno neuropsiquiátrico y/o psicológicos.</p> <p>Problemas de consumo y familiares involucrados en delitos (venta informal, venta o compra de artículos robados).</p> |
| | Condiciones Básicas | Condiciones del hogar adecuadas (servicios básicos- estándar de habitabilidad adecuados). | Condiciones del hogar optimo, existiendo de forma muy aislada incumplimiento de necesidades básicas por situaciones particulares (pagos de salarios desfasados- deudas) que no afectan al funcionamiento familiar. | <p>Falta de recursos para cumplimiento necesidades (escolares, salud), sin compromiso mayor. Observables incumplimientos de tareas escolares del adolescente.</p> <p>Tendencia hacia la satisfacción de otras prioridades materiales (tecnológicas- juegos sofisticados-vestuario de marcas) por sobre las mínimas de vida (alimentación, higiene, salud, vivienda, etc.).</p> | <p>Cesantía. Incertidumbre sobre la duración de la estadía en la vivienda.</p> <p>Riesgo de desalojo, pérdida de servicios básicos, no existen espacios personales, situación de calle).</p> |

| Áreas | Compromiso Biopsicosocial | | | |
|----------------------------|---|---|--|--|
| | Sin CBPS | CBPS Leve | CBPS Alto | CBPS Severo |
| Escuela o Liceo | Adecuada integración a institución escolar. Establecimiento apoya y acoge las necesidades del o la estudiante. | <p>Ciertas dificultades de rendimiento y/o conductas pero logran ser manejadas por apoderados o miembros de la escuela. Iniciativa de adolescente por mejorar.</p> <p>Percepción y presencia de figuras significativas al interior de escuela (profesor jefe, inspector, encargada de convivencia escolar)</p> <p>Problemas de rendimiento en algunas asignaturas. Bajo compromiso de padres frente a su situación en el establecimiento escolar.</p> | <p>Problemas de bajo rendimiento en algunas asignaturas. Amenaza de repitencia. Retraso pedagógico; necesidades educativas especiales. Cambio frecuente de escuela y/o liceo. Padres responden de manera intermitente a requerimiento escolar. Presencia de vínculo significativo en escuela que favorezca en la adherencia escolar.</p> <p>Percepción de mala relación con la comunidad educativa. Actitud negativa hacia la educación formal (NNA y Familia). Presencia ocasional de violencia escolar (física, verbal, emocional). Dificultades de comportamiento reiterado. Ausentismo sin justificación aparente (cimarras).</p> <p>Presencia de consumo de sustancias. Estigmatización por parte de comunidad educativa frente a situaciones de consumo.</p> | <p>Estado de condicionalidad (exámenes libres, asistencia en horarios determinados). Predesertor o estado de deserción escolar. Estigmatización escolar. Necesidad de apoyo de terceros para asistir a escuela (vínculos significativos).</p> <p>Desesperanza aprendida, tendencia hacia lo práctico (deseo de trabajar), problemas de conducta reiterado ante normas y límites.</p> <p>Microtráfico de consumo de sustancias psicoactivas al interior del establecimiento educativo</p> |
| Grupos de Pares | Adecuada Integración a su grupo de pares. Grupo de pares con funcionamiento adecuado. | <p>Grupo de pares permanente, con actividades recreativas y educativas.</p> <p>Escasa integración a grupo de pares.</p> | <p>Distanciamiento de grupo de pares protectores</p> <p>Inestabilidad de grupo de pares</p> <p>Ocasionalmente se reúne con grupo de pares con tendencia disocial o de consumo</p> <p>Relaciones con grupo de pares de mayor o menor edad</p> | <p>Pertenencia a grupo de pares disociales (infractores de ley, de consumo y de violencia). Cambios permanentes de grupo.</p> |
| Comunidad | Participación en grupos validados en la comunidad. Comunidad cohesionada. Apoyo social y protección a niños/as y adolescentes. Existen recursos comunitarios observables. | <p>Participación ocasional en grupos validados en la comunidad. Comunidad cohesionada, presenta apoyo social y actitud de protección a NNA.</p> <p>Recursos comunitarios limitados pero existen. NNA y su familia, conoce al menos un recurso de apoyo social en la comunidad.</p> | <p>Falta de redes o recursos comunitarios que sean efectivos y de interés para los NNA.</p> <p>Comunidad percibida como poco segura. Presencia de delito, drogas y tráfico en determinados horarios. Tensión con policías al delito y droga. Tensiones étnicas y/o raciales</p> <p>En zonas de ruralidad y/o urbanidad redes sociales aisladas.</p> | <p>Problemas de integración e inclusión social. Ausencia de apoyo social, escasos recursos comunitarios.</p> <p>Barrio altamente conflictivo, fácil acceso a drogas y presencia de tráfico o microtráfico. Presencia de alto conflicto racial, étnico y/o policial en extremo (allanamiento).</p> <p>Falta de acceso de servicios sociales (Salud, educación, vivienda, social entre otros).</p> |
| Ocio y Tiempo Libre | Logra armonizar tiempos de labores con tiempos de ocio y tiempo libre en actividades adecuadas a su desarrollo sano. Carretes ocasionales y negociados con los adultos de la familia. | <p>Organiza tiempo, con aficiones diversas (religioso, cultural, deportivas, musicales, artísticas) con quehaceres propios de su edad, pero no siempre los compatibiliza con sus labores. Ocasionalmente y/o rara vez ha presentado problemas debido a que no ha cumplido con deberes (llegar a deshoras, cimarra). Carretes regulares y en algunos casos sin autorización.</p> | <p>Desconoce pero desea realizar hobbies. Tendencia a preferir aficiones (religioso, cultural, deportivas, musicales, artísticas) teniendo problemas en normas y deberes propios de su edad. Carrete frecuentes con dificultades para llegar a acuerdos con los padres o figuras cuidadoras.</p> | <p>Total desinterés por desarrollar actividades recreativas. Deseos de participar en carretes de forma permanente. Uso de consumo de sustancias como forma recreativa.</p> |

