



**UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL**

**“EVALUACIÓN DE LOS USUARIOS
RESPECTO DE LAS VIGILANCIAS
ORDENADAS POR EL TRIBUNAL DE
FAMILIA DE CORONEL, REALIZADAS
POR LA CLÍNICA DE TRABAJO SOCIAL
EL 2011”**

*TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE TRABAJADOR
SOCIAL.*

Profesora guía: María Teresa Soto López.

Paula Cárcamo Valdés
Valeska Cerna Zambrano
Valeska Jiménez Parra
Alejandra Urrutia La Regla

Ciudad Universitaria. Concepción 2013





AGRADECIMIENTOS

A Dios por permitirme llegar hasta este punto y darme la fortaleza que necesite cada momento.

A mis padres, Carlos Cerna y especialmente a mi madre Mireya Zambrano por entregarme las herramientas necesarias para ser lo que hoy soy, por su ejemplo de perseverancia y constancia que la caracterizan y que me ha infundado siempre.

A mi pololo, Darwin Osorio por su apoyo incondicional, paciencia, comprensión y amor.

A mi tía Sandra, a mi tío Simón, a mi tía Sofía y a todos aquellos que participaron directa o indirectamente en este proceso.

¡Gracias a ustedes!

Valeska Cerna Zambrano

A mis padres por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo.

A mis hermanas Claudia y Sandra por ser unos verdaderos ejemplos a seguir y de las cuales aprendí en todo momento.

A Hans Parra Araneda por su apoyo, compañía y amor durante todos estos años.

A mi hija Trinidad por su amor incondicional y compañía.

A nuestra profesora María Teresa Soto por su apoyo ofrecido en este trabajo y por impulsar el desarrollo de nuestra formación profesional.

Todo este trabajo ha sido posible gracias a ustedes.

Paula Cárcamo Valdés

A mis padres Alexis Urrutia y Adriana La Regla por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo entregado a través del tiempo.

A mi hermana Stephanie Urrutia por su alegría, apoyo y cariño entregado a diario.

A Carlos Barrientos por ser mi compañero durante esta etapa, por su amor, paciencia, comprensión, ayuda y apoyo que me entrega día a día.

A Dios por ser mi fiel compañero de vida.

Todo este trabajo ha sido posible gracias a ellos.

Alejandra Urrutia La Regla

INDICE

INTRODUCCION	Pág. 3
CAPITULO I: Planteamiento del Problema	Pág. 7
✚ Planteamiento del Problema de Investigación	Pág. 8
✚ Descripción y justificación de la Investigación	Pág. 17
CAPITULO II: Marco Referencial	Pág.20
✚ Marco teórico	Pág.21
CAPITULO III: Diseño de la Investigación	Pág.32
✚ Metodología e la Investigación	Pág.33
CAPITULO IV: Procedimiento, análisis e interpretación de datos	Pág.36
✚ Perfil de la población estudiada	Pág.37
✚ Relación entre variables	Pág.63
CAPITULO V: Conclusiones	Pág. 77
✚ Conclusiones	Pág. 78
✚ Contrastación teórica	Pág. 81
✚ Sugerencias	Pág. 84
BIBLIOGRAFIA	Pág.85
LINKOGRAFÍA	Pág. 86
ANEXOS	Pág. 87



INTRODUCCIÓN

La familia es considerada la célula básica de la sociedad, en la cual se desarrollan pautas socioculturales, de comunicación, normas, sistema de creencias, funciones, escala de valores, tipos de relaciones y vínculos, entre tantos aspectos, los cuales son adquiridos desde la experiencia a partir del propio aprendizaje y transmitidos de generación en generación dando origen a otras constituciones familiares.

Cabe destacar que la familia vivencia en su seno las diferentes dinámicas sociales lo cual queda de manifiesto especialmente en los últimos 10 años, evidenciándose modificaciones significativas en aspectos tales como: tamaño, cambios en la asignación de roles y funciones, ciclo vital y el aumento de hogares con jefatura femenina, entre otros.

La familia tradicional puede describirse como “un sistema abierto, con flexibilidad de pautas, en constante transformación y que permanentemente interactúa con otros grupos de la sociedad y se acomoda a sus demandas y propuestas. El requisito del sistema abierto, entonces, sería *condition sine qua non* para que sea considerada funcional”¹. Otra acepción es la entregada por S. Minuchin (1982) quien señala que “una familia normal se caracteriza por tres componentes, el primero define a la familia como la estructura de un sistema sociocultural abierto en proceso de transformación. El segundo, que se desarrolla a través de un cierto número de etapas y que se reestructura en cada una de ellas. Por último, que se adapta a las circunstancias cambiantes. Esta acomodación le permite mantener una continuidad y un crecimiento psicosocial en cada miembro”.

¹ “Viejas y nuevas familias. La transición hacia nuevas estructuras familiares”, Universidad Pontificia Comillas, Madrid, Marcelo Rodríguez Ceberio.

La familia debe cumplir una serie de funciones que la sociedad le impone, si lo logra es funcional pero en ocasiones no es capaz de hacerlo, es durante este proceso donde se produce un estado emocional displacentero, también llamado crisis o estrés familiar, que se origina cuando una persona enfrenta obstáculos a sus objetivos y expectativas vitales, que en un momento dado parece insuperable a través de los mecanismos usuales de resolución de conflictos, tornándose como disfuncional, lo cual origina negligencias y conflictos que repercuten al interior de ésta, desestabilizándola. Cuando esto ocurre requiere ser ayudada, por lo que se genera la necesidad de que Tribunales de Familia intervenga a modo de resolver la problemática y lo hace en base a precedentes legales tales como: la Convención de los Derechos de Niño, Constitución Política de la República de Chile, Ley de Menores 16.618 y Ley de Tribunales de Familia 19.968 modificada por la 20.286- del 2005 y 2008 respectivamente.

En muchos casos, con la mera aplicación de una medida de protección no se logra cesar la conducta infractora y/o restituir los derechos de los niños y adolescentes, o no se tiene la certeza de que los padres o guardadores se responsabilicen adecuadamente de ellos por lo que resulta necesario complementar aquello con las vigilancias², entendidas actualmente como un “proceso de intervención profesional” temporal y en profundidad, con la finalidad

² Actualmente el término Vigilancia se ha reemplazado por el concepto “Proceso de Intervención Social”, ya que el Trabajo Social contribuye profesionalmente a la habilitación de las familias a través de nuevos conocimientos, orientación, conexión a redes de apoyo, entre otros. Se trabaja con las familias en forma conjunta para que superen o mejoren su problemática, generando procesos de deuteroprendizaje que les permitan una adecuada autogestión en los diversos ámbitos de la vida personal y familiar.

de contribuir profesionalmente en la superación y/o mejoramiento de las situaciones que dieron origen a las causas y habilitar a las familias para un adecuado funcionamiento sin supervisión directa pero ayudados por las redes y beneficios que su situación amerita, lo cual es realizado por alumnos de Trabajo Social de la Universidad de Concepción.

La presente investigación pretende conocer el perfil socio demográfico de las familias que han vivido el proceso de vigilancia ordenado por el Tribunal de Familia de Coronel y efectuado por la Clínica de Trabajo Social de la Universidad de Concepción y la evaluación que éstas hacen de la intervención profesional recibida por parte de los alumnos a cargo de ellas.

Este estudio se lleva a cabo porque, desde que se realiza esta actividad, específicamente de 1992 hasta la fecha, nunca se ha efectuado una evaluación formal desde la perspectiva de los usuarios, sólo de los entes ejecutores, como lo son los alumnos y docentes supervisores del área de familia, en base a las cuales se han ido haciendo adecuaciones necesarias para mejorarlas año a año pero sin contar con la opinión exclusiva y en profundidad de quienes participan en ella, es decir, los niños, adolescentes y sus familias.

Corresponde a un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal, exploratorio, con cuyos resultados se pretende trabajar para optimizar el proceso de habilitación profesional de los alumnos de cuarto año de Trabajo Social de la Universidad de Concepción quienes, conjuntamente con la Clínica de Trabajo Social, cumplen con la misión de prestar un buen servicio a la comunidad, en este caso corresponde tanto a las familias como al Tribunal de Familia. Es importante mencionar que la investigación no cuenta con marco empírico puesto que, no existen estudios al respecto.

Cabe destacar que el presente trabajo de investigación esta conformado por cinco capítulos en donde el primer apartado trata sobre el planteamiento del problema,

el II respecto del sustento teórico y presentación de la información, la tercera sección se refiere al diseño de la investigación, el IV capítulo a la presentación de resultados y el V y último capítulo se presentarán las conclusiones y sugerencias.



CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

A lo largo de la historia del Trabajo Social la familia ha brindado grandes espacios de intervención y especialización profesional sustentados por diversas disciplinas y teorías; la amplia gama de profesionales que trabajan con familias han realizado diferentes aportes al tema, dada su importancia para el Trabajo Social profesional proporcionándole un enfoque integral. En esta investigación utilizaremos la definición de Ezequiel Ander-Egg en el sentido que “Familia es la forma de vinculación y convivencia más íntima en la que la mayoría de las personas suelen vivir buena parte de su vida. A lo largo de la historia ha ido adoptando diferentes formas, de ahí que sea un error considerar que hay un modelo único de familia y que hoy la familia está en crisis, sin especificar cuál es el modelo de familia en crisis. Es muy probable que siempre aparezcan nuevas formas de familia y que ésta siempre esté en crisis tendiendo hacia nuevas formas conforme evoluciona la sociedad, la cultura y los modelos matrimoniales y otros factores que influyen en sus modos concretos”.³

En relación a lo anterior es necesario destacar que el funcionamiento familiar no es parejo ni estable en ninguno de sus ciclos vitales por la entropía o tendencia natural de los sistemas a desgastarse, operando constantemente la morfogénesis (fuerzas que promueven el cambio) y morfostasis (fuerzas que buscan la mantención de la estabilidad); lograr el equilibrio depende de la homeostasis y resiliencia, los factores protectores, apoyos internos y externos entre otros tantos factores.