9.4. ANEXO N° 4 FIGURA N° 4 “Instrumento DEP ADO”

| 1. Durante los últimos 12 meses ¿has consumido alguno de estos productos? si es así ¿Cuál ha sido la frecuencia de tu consumo? | | | | | | | Para uso reservado del operador social | | | |
|---|--------------------------|-----------------------|-----------------------------|---|---|-----------------------|--|-------------|----------------|-----------------|
| | No ha consumido | En ocasiones | Alrededor De una vez al mes | El fin de semana o una o dos veces en la semana | 3 veces y más en la semana pero no todos los días | Todos los días | factor | | | |
| | | | | | | | 1 Alcohol | 2 Marihuana | 3 Otras drogas | 4 Consecuencias |
| Alcohol | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | | |
| Marihuana (yerba, pito, huiro, macoña) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | | |
| Pasta Base de Cocaína (Mono, bazuco, pasta) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | | |
| Cocaína (Coca, haley, raya, línea) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | | |
| Pegamento / Solvente (Neopren, bencina, laca) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | | |
| Alucinógenos (éxtasis, peyote, LSD, floripondia) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | | |
| Anfetaminas (anfeta, pepa, ritalin) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | | |
| Otros (Medicamentos tomados sin receta: anticonvulsivantes, antidepresivos, hipnóticos, Tonaril, Codeína, tranquilizantes, etc.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | | |
| 2. a Durante tu vida ¿Has consumido alguna vez en forma regular alguno de los productos señalados en la pregunta anterior? (por lo menos una vez por semana durante un mes) | Si <input type="radio"/> | | Pasa a la pregunta 2. b | | | | | | | |
| | No <input type="radio"/> | | Pasa a la pregunta 3 | | | | | | | |
| 2. b ¿A qué edad comenzaste a consumir regularmente? (por lo menos una vez por semana durante un mes) | Alcohol | | años | | | | | | | |
| | Una o varias drogas | | años | | | | | | | |
| 3. Durante tu vida ¿Te has inyectado drogas alguna vez? | Si <input type="radio"/> | | No <input type="radio"/> | | | | | | | |
| * Sin consumo en los últimos 12 meses → Pase a la pregunta 7. | | | | | | | | | | |
| 4. a ¿Has consumido alcohol en los últimos 30 días? | Si <input type="radio"/> | | No <input type="radio"/> | | | | | | | |
| 4. b ¿Has consumido otras drogas en los últimos 30 días? | Si <input type="radio"/> | | No <input type="radio"/> | | | | | | | |
| 5. En los últimos 12 meses ¿cuántas veces has consumido 8 tragos de alcohol (hombres) / 6 tragos (mujeres), o más en una misma ocasión? <i>Un trago es igual a una lata de cerveza, una copa de vino o un vaso de combinado simple (MINSAL, 2011)</i> | Nº de veces: | | | | | | | | | |

| 6. En los últimos 12 meses, ¿te han sucedido algunas de las siguientes situaciones? | | SI | NO | Para uso reservado del operador social | | | |
|---|--|-----------------------|--|--|-----------------------|-----------------------|---------------|
| | | | | factor | | | |
| | | | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | | | | Alcohol | Mariguana | Otras drogas | Consecuencias |
| a | Se ha dañado tu salud física debido a tu consumo de alcohol u otras drogas (Ej.: Problemas digestivos, sobredosis, infecciones, irritación nasal, lesiones, etc.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | | |
| b | Has tenido dificultades psicológicas debido a tu consumo de alcohol u otras drogas (Ej.: ansiedad, depresión, problemas de concentración, pensamientos suicidas, etc.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | | |
| c | Tu consumo de alcohol u otras drogas ha dañado tus relaciones familiares | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | | |
| d | Tu consumo de alcohol u otras drogas ha dañado a una de tus amistades o tu relación amorosa | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | | |
| e | Has tenido dificultad en la escuela por tu consumo de alcohol u otras drogas (Ej.: Falta a clases, suspensión, baja de notas, falta de motivación, etc.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | | |
| f | Has gastado o perdido mucho dinero debido a tu consumo de alcohol u otras drogas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | | |
| g | Has cometido delitos mientras consumías alcohol u otras drogas, aún si la policía no te detuvo. (Ej.: robo, herir a alguien, vandalismo, venta de drogas, manejar auto, etc.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | | |
| h | Has tomado riesgos mientras consumías alcohol o drogas. (Ej.: relaciones sexuales sin protección, o inverosímiles para un joven, actividad deportiva estando intoxicado, etc.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | | |
| i | Tienes la impresión que las mismas cantidades de alcohol u otras drogas hacen menos efecto en ti | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | | |
| j | Has hablado de tu consumo de alcohol u otras drogas con algún profesor u otro profesional | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | | |
| 7. ¿Cuál ha sido tu consumo de Tabaco en los últimos 12 meses? | | | | | | | |
| <input type="radio"/> | Sin Consumo | <input type="radio"/> | El fin de semana o una a dos veces por semana | | | | |
| <input type="radio"/> | En ocasiones | <input type="radio"/> | 3 veces o más por semana, pero no todos los días | | | | |
| <input type="radio"/> | Alrededor de una vez al mes | <input type="radio"/> | Todos los días | | | | |
| | | | | Alcohol | Mariguana | Otras drogas | Consecuencias |
| Resultados Factoriales Brutos | | | | | | | |
| Resultado Total | | | | | | | |
| RODEE EL COLOR CORRESPONDIENTE | | | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |

9.5. ANEXO Nº 5

FIGURA Nº 5 “PAUTA ESTADIOS MOTIVACIONALES DE CAMBIO”
PROPORCIONADO POR SENDA.

| Etapas | Características | Objetivos de la intervención |
|--------------------------|---|--|
| Pre contemplación | No ve o no reconoce el problema | <ul style="list-style-type: none"> • Acoger al NNJ y favorecer un clima de confianza. • Conocer la percepción que la persona tiene de sí misma, de su entorno y de su relación con las drogas. • Resaltar sus cualidades y competencias. • Identificar y destacar aspectos negativos del consumo. • Motivar y acompañar el cuestionamiento de las actitudes o percepciones conformistas frente al consumo de drogas. • Promover la identificación de recursos socio-comunitarios y familiares desde una perspectiva no moralizadora. • Aportar elementos informativos sobre el consumo de drogas. • Favorecer la implicación de la persona en el proceso de cambio (motivar futuras reuniones y la recolección constante de información para fortalecer los logros de sensibilización). |
| Contemplación | Ve el problema, pero tiene muchas dudas sobre cambiar (<i>ambivalencia</i>) | <ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer la conciencia sobre los riesgos del consumo. • Fomentar la necesidad de cambio, debilitando el temor al fracaso. • Obtener el máximo de información sobre las ventajas e inconvenientes asociados al consumo. • Acompañar el proceso de reflexión y trabajo frente a la ambivalencia. |
| Preparación | Genera un plan u hoja de ruta para cambio | <ul style="list-style-type: none"> • Sostener la motivación al cambio. • Maximizar las posibilidades de éxito hacia el cambio (ej. relaciones, recursos, motivaciones y definiciones sobre el proceso emprendido). |
| Acción | Ha iniciado el cambio | <ul style="list-style-type: none"> • Apoyar a la persona ante las consecuencias del cambio que son especialmente difíciles de integrar (Ej. soledad, pérdida de amistades, reacciones negativas del ambiente o pérdida de placer). • Proponer estrategias de acción adecuadas a las características específicas de la persona y su entorno. • Reconocer y fomentar cada uno de los esfuerzos que realiza la persona. • Identificar y activar redes de apoyo social. • Reforzar prácticas alejadas del consumo. |
| Mantenimiento | Es capaz de sostener el cambio realizado | <ul style="list-style-type: none"> • Acompañar la consolidación del cambio (sostenibilidad del cambio). • Prevenir recaídas. |
| Recaída | Vuelve a la conducta inicial | <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar y estabilizar al niño, niña o joven, gestionando atención médica en el caso de requerirlo. • Acompañar al niño, niña o joven en la reflexión de los hechos y en considerar la recaída como parte de un ciclo de aprendizaje hacia el mejoramiento y la recuperación. • Evitar la desmoralización y motivar al niño, niña o joven para retomar y mantener su recuperación en marcha. • Animar el proceso de cambio nuevamente, facilitando la identificación de situaciones, acciones y personas que colaboraron en que la recaída no fuera de mayor intensidad. • Acompañar en la identificación y clarificación de las consecuencias. • Facilitar la identificación de personas (familia, vecinos, amigos, etc.) que puedan conformar una red de apoyo y prevención de recaídas. • Identificación y acompañamiento en el desarrollo de estrategias para prevenir nuevas recaídas. |

9.6. ANEXO Nº 6

TABLA Nº 24 PLANTILLA DE RECOLECCION DE INFORMACION

| IDENTIFICACION DE ESTUDIANTE | | IDENTIFICACION GRUPO FAMILIAR | |
|------------------------------------|---|-------------------------------|---|
| SEXO | 1) Femenino 2) Masculino | ADULTO RESPONSABLE | 1) Madre 2) Padre 3) Abuelos 4) Otro Familiar 5) Otro |
| EDAD (Años cumplidos) | | SEXO | 1) Femenino 2) Masculino |
| ADOLESCENCIA | 1) Temprana 2) Media 3) Tardía | VIVE CON LA FAMILIA | 1) Si 2) No |
| NIVEL EDUCACIONAL | 1) Primero Medio 2) Segundo Medio 3) Tercero Medio 4) Cuarto Medio | | |
| ESTABLECIMIENTO EDUCACIONAL | 1) Liceo Comercial 2) Liceo Técnico 3) Liceo Industrial | | |