“En la actualidad las funciones sociales significativas que se le reconocen formalmente a la familia son la reproducción o creación de nuevos miembros para la sociedad, la regulación sexual, la mantención y cuidado físico de sus

³ “Diccionario del Trabajo Social”, Editorial LUMEN, 1995, Ezequiel Ander-Egg.

miembros, la de apoyo emocional o función afectiva y la de socialización de los hijos.”⁴

Cabe destacar que las funciones se clasifican en intrínsecas y extrínsecas, las primeras se refieren al conjunto de funciones socialmente asignadas y que debe cumplir la familia para considerarla como una organización sana, que esta capacitada para actuar y desarrollarse de manera autónoma, utilizando los recursos que tiene en la comunidad. Dentro de éstas visualizamos las siguientes:

- ❖ Vinculación íntima y permanente entre los miembros del grupo familiar
- ❖ Proporcionar a los hijos las nociones diferenciadas de la sexualidad
- ❖ Regulación y control del impulso sexual
- ❖ Crianza y mantención biológica y psicológica de los vástagos.
- ❖ Socialización de los hijos según pautas culturales de las familias y la sociedad
- ❖ Asignación a los hijos de un estatus inicial en la jerarquía social
- ❖ Producción y consumo como unidad económica
- ❖ Control social
- ❖ Preparación de los hijos para la formación de sus propias unidades familiares.

Las extrínsecas se refieren a un conjunto de funciones para lograr la perpetuidad de la sociedad y la dimensión que la familia hace con su entorno o medio ambiente, éstas son:

⁴ “Trabajo Social Familiar”, (Funciones familiares), Segunda edición, octubre 2003, Ediciones Universidad Católica de Chile, Nidia Aylwin y María Olga Solar.

- ❖ Reproducción de los miembros del grupo familiar
- ❖ Colaboración en el mejoramiento de la calidad de vida propia y ajena
- ❖ Relación y ayuda a otras familias de su comunidad.
- ❖ Representación de los hijos ante la sociedad
- ❖ Participación en el desarrollo global del país a nivel local, regional y nacional.⁵

Celia Zingman, en su libro *Modalidades de funcionamiento familiar*, describe a las familias funcionales como “aquellas que posibilitan, en su propio desarrollo como sistema familiar, el desarrollo y la formación de la identidad de sus miembros favoreciendo el crecer y el ser” “en estas familias está claro quien es quien y que lugar, papeles y funciones ocupa cada uno. Los padres con respecto a los hijos son capaces de brindar un buen sostén emocional, o los estimulan a la individualidad y la autonomía. Son sensibles a su crecimiento y realización personal y pueden disfrutar con ello⁶”. Sin embargo hay familias que no son capaces de llevar a cabo estos procesos de forma correcta, generándose problemáticas que provocan daños y costos de todo tipo ya sea económicos, materiales, emocionales, entre muchos otros. Se habla de crisis familiares y estrés familiar, según Florenzano y otros autores, éste último se refiere a estado emocional displacentero que aparece cuando una persona enfrenta un obstáculo a sus objetivos o expectativas vitales y que aparece en un momento dado como insuperable a través de los mecanismos usuales de resolución de conflictos tales como; cohesión, flexibilidad, adaptabilidad, permeabilidad, movilización familiar

⁵ Apunte Asignatura Familia y Trabajo Social. Profesora Patricia Aguilera Fierro. Comité Técnico Colegio Asistentes sociales. Extractado de revistas de Trabajo Social W34, año 2006, Universidad de Concepción.

⁶ “Modalidades de Funcionamiento Familiar”, (Familias funcionales y disfuncionales), Editorial de Belgrano, 1996, Celia Zingman de Galperín.

para buscar, obtener, aceptar ayuda, al tener apoyo social, espiritual, económico, etc. Cuando la familia no cuenta con estos recursos y/o no los sabe utilizar es imprescindible abordarlos mediante la ayuda profesional y colaboración de distintas redes, ya que sería contraproducente no hacerlo debido a que podrían producirse daños mayores, tornándose como una familia disfuncional, caracterizada por la incapacidad de asumir cambios, es decir, “cuando la rigidez de sus reglas le impide ajustarse a su propio ciclo y al desarrollo de sus miembros o por la incompetencia intrafamiliar y el incumplimiento de sus funciones básicas”⁷. Es así como el Estado tiene la obligación de prestar ayuda, puesto que su prioridad número uno es la familia, lo cual está señalado en el artículo primero de la Constitución Política del Estado al establecer que “Las personas nacen libres e iguales en dignidad y derecho”. “La familia es el núcleo fundamental de la sociedad” “...Es deber del Estado resguardar la seguridad nacional, dar protección a la población y a la familia, propender al fortalecimiento de ésta, promover la integración armónica de todos los sectores de la Nación y asegurar el derecho de las personas a participar con igualdad de oportunidades en la vida nacional.”⁸

Una de las tantas instituciones encargadas de cumplir lo señalado en nuestra Constitución Política, referente a la protección de la familia, son los Tribunales de Familia, quienes deben resolver los asuntos de su competencia y jurisdicción en base a los siguientes precedentes legales:

I.- Convención de los derechos del niño (Suscrita por Chile en 1990): Se rige por 4 principios fundamentales:

⁷ Apunte Asignatura Familia y Trabajo Social “Funciones y disfunciones familiares”, año 2012 Departamento de Trabajo Social, Universidad de Concepción.

⁸ Constitución Política de la Republica de Chile, Capitulo I, Art 1°, 1980.

- 1) La no discriminación
- 2) El interés superior del niño
- 3) Supervivencia, desarrollo, protección.
- 4) Participación en decisiones que lo afectan.

Derechos primordiales de los niños:

- 1) Derecho a la familia.
- 2) Derecho a expresarse libremente y al acceso a la información.
- 3) Derecho a la educación.
- 4) derecho a la identidad.
- 5) Derecho a la protección contra abusos.
- 6) Derecho a una vida segura y sana.
- 7) Derecho a la protección contra toda discriminación.
- 8) Derecho de los niños impedidos a una atención especial.
- 9) Derecho a trato especial en caso de privación de libertad.
- 10) Derecho a la protección contra el trabajo perjudicial.

La protección de niños y adolescentes se debe resolver obligatoriamente en base a los siguientes fundamentos:

- 1- Interés Superior del niño (Art. 3 CDN)
- 2- Igualdad y no discriminación de ningún tipo.
- 3- Participación y buenos tratos.
- 4- Responsabilidad primordial de los padres (art. 18 -CDN)

II.- La Constitución Política del Estado

III.- Ley de Tribunales de Familia: Ley 19.968 entra en vigencia el 1° de octubre de 1995, la cual fue modificada por la 20.480 del 18 de diciembre de 2010.

IV.- Ley de Menores 16.618: Entra en vigencia en Chile en 1976 la cual ser modificada para ajustarse a las necesidades actuales. En ella se establecen las 4 medidas de protección, que se mantienen vigentes hasta la fecha:

1. Devolver el menor a sus padres, guardadores o personas a cuyo cargo estuviere, previa amonestación.
2. Someterlo al régimen de libertad vigilada, la cual se efectuará en la forma que determine el reglamento.
3. Confiarlo por el tiempo que estime necesario, a los establecimientos especiales de educación que esta ley señala.
4. Confiarlo al cuidado de alguna persona que se preste para ello, a fin de que viva con su familia, y que el juez considere capacitada para dirigir su educación.

Para resolver una Medida de Protección es estrictamente necesario basarse en el art. 30 de la Ley de Menores, la que establece textualmente “En los casos previstos en el art. 8° N° 7 y 8 de la ley que crea los Juzgados de Familia, el Juez de Menores (actual Juez de Familia), mediante resolución fundada, podrá decretar medidas que sean necesarias para proteger a los menores de edad gravemente vulnerados o amenazados en sus derechos”. En particular el Juez podrá:

- 1° Disponer la concurrencia a programas o acciones de apoyo, reparación u orientación, a los menores de edad, a sus padres o a las personas que los

tengan bajo su cuidado, para enfrentar y superar la situación de crisis en que pudieran encontrarse, e impartir las instrucciones pertinentes.

2° Disponer el ingreso del menor de edad a un Centro de Tránsito, Distribución, hogar sustituto o un establecimiento residencial.

Como no le compete a los Tribunales de Familia cumplir con lo dispuesto en el punto primero, y no están dotados de recursos materiales ni profesionales para ello, se establece expresamente que deben recurrir a establecimientos de la red SENAME, financiados por el estado, como PIB, PIE, Proyectos de Reparación en Abuso y Maltrato entre otros tantos proyectos, para que den cumplimiento a sus resoluciones al respecto pero - como es de público conocimiento- las redes se encuentran colapsadas por la alta demanda, motivo por el cual la Clínica de Trabajo Social de la Universidad de Concepción colabora con doble finalidad: efectuar el proceso de intervención social, cumplir con los objetivos de éste y habilitar a los alumnos en el trabajo práctico con familias, desplegando diferentes modalidades de intervención profesional, lo cual nunca ha sido evaluado desde la perspectiva del usuario, es por esto que se hace necesario conocer la opinión del adulto responsable de los niños respecto de la vigilancia llevada a cabo por la Clínica de Trabajo Social, ya que a través de este proceso se podrán realizar evaluaciones que permitan fortalecer el trabajo implementando modalidades más eficaces para generar cambios positivos durante la intervención.

La Clínica de Trabajo Social se creó el año 1991 con el propósito de otorgar atención social individual y familiar gratuita a la comunidad que requiera de atención profesional. Dentro de sus tantas líneas de acción, en 1992 se empezó a trabajar con el Primer y Segundo Juzgado de Menores de Concepción y a partir del 2000 también con el de Coronel, teniendo como objetivo el cumplimiento de las vigilancias ordenadas.