Fuente: Elaboración Propia



FIGURA Nº 6 RESUMEN TÉCNICO Y MONITOREO PLAN DE INTERVENCIÓN INDIVIDUAL

SECCIÓN 2: PROPUESTA Y EVALUACIÓN TÉCNICA DE LA INTERVENCIÓN

| Aspecto a Evaluar | | Evaluación Pre-Intervención | | Evaluación Post-Intervención | | Resultados (Marcar con X cambios al cierre de PTI) | | |
|---|---|-----------------------------|--------------------------------|------------------------------|-------------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| | | Fecha: | | Fecha: | | Cambio Negativo | Sin Cambio | Cambio Positivo |
| | | Evaluación Pre | Marcar con X si fue priorizado | Evaluación Post | Marcar con X si fue trabajado | | | |
| Dimensión Ligada al Consumo (DEP-ADO) | Consumo de alcohol (Pregunta 4a) | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Consumo de drogas (Pregunta 4b) | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Frecuencia consumo abusivo de alcohol (Pregunta 5) | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Variable Motivacional | Estadio Motivacional: 1=Pre-contemplación, 2=Contemplación, 3=Preparación, 4=Acción, 5=Mantención, 6=Recaída | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Factores de Riesgo (Ingresar valores de índices de Pauta Detección Temprana) | Hiperactividad | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Aislamiento | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Oposicionismo Desafiante | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Involucramiento | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Consumo Individual | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Cambios en el Estado Anímico | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Conducta Disocial | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Rendimiento Escolar | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Pares con Consumo | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Violencia Escolar | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Ausentismo | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Antecedentes Familiares | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Nivel de Riesgo General (Baja, Moderado, Avanzado) | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| CBPS Individual (1=Sin, 2=Leve, 3=Alto, 4=Severo) | Salud Física General | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Salud Sexual y reproductiva | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Salud Mental | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Capacidad Adaptativa | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Figura vincular o contenedora | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| CBPS Familiar (1=Sin, 2=Leve, 3=Alto, 4=Severo) | Funcionamiento Familiar | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Estrategias de Apoyo Social | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Antecedentes consumo sustancia, salud mental, delito | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Condiciones básicas | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| CBPS Otros (1=Sin, 2=Leve, 3=Alto, 4=Severo) | Liceo / Escuela | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Grupo de Pares | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Comunidad | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Ocio y Tiempo Libre | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Transgresión de la Norma | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

9.7. ANEXO N° 7

FIGURA N° 7 ASENTIMIENTO DE ESTUDIANTE DE PROGRAMA DE PREVENCIÓN (PROPORCIONADO POR SENDA)

| ASENTIMIENTO INFORMADO DEL ESTUDIANTE (Dar copia de esta página a estudiante después de firma) | |
|---|--|
| <p>Por medio de la presente declaro que he sido informado(a) de los aspectos generales del Programa <i>Actuar A Tiempo</i> que se desarrolla en mi Establecimiento Educativo y cuál es el objetivo que este busca.</p> <p>Estoy en conocimiento que este Programa busca realizar un acompañamiento que favorezca y fortalezca mi desarrollo en diferentes ámbitos, incluyendo el ámbito educacional, familiar, y en la relación con mis compañeros/as.</p> <p>Los/as Profesionales del Programa me han informado lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Tendremos encuentros <input type="checkbox"/> semanales <input type="checkbox"/> mensuales.• Los encuentros serán: <input type="checkbox"/> individuales <input type="checkbox"/> grupales.• Los encuentros tendrán una duración aproximada de _____ minutos.• Para lo anterior, trabajaremos un tiempo mínimo de _____ meses.• Favorecemos el compartir y relacionarnos en un clima de respeto mutuo. | |
| Qué Vamos a Hacer: | |
| <ul style="list-style-type: none">• Proceso de Evaluación conjunta en diferentes dimensiones.• Devolución y análisis de la información recogida/levantada.• Entrevistas individuales y/o familiares (si corresponde).• Elaborar plan de trabajo de manera conjunta.• Participar en actividades, consejerías y acompañamiento. | |
| Mis Derechos: | |
| <ul style="list-style-type: none">• A ser escuchado y tratado(a) dignamente.• A la confidencialidad de mi información y participación, el cual posee como excepción: mi riesgo personal, el riesgo de otros o la eventual comisión de algún delito.• A que se me informe sobre las acciones que se realizarán como parte del programa.• A participar en la construcción y ejecución de un plan de trabajo.• A la participación e incorporación de mi familia si fuese necesario.• A expresar mi deseo de interrumpir mi participación y evaluar esta decisión en conjunto con los profesionales del programa, la cual será informada a mi adulto responsable y Establecimiento Educativo. | |
| Mis Deberes y Responsabilidades: | |
| <ul style="list-style-type: none">• Cumplir con los horarios acordados, que serán establecidos con anterioridad.• Cumplir con los acuerdos establecidos con los profesionales del programa.• Participar de las actividades acordadas y a las que me he comprometido.• Respetar a los profesionales del programa.• Respetar a mis compañeros. | |

Es así como estoy de acuerdo en iniciar un proceso de trabajo y acompañamiento con los Profesionales del Programa, y **entrego mi consentimiento** para ello, luego de haber recibido la información de parte de los responsables.

Firma de Profesional Actuar A Tiempo

Firma de Estudiante

9.8. ANEXO Nº 8:

CONSENTIMIENTO INFORMADO ADULTO RESPONSABLE DE PROGRAMA DE PREVENCIÓN (PROPORCIONADO POR SENDA)

Estimado Apoderado/Adulto Responsable:

El presente documento tiene como objetivo informar a Ud. y su familia sobre las diferentes acciones y/o actividades en las que podría participar su hijo(a)/pupilo(a) en el contexto del Programa *Actuar a Tiempo* que se desarrolla en este establecimiento.

La información proporcionada por la Dupla de Profesionales que desarrollan este programa al interior del establecimiento, se basa en lo señalado en la Ley N° 20.584, la cual regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Esta ley señala en su *Artículo 2º* que *“Toda persona tiene derecho, cualquiera que sea el prestador que ejecute las acciones de promoción, protección y recuperación de su salud y de su rehabilitación, a que ellas sean dadas oportunamente y sin discriminación arbitraria, en las formas y condiciones que determinan la Constitución y las leyes”*. Por esta razón, hoy se procede a explicar los alcances que tiene la participación de su hijo(a)/pupilo(a) en dicho Programa.

En primer lugar, es relevante que Ud. sepa que el Programa *Actuar a Tiempo* corresponde a un Programa diseñado por el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), cuyo objetivo general es aumentar factores protectores y disminuir factores de riesgo de estudiantes, con tal de evitar el consumo de drogas y alcohol y reducir los riesgos y daños asociados a éste.

El Programa *Actuar a Tiempo*, favorece el desarrollo de las potencialidades de los estudiantes en diferentes ámbitos, tanto en el ámbito educacional, como en el ámbito relacional con pares y grupo familiar, generando un acompañamiento personalizado por parte de un Profesional especialmente capacitado para ello. Estos Profesionales desplegarán una serie de acciones orientadas a conocer la situación actual del estudiante, mediante un proceso denominado ***Evaluación Pre-Intervención***, lo que dará paso a la construcción de un ***Plan de Trabajo Individual***, que guiará el proceso de acompañamiento. Dicho proceso considera entrevistas con el estudiante y/o adulto responsable, consejerías, aplicación de instrumentos, intervenciones motivacionales, acompañamiento, entre otras.

Es de suma importancia que Ud. y su hijo(a)/pupilo(a) comprendan que este es un proceso de acompañamiento basado en el respeto mutuo y la confidencialidad. Esta última, entendida como un espacio acotado de trabajo resguardado, pero que será reevaluado en la presencia de un acto ilícito o de daño personal, tanto a otros como a sí mismo.

Cabe mencionar que este proceso valora toda participación por parte de los adultos responsables del estudiante, por lo cual toda vez que Ud. requiera información sobre el desarrollo de este acompañamiento, puede solicitar una entrevista para acceder a la

información necesaria; o bien los profesionales pueden solicitar su participación en el mismo.

Finalmente, es importante destacar que la participación en el Programa *Actuar a Tiempo* es de carácter voluntario, tanto para el o la estudiante como para su familia. La autorización para la participación en el caso de menores de edad debe ser entregada por el adulto responsable ante el establecimiento educacional, y de la misma manera, ante la posibilidad de interrumpir el acompañamiento (manifestado por el adulto responsable o el estudiante), debe ser confirmado de presencialmente y por escrito por quien en su momento haya autorizado la incorporación al Programa.

Ante cualquier duda o inconveniente, usted podrá contactar al equipo responsable de este Programa:

Nombres de Profesionales: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

DE ACUERDO A LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA SOLICITAMOS QUE A CONTINUACIÓN PUEDA MANIFESTAR SU CONSENTIMIENTO PARA INICIAR EL PROCESO DE ACOMPAÑAMIENTO ANTES SEÑALADO.

Yo, _____, RUT: _____
(NOMBRE DE APODERADO O ADULTO RESPONSABLE)(RUT DE APODERADO O ADULTO RESPONSABLE)

Padre/Apoderado de _____, he recibido la
(NOMBRE DE ESTUDIANTE)

Información del Programa "ACTUAR A TIEMPO", para la prevención del consumo de drogas y alcohol en niños, adolescentes y jóvenes, y **consiento** que los/las Profesionales del Programa puedan realizar el proceso de acompañamiento que con anterioridad se me ha explicado y con el que declaro estar de acuerdo y en pleno conocimiento.

Firma del Apoderado/Adulto Responsable: _____

Fecha de firma (día-mes-año): _____

9.9. ANEXO N° 9

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ADULTO RESPONSABLE DE LA INVESTIGACION

Le estamos invitando a participar en una investigación denominada “Intervención Familiar en Programa de Prevención de Consumo de drogas” realizado por el Programa de Magister de Trabajo Social y Políticas Sociales, de la Universidad de Concepción.

El objetivo del estudio es indagar la existencia de asociación entre la intervención familiar implementada en Programa Actuar a Tiempo y cumplimiento de objetivos propuestos en usuarios de prevención indicada. El análisis de esta información nos permitirá formular recomendaciones orientadas a mejorar la política existente. Ésta información nos permitirá formular recomendaciones orientadas a mejorar la política existente.

Su participación es **VOLUNTARIA y NO REMUNERADA**

La información que usted nos proporcione será usada de forma **CONFIDENCIAL** y solo en el marco de este estudio.

Si usted requiere cualquier otra información sobre su participación en este estudio puede llamar a Doña Nicole Roa González, Responsable de la investigación, Número teléfono celular: 82503988.

Declaro que:

Después de haber recibido y comprendido toda la información de este documento y haber podido aclarar mis dudas, otorgo mi consentimiento para que mi hijo, a través de la intervención del programa, participe del estudio.