Como el 2005 comienza a regir la Reforma de Justicia que crea los Tribunales de Familia en un sistema totalmente diferente al anterior, se continuó trabajando sólo con el Tribunal de Familia de Coronel, lo cual se mantiene ininterrumpidamente hasta ahora. A partir del 2012 se retomó esta actividad con los Tribunales de Familia de Talcahuano y Concepción y se incorporó la OPD (Oficina de Protección de los Derechos de la Infancia) de San Pedro de la Paz.

En muchos casos, con la sola aplicación de una medida de protección no se logra cortar la conducta infractora y/o restituir los derechos de los niños y adolescentes, o no se tiene la certeza de que los padres o guardadores se responsabilicen adecuadamente de ellos, a raíz de esto se decretan vigilancias, intervenciones sociales o *“tratamiento social”*⁹

En este ámbito la vigilancia no está normada legalmente, por lo que se hace en base a lo acordado y esperado por el tribunal, las necesidades y particularidades de cada familia y a los criterios profesionales del Trabajo Social, por alumnos de 4° año de esta carrera de la Universidad de Concepción que tienen rendidas todas las asignaturas de base y de prerequisites, bajo estricta supervisión de Trabajadores Sociales – Docentes, con postgrado y vasta experiencia en el área de familia.

Basados en el interés superior, en este caso los niños y sus familias, la labor realizada por estos alumnos ha tenido diversos objetivos tendientes a lograr metas lo más concretas posibles, entre las que destacan cumplir el o los mandatos del Tribunal de Familia, cesar la conducta infractora o lo que dio origen

⁹ “Palabra introducida en la profesión de Trabajo Social por Mary Richmond, para designar el acto o proceso tendiente a solucionar los problemas del necesitado, mediante el cambio de sus actitudes y situaciones así como con el uso de recursos que él, su grupo y su comunidad poseen, creando y estimulando intereses hacia un mejoramiento social” Definición extraída del documento “Instrumentos del Plan Social”, publicada por la página web scrib.com.

a la presente causa, restitución de derechos, contribuir profesionalmente en el mejoramiento de las condiciones y calidad de vida, etc., trabajando con diferentes enfoques teóricos y metodológicos destinados a potenciar sus capacidades, cualidades, destrezas y recursos familiares y/o colectivos para mejorar o satisfacer las necesidades humanas y sociales, colocando especial énfasis en la capacidad de respuesta de las personas, preparándolas para que con esta ayuda temporal logren habilitarse y autogestionarse, utilizando redes, ya sea personales, familiares, comunitarias e institucionales con el fin de lograr la especificidad y/o integralidad.

Respecto al tema estudiado el equipo tesista plantea las siguientes preguntas de investigación: *¿Existe algún perfil específico de familias que son sometidas a vigilancia?, ¿Existe satisfacción o insatisfacción de los usuarios de la vigilancia con la intervención recibida?*

Cabe destacar que el objetivo general de la investigación es *conocer la opinión de los adultos responsables a cargo de los niños y/o adolescentes respecto de las vigilancias realizadas por alumnos de la Clínica de Trabajo Social durante el 2011, derivados desde el Tribunal de Familia de Coronel.*

Se establecen como objetivos específicos:

- ❖ *Conocer el perfil socio demográfico de las familias que participaron en estas vigilancias.*
- ❖ *Conocer el grado de satisfacción del proceso de intervención social desde la perspectiva del adulto responsable del niño u adolescente.*

Este estudio es factible de realizar debido a que se cuenta con los conocimientos y los recursos humanos, materiales e institucionales. Las cuatro alumnas que conforman el capital humano lo financian; se utiliza información archivada en la Clínica de Trabajo Social y con la autorización del Tribunal de

Familia de Coronel. Además, al ser una investigación de tipo transversal, no se requiere de un periodo tan extenso de tiempo, lo cual la hace más viable.

El tema investigado en la presente tesis es de gran aporte porque genera conocimientos y opinión, además se pretende que sea de utilidad para el Departamento de Trabajo Social de la Universidad de Concepción, docentes y alumnos que lo conforman, Tribunales de Familia, para las diversas instituciones a las cuales se les preste colaboración, a las que realizan labores similares, y a las familias que reciben el servicio.

DESCRIPCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

Cuando en las Ciencias Sociales y en las diferentes modalidades de intervención social se habla de evaluación, se alude a una forma de valoración sistemática que se basa en el uso de procedimientos que, apoyados en el uso del método científico, sirve para identificar, obtener y proporcionar la información pertinente y enjuiciar el mérito y el valor de algo de manera justificable. A lo cual añadimos otra idea fundamental para comprender el concepto: ésta tiene sentido en la medida que sirve para tomar decisiones concretas con el propósito de mejorar lo que se está haciendo. Apoyados en las consideraciones precedentes y en desarrollos más amplios proponemos la siguiente definición (Ander Egg, 2000): “La evaluación es una forma de investigación social aplicada, sistemática, planificada y dirigida; encaminada a identificar, obtener y proporcionar de manera válida y fiable, datos e información suficiente y relevante en que apoyar un juicio acerca del mérito y el valor de los diferentes componentes de un programa (tanto en la fase de diagnóstico, programación o ejecución), o de un conjunto de actividades específicas que se realizan, han realizado o realizarán, con el propósito de producir efectos y resultados concretos; comprobando la extensión y el grado en que dichos logros se han dado, de forma tal que sirva de base o guía

para la toma de decisiones racional e inteligente entre cursos de acción, o para solucionar problemas y promover el conocimiento y la comprensión de los factores asociados al éxito o al fracaso de sus resultados”. Cabe destacar que la evaluación es un proceso constante y transversal desde que se inicia hasta que termina, no sólo se realiza al finalizar una actividad, sino también durante ésta. La familia involucrada, a su vez también evalúa las sesiones realizadas por el alumno, en cuanto a lo aprendido y a las técnicas utilizadas, es decir, el resultado del proceso lo evalúa el alumno, la familia y el profesor supervisor.

Las etapas de la intervención se pueden superponer y no seguir necesariamente el orden establecido; Diagnosticar, programar o plan de intervención, ejecutar y evaluar esto dependerá de la situación y las necesidades que se presenten.

La importancia de evaluar radica en que a través de sus resultados podremos: continuar o no un programa, tratar de mejorar su funcionamiento, agregar o suprimir algunos procedimientos y establecer programas similares en otras partes.

Es de suma importancia comprender que los sistemas institucionales deben evaluar constantemente sus acciones, tanto antes como durante y después de haber cursado el proceso, conocer si el intercambio de recursos con otros sistemas que lo requieran es adecuado y saber si están contribuyendo o no en la superación de las problemáticas de que trata.

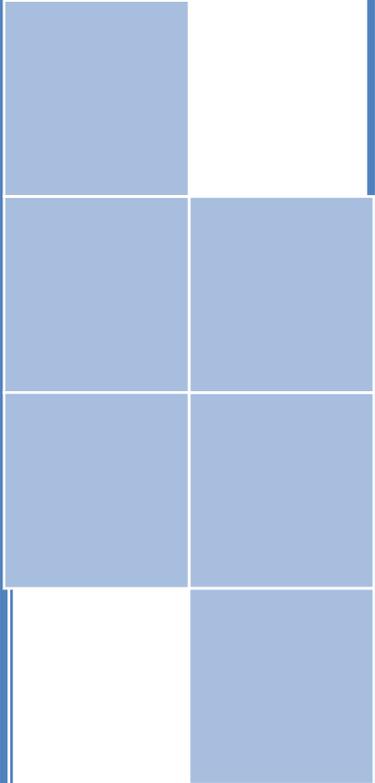
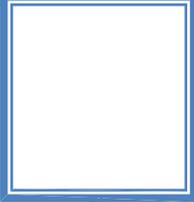
Debido a lo anteriormente expuesto, se puede comprender que para la continuidad y mejoramiento de las vigilancias es necesario tener conocimiento del perfil de las familias, el valor que éstas le asignan al proceso y sus resultados.

Esta investigación aporta nuevos conocimientos puesto que durante los años en los que se han realizado intervenciones con familias, sólo los alumnos y docentes a cargo de las prácticas han realizado evaluaciones de modalidad escrita y confidencial, pero no respecto a la opinión de los involucrados directos y con los

mismo alumnos, lo que puede generar problemas con la continuidad de la intervención realizada y sus resultados.

Lo mencionado anteriormente afecta a los tres sistemas involucrados (Familia, Tribunales de Familia y Clínica de Trabajo Social) puesto que, al no haber evaluación formal no se sabe con precisión si aquellas están satisfechas con el abordaje de la problemática, con el procedimiento y con los resultados obtenidos.

En relación a la utilidad metodológica, para esta investigación se crea un instrumento que será utilizado para recolectar opiniones de las familias derivadas a vigilancia cumplidas por la Clínica de Trabajo Social y así poder analizar los datos y realizar los respectivos ajustes, adecuaciones, correcciones o replicar la modalidad de intervención. Además tiene una gran relevancia social puesto que aportará con conocimientos que beneficiarán al Departamento de Trabajo Social, generaciones posteriores de estudiantes de la carrera, a las futuras familias intervenidas y a los Tribunales de Familia con los que se trabaja.



CAPÍTULO II



MARCO TEÓRICO



MARCO TEÓRICO

En relación al tema de estudio y luego de la revisión de diferentes teorías psicológicas y sociológicas, se ha concluido que hay una serie de teorías que pueden servir de base para esta investigación, sin embargo el equipo tesista consideró sustentarla con la de Sistemas, Redes y Ecológica ya que son más atingentes y se complementan para proporcionar el conocimiento adecuado, enriquecer y facilitar esta investigación.