Nombre: _____

Fono: _____

Fecha: _____

Firma: _____

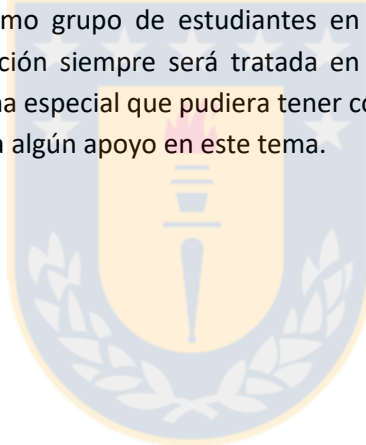
9.10. ANEXO Nº 10

ASENTIMIENTO INFORMADO ESTUDIANTES DE LA INVESTIGACION

Por la presente declaro que me han invitado a participar en un estudio denominada “Intervención Familiar en Programa de Prevención de Consumo de drogas” realizado por el Programa de Magister de Trabajo Social y Políticas Sociales, de la Universidad de Concepción.

Se me ha informado que El objetivo del estudio es indagar la existencia de asociación entre la intervención familiar implementada en Programa Actuar a Tiempo y cumplimiento de objetivos propuestos en usuarios de prevención indicada. Esta información será utilizada solamente para fines científicos y El análisis de esta información permitirá formular recomendaciones orientadas a mejorar la política existente.

La información no será conocida por el establecimiento al que pertenezco de manera individual sino como grupo de estudiantes en general. Adicionalmente me han asegurado que la información siempre será tratada en forma confidencial, salvo que yo quisiera que algún problema especial que pudiera tener con alcohol o drogas fuera conocido por otra persona y requiera algún apoyo en este tema.



9.11. ANEXO Nº 11 Descripción de Intervención por Estudiante Atendido
Cuadro nº 6: Descripción de intervención por estudiante atendido Liceo Industrial

| Liceo Industrial | | | | |
|-------------------------|------------------------|--------------------------|---|--|
| <i>Usuario</i> | <i>Nº de Registros</i> | <i>Tipo de Encuentro</i> | <i>Aspecto en lo que se centra</i> | <i>Observación</i> |
| 1. | 3 | Individual | <ul style="list-style-type: none"> - Priorización de intervención: Rendimiento escolar y conducta de consumo de drogas. - Revisión de Avances y cumplimiento de metas de PTI | - Se manifiesta dificultad en acceder a apoderado. |
| 2. | 3 | Individual | <ul style="list-style-type: none"> - Vinculación al Programa - Priorización de intervención: Rendimiento escolar y asistencia a clases. - Revisión de Avances y cumplimiento de metas de PTI | - Pérdida de contacto en última entrevista. |
| 3. | 7 | Individual | <ul style="list-style-type: none"> - Entrevista Diagnostica - Vinculación al Programa - Elaboración PTI - Priorización de intervención: Rendimiento escolar, comportamiento y conducta de consumo de drogas. - Revisión de Avances y cumplimiento de metas de PTI | <ul style="list-style-type: none"> - Se manifiesta antecedentes de consumo de drogas en Padre. - Se manifiesta situaciones de consumo entre alumno y Padre. - Ausencia de alumno a una ocasión de entrevista. |
| 4. | 1 | Familia | <ul style="list-style-type: none"> - Visita domiciliaria orientada a la firma de consentimiento informado. | -Se le solicita a apoderado reforzar áreas de desarrollo personal del alumno. |
| | 5 | Individual | <ul style="list-style-type: none"> - Vinculación al Programa - Priorización de intervención: conducta de consumo de drogas, relación parental, rendimiento escolar y comportamiento, participación a actividades recreativas y proyecto de vida. - Revisión de Avances y cumplimiento de metas de PTI - Estrategias orientadas al logro de objetivos. | -Se manifiesta reforzar relación parental y el involucramiento de los padres en actividades del hijo. |

| | | | | |
|-----|---|------------|--|--|
| 5. | 6 | Individual | <ul style="list-style-type: none"> - Vinculación al Programa - Priorización de intervención: conducta de consumo de drogas, actividad física, rendimiento escolar y comportamiento. - Revisión de Avances y cumplimiento de metas de PTI | <ul style="list-style-type: none"> -Ausencia de alumno a dos ocasiones de entrevistas. -Se le solicita a alumno la entrega de consentimiento informado para apoderado. |
| 6. | 6 | Individual | <ul style="list-style-type: none"> - Vinculación al Programa - Priorización de intervención: rendimiento escolar y comportamiento, participación a actividades recreativas y conducta de consumo de drogas - Revisión de Avances y cumplimiento de metas de PTI | |
| 7. | 5 | Individual | <ul style="list-style-type: none"> - Vinculación al Programa - Priorización de intervención: rendimiento escolar y comportamiento, conducta de consumo de drogas - Revisión de Avances y cumplimiento de metas de PTI | <ul style="list-style-type: none"> -Se manifiesta apoyo familiar. -Se incorpora como estrategia generar instancias de vinculación familiar. |
| 8. | 6 | Individual | <ul style="list-style-type: none"> - Vinculación al Programa - Priorización de intervención: comportamiento y participación en actividades recreativas. - Revisión de Avances y cumplimiento de metas de PTI | <ul style="list-style-type: none"> -Se manifiesta generar instancias de vinculación con abuela. |
| 9. | 1 | Familia | <ul style="list-style-type: none"> - Visita domiciliaria orientada a la firma de consentimiento. | <ul style="list-style-type: none"> -Se le solicita a apoderado reforzar en alumno las tareas y compromisos adquiridos. |
| | 6 | Individual | <ul style="list-style-type: none"> - Priorización de intervención: rendimiento escolar y comportamiento, conducta de consumo de droga. - Elaboración de PTI - Revisión de Avances y cumplimiento de metas de PTI | <ul style="list-style-type: none"> -Se manifiesta malas relaciones de alumno con Padre y Hermano. -En un registro de intervención se aborda exclusivamente la relación parental. |
| 10. | 5 | Individual | <ul style="list-style-type: none"> - Vinculación al Programa - Priorización de intervención: conducta de consumo de drogas | <ul style="list-style-type: none"> Se le solicita obtener consentimiento |

- Revisión de Avances y cumplimiento informado de
de metas de PTI apoderado.