TEORIA DE SISTEMAS

Primeramente es necesario destacar que desde la perspectiva de esta teoría la sociedad esta conformada por sistemas, subsistemas y suprasistema que están en constante comunicación, interrelación e influencia reciproca. En relación a esto, en la presente investigación se analizarán tres subsistemas que se encuentran involucrados, a saber: Familia, Tribunal de Familia de Coronel y Clínica de Trabajo Social de la Universidad de Concepción.

Si bien esta teoría surgió en el ámbito de las ciencias naturales, ha sido pródigamente empleada para la explicación de diferentes fenómenos, especialmente sociales.

Como se dijo precedentemente, la sociedad puede ser vista como un sistema, es decir, como un organismo que lucha para resistirse al cambio y mantenerse en un estado de equilibrio.

Desde esta perspectiva teórica, la estabilidad y el orden se consideran como naturales y deseables, mientras que el conflicto o el desorden son síntomas de desviaciones o disfunciones en el sistema. Esta teoría se centra en las conexiones entre las distintas partes del sistema, es decir, cómo cada parte apoya o desvirtúa su funcionamiento.

Por otra parte, los patrones sociales expresados en normas, valores, prohibiciones, pautas de conducta, etc., son requisitos para lograr un funcionamiento de la sociedad, de modo que le permita mantenerse en equilibrio. Desde este punto de vista, Sussana Smith en su libro Familia y estudios multiculturales plantea que “en toda sociedad es imprescindible alguna forma de ordenación de las personas relacionadas biológicamente”. Por lo que siempre ha sido necesaria la existencia de las familias, cuya función principal es incorporar a nuevos miembros al sistema a partir de la reproducción biológica y de la socialización.

Se puede expresar que la idea básica de esta teoría es que un sistema debe ser entendido como una totalidad y no puede comprenderse examinando sus partes individuales en aislamiento. Siendo este fundamento central de esta corriente de pensamiento, se verá cómo ha sido aplicada al estudio de las familias.

Según la autora antes mencionada, una familia puede ser analizada como un sistema porque posee las siguientes características:

- La conducta de cada miembro de una familia afecta a todas las otras personas que pertenecen a ella. Es decir, los miembros de las familias serían partes interdependientes de una totalidad más amplia.
- Las personas necesitan adaptarse, para ello incorporan información, deciden respecto a las distintas alternativas que se les presentan, tratan de obtener feedback acerca de su éxito y modifican sus conductas si es necesario
- Las familias tienen límites permeables, lo que las distingue de otras organizaciones sociales.
- Las familias deben realizar determinadas labores para sobrevivir, entre ellas, la reproducción de sus miembros, su mantenimiento físico y

económico, su cuidado integral y la socialización de los roles familiares y laborales.

Para tener una mejor comprensión de esta teoría se revisarán algunos conceptos básicos aplicados al ámbito de las familias.¹⁰

a) *Sistema*: Conjunto de elementos en interacción entre ellos mismos y con el ambiente. En una familia los elementos componentes son sus miembros individuales de ésta y, puesto que los elementos de un sistema son interdependientes, las conductas de sus integrantes se influirán mutuamente.

b) *Jerarquía*: Las familias están formadas por diversos subsistemas, siendo los principales:

- Conyugal: es decir, las interrelaciones de pareja.
- Filial: corresponde a la relación de la madre y el padre con respecto de sus hijos.
- Fraternal: la relación entre hermanos.

Estos subsistemas están jerárquicamente organizados, es decir, están inmersos en sistemas más amplios, como por ejemplo la comunidad en que viven las familias. Respecto a lo anterior, dicha jerarquía da lugar a una estratificación de sistemas cuya complejidad es creciente, o sea, estarían los subsistemas, sistemas y suprasistemas. En síntesis, el concepto de jerarquía se refiere a la ordenación que existe al interior de las familias.

¹⁰ Apunte Asignatura Familia y Trabajo Social “Perspectivas teóricas de las familias: como interacción, como sistemas y como construcción social” año 2009, Departamento de Trabajo Social, Universidad de Concepción.

C) *Límites*: son fronteras invisibles que separan los sistemas. Los límites de un subsistema están constituidos por las reglas que definen quiénes participan y de qué manera.

La idea de que las familias sean vistas como sistemas implica que deben existir fronteras tanto entre los componentes de sistemas familiares, como entre las familias y los elementos de su ambiente. De modo que los límites definen el sistema y representan el punto de contacto con su entorno. Es decir, que dichos límites afectan el flujo de información entre el sistema familiar y el ambiente en que se desarrolla.

Por otra parte, de acuerdo a su permeabilidad, los límites de los sistemas familiares pueden considerarse como abiertos, debido a que todas las familias tienen comunicación e intercambio con su entorno. No obstante, el grado de apertura al medio de una familia respecto de otra, puede variar enormemente.

Asimismo, los subsistemas dentro de las familias también quedan definidos por límites. Respecto a su grado de permeabilidad, se clasifican en: rígidos, flexibles, difusos y claros.