Fuente: Elaboración Propia



Cuadro nº 7: Descripción de intervención por estudiante atendido Liceo Comercial

| Liceo Comercial | | | | |
|------------------------|------------------------|--------------------------|---|---|
| <i>Usuario</i> | <i>Nº de Registros</i> | <i>Tipo de Encuentro</i> | <i>Aspecto en lo que se centra</i> | <i>Observación</i> |
| 1. | 4 | Individual | <ul style="list-style-type: none"> - Entrevista Diagnóstica - Priorización de intervención: rendimiento escolar y factores personales. - Revisión de Avances y cumplimiento de metas de PTI | |
| 2. | 1 | Familia | - Visita domiciliaria orientada a la firma de consentimiento informado. | -Se le solicita a apoderado reforzar en alumno metas y actitudes. |
| | 1 | Red | - Informar situación de alumno | - Se informa situación de alumna a dupla psicosocial de establecimiento educacional, respecto de la referencia a centro de tratamiento. |
| | 8 | Individual | <ul style="list-style-type: none"> - Vinculación al Programa - Priorización de intervención: conducta de consumo. - Revisión de Avances y cumplimiento de metas de Plan de Intervención Individual (PTI) | <ul style="list-style-type: none"> - Se manifiesta en reiteradas ocasiones (7) generar entrevista con Madre para informar de la situación de consumo de alumno. -Ausencia de alumno a dos ocasiones de entrevistas. - Se realiza referencia de alumno a centro de Tratamiento. |

| | | | | |
|----|----|------------|---|--|
| 3. | 6 | Individual | <ul style="list-style-type: none"> - Priorización de intervención: conducta de consumo de drogas. - Revisión de Avances y cumplimiento de metas de PTI | <ul style="list-style-type: none"> - Se le solicita al alumno informar a padres de programa y obtener consentimiento informado. - Una entrevista se centra en relación con madre manifestando que ésta puede asistir al establecimiento educacional. - Se presenta la intención de realizar entrevista con madre. |
| 4. | 4 | Individual | <ul style="list-style-type: none"> - Entrevista Diagnóstica - Priorización de intervención: comportamiento y situación relacional. - Revisión de Avances y cumplimiento de metas de PTI | <ul style="list-style-type: none"> -Se manifiesta que problemas emocionales del estudiante se asocia a problemas familiares. |
| 5. | 5 | Individual | <ul style="list-style-type: none"> - Entrevista Diagnóstica - Priorización de intervención: comportamiento y conducta de consumo de drogas. - Revisión de Avances y cumplimiento de metas de PTI | <ul style="list-style-type: none"> -Se manifiesta dificultades en relación con Padre. |
| 6. | 3 | Individual | <ul style="list-style-type: none"> - Entrevista Diagnóstica - Priorización de intervención: comportamiento. | |
| 7. | 10 | Individual | <ul style="list-style-type: none"> - Entrevista Diagnóstica - Priorización de intervención: rendimiento escolar, conducta de consumo de drogas y proyecto de vida. - Elaboración PTI - Revisión de Avances y cumplimiento de metas de PTI | <ul style="list-style-type: none"> -Se manifiesta consultar horario disponible de madre para Visita Domiciliaria y firma de consentimiento informado. -Resistencia de la madre para visita domiciliaria e ingreso de alumno al programa. -Ausencia de |

| | | | | |
|-----|---|------------|--|--|
| | | | | alumno a dos ocasiones de entrevistas. |
| 8. | 6 | Individual | <ul style="list-style-type: none"> - Vinculación al Programa - Priorización de intervención: conducta de consumo de drogas. - Elaboración PTI - Revisión de Avances y cumplimiento de metas de PTI | <p>-Se manifiesta que hermano presenta conducta de consumo de drogas manteniendo malas relaciones entre ambos.</p> <p>-Se le solicita a alumno obtener consentimiento informado de adulto responsable.</p> <p>-Apoderado mantiene resistencia.</p> |
| 9. | 6 | Individual | <ul style="list-style-type: none"> - Vinculación al Programa - Priorización de intervención: conducta de consumo de droga. - Revisión de Avances y cumplimiento de metas de PTI | -Se manifiesta intención de realizar visita domiciliaria. |
| 10. | 4 | Individual | <ul style="list-style-type: none"> - Vinculación al Programa - Priorización de intervención: conducta de consumo de droga. - Revisión de Avances y cumplimiento de metas de PTI | <p>-Se manifiesta que madre solicita el ingreso de alumno al Programa.</p> <p>-Se le solicita al alumno informar a apoderado del ingreso al Programa.</p> |

Fuente: Elaboración Propia

Cuadro nº 8: Descripción de intervención por estudiante atendido Liceo Técnico

| Liceo Industrial | | | | |
|-------------------------|------------------------|--------------------------|---|---|
| <i>Usuario</i> | <i>Nº de Registros</i> | <i>Tipo de Encuentro</i> | <i>Aspecto en lo que se centra</i> | <i>Observación</i> |
| 1. | 5 | Individual | <ul style="list-style-type: none"> - Vinculación al Programa - Priorización de intervención: factores protectores, participación en actividades recreativas, relación pareja y pares. - Revisión de Avances y cumplimiento de metas de PTI | <ul style="list-style-type: none"> - Se incorpora en la intervención a pololo de alumno que estudia en el mismo establecimiento educacional. - Se manifiesta la intención de realizar visita domiciliaria con una frecuencia quincenal. |
| 2. | 3 | Individual | <ul style="list-style-type: none"> - Vinculación al Programa - Priorización de intervención: conducta de consumo, rendimiento escolar. - Revisión de Avances y cumplimiento de metas de PTI | <ul style="list-style-type: none"> - Se manifiesta la preocupación por mejorar las relaciones interpersonales con familiares cercanos. |
| 3. | 5 | Individual | <ul style="list-style-type: none"> - Vinculación al Programa - Priorización de intervención: conducta de consumo de drogas. - Revisión de Avances y cumplimiento de metas de PTI | <ul style="list-style-type: none"> - Se manifiesta mejorar control de impulsos de estudiante ya que genera dificultades en relaciones familiares. |
| 4. | 6 | Individual | <ul style="list-style-type: none"> - Vinculación al Programa - Priorización de intervención: conducta de consumo de drogas. - Revisión de Avances y cumplimiento de metas de PTI | |
| 5. | 3 | Individual | <ul style="list-style-type: none"> - Vinculación al Programa - Priorización de intervención: conducta de consumo de drogas, relaciones familiares, emociones. - Revisión de Avances y cumplimiento de metas de PTI | |
| 6. | 1 | Familia | <ul style="list-style-type: none"> - Visita domiciliaria orientada a la firma de consentimiento informado. | <ul style="list-style-type: none"> -Se manifiesta la importancia de incorporar al referente positivo, para contrastar información |

| | | | | |
|----|---|------------|---|---|
| | | | | referida por alumno, observar la dinámica familiar y potenciar la comunicación. |
| | 5 | Individual | <ul style="list-style-type: none"> - Vinculación al Programa - Priorización de intervención: participación en actividades recreativas. - Revisión de Avances y cumplimiento de metas de PTI | <p>-Se manifiesta realizar intención visita domiciliaria de frecuencia quincenal.</p> <p>-Se manifiesta potenciar la comunicación con Madre del alumno.</p> <p>-Se realiza retroalimentación al alumno de la visita domiciliaria realizada.</p> |
| 7. | 5 | Individual | <ul style="list-style-type: none"> - Vinculación al Programa - Priorización de intervención: emociones y relaciones interpersonales. - Elaboración PTI - Revisión de Avances y cumplimiento de metas de PTI | <p>-Se manifiesta realizar intención visita domiciliaria de frecuencia quincenal.</p> <p>-Se manifiesta dificultades a nivel familiar.</p> <p>-Se manifiesta programación de entrevista con usuario y su padre.</p> |
| | 1 | Escuela | <ul style="list-style-type: none"> - Reporte de situación actual de usuario | <p>- Se informa a orientadora situación de riesgo de estudiante.</p> |
| 8. | 5 | Familia | <ul style="list-style-type: none"> - Visita domiciliaria que busca promover habilidades comunicacionales entre adulto responsable y alumno. | <p>-Se genera instancias de visitas domiciliarias como re vinculación con adulto responsable y familia.</p> |

| | | | | |
|-----|---|------------|--|--|
| | 4 | Individual | <ul style="list-style-type: none"> - Vinculación al Programa - Priorización de intervención: conducta de consumo de drogas y participación en actividades recreativas. - Revisión de Avances y cumplimiento de metas de PTI | <ul style="list-style-type: none"> -Se manifiesta antecedentes de consumo en Padrastro. -Se manifiesta derivación por disfuncionalidad familiar y consumo de drogas. -Se determina intervención breve. -Se determina intervención semanal con adulto responsable y estudiante. |
| 9. | 2 | Familia | <ul style="list-style-type: none"> - Visita domiciliaria que busca incorporar a referente positivo a la intervención. | <ul style="list-style-type: none"> -Se incorpora a hermana a la intervención -Se evalúa y contrasta la dinámica familiar en entrevista con Hermana. |
| | 4 | Individual | <ul style="list-style-type: none"> - Vinculación al Programa - Priorización de intervención: conducta de consumo de droga. - Revisión de Avances y cumplimiento de metas de PTI | <ul style="list-style-type: none"> -Se manifiesta realizar intención visita domiciliaria de frecuencia quincenal. -Se realiza retroalimentación al alumno de la visita domiciliaria realizada. -Se manifiesta programación de entrevista de estudiante y apoderado. |
| 10. | 5 | Individual | <ul style="list-style-type: none"> - Vinculación al Programa - Priorización de intervención: | <ul style="list-style-type: none"> -Se manifiesta dificultades en |

- conducta de consumo de drogas
- relación interpersonal con abuelo.
- Elaboración PTI
- Revisión de Avances y cumplimiento de metas de PTI

Fuente: Elaboración Propia