Las características de estos límites son de gran importancia cuando se analizan los conflictos familiares.

d) *Feedback y control*: este concepto tiene relación con el circuito cerrado que devuelve al sistema parte de su output en forma de input, es decir, las acciones de los miembros de las familias ocasionan otras conductas al interior de las mismas, que afectan el funcionamiento de todo el sistema familiar. Una vez establecido este circuito, los sistemas familiares mantienen un patrón de conductas determinado por uno de los dos tipos de feedback que existen: el negativo, correspondiente al mecanismo por el cual una familia logra mantener su equilibrio dinámico o estabilidad del sistema (homeostasis). El positivo corresponde al mecanismo que amplifica la desviación y por lo tanto provoca la

pérdida de la estabilidad o equilibrio de los sistemas familiares, lo que finalmente los lleva al cambio. Los sistemas familiares en que es más dominante este tipo de feedback demuestran una mayor variabilidad, aunque también pueden ser inestables. En cualquier caso, para asegurar la supervivencia del sistema familiar, deberán contrarrestarse el feedback positivo y el negativo.

Cabe destacar que para lograr dicha supervivencia debe haber una constante comunicación e intercambio de información con los otros sistemas.

TEORIA DE REDES

Toda familia es parte de un entorno complejo conformado por organizaciones, grupos, amigos, entre otros. La red es una forma de percibir toda la trama de relaciones, implicando el intercambio de recursos y servicios, así también fomentando la inclusión social, participación, otorgando confianza y seguridad al individuo. De esta manera la vida familiar es parte de un sistema integrado de redes que van formando nuestra identidad social y nuestro actuar en función de otros.

Plantea un equilibrio fundado en los intereses de las personas como base del funcionamiento de la sociedad y que determinan la estructura del sistema, y como éstas se imponen a los individuos.

Algunas ideas principales en la Teoría de Redes:

- Los actores sociales y sus acciones son contemplados como interdependientes y no como independientes o unidades autónomas
- Los lazos relacionales entre los actores vinculan transferencias de recursos, tanto material como no material.

- Los modelos contemplan estructuras de relaciones como entornos que proporcionan oportunidades o bien coaccionan la acción individual.
- Los modelos de redes identifican la estructura social, económica, política, etc. Como pautas constantes de relaciones entre los actores sociales.

Entre los componentes tanto de la familia y el entorno se produce un intercambio entre sí y con el medio, traduciéndose en apoyo psicosocial en diferentes formas. Desde esta aseveración se visualiza a cada grupo o familia como un puente que se construye para establecer una comunicación que genere una interconexión, en la que dichos puentes se entrelazan como una red de vinculación que posibilita condiciones de crecimiento, dando respuestas a las contingencias por las que pueda atravesar el individuo y su familia.

Este trabajo en red consiste en activar las relaciones dentro del sistema familiar, con el propósito de establecer el apoyo social que se requiere. Por lo tanto, los nodos o focos pueden situarse en diferentes niveles sistémicos según el grado de complejidad y organización: individual, grupal, organizacional y comunitaria.

A través del análisis de redes es posible observar las estructuras de las relaciones y en base a esto resolver la interrogante respecto de los fenómenos sociales. Los modelos tradicionales están centrados en el estudio de las categorías, de modo que las personas también pertenecen a redes ya sea familiares, judiciales, religiosas, etc.

La sociedad a su vez conforma una red de instituciones que van generando cambios constantes, por lo cual es importante visualizar la dinámica en todas sus estructuras, de manera que haga posible tener una visión más clara del funcionamiento de la realidad social y como se desarrollan los cambios en su interior.

Los individuos, al estar insertos y en constante interacción con las diferentes redes, hace que sea imposible estudiar sus características de manera independiente a sus relaciones con los demás, hablamos de comunicación e intercambio de apoyo psicosocial.

La integración social es una inclusión en diferentes tipos de entramados sociales de los cuales se forman familias, calidad de vida, apoyo y desarrollo psicosocial, todo esto a través de las interacciones, las cuales se vuelven mucho más estables cuando son repetitivas y generan nuevos sistemas.

Los autores Martínez y Abarca en su libro “Redes Sociales, hacia un Modelo de Intervención”, plantean que la existencia social de las personas se desarrolla en tres matrices fundamentales, de las cuales dependen en gran medida de los procesos de integración social.

1) Matriz Comunitaria: es el espacio de vida que proporciona seguridad, estabilidad, permanencia, identidad, historia, sentido de pertenencia, sentido psicológico de comunidad y conexión afectiva con un territorio. Es fundamental en el proceso de socialización y control social, puesto que entrega estructuras de sentido más sólidas a las personas que las integran. También está asociada a la vida, al juego, a la recreación, al esparcimiento y al intercambio humano. Hay predominio de las relaciones primarias y, como sistema social, es más homogéneo, tradicional y resistente al cambio.

2) Matriz Institucional: es el espacio del trabajo, de las relaciones más estructuradas, jerarquizadas e instrumentales entre los individuos, para la obtención de fines específicos. En las matrices institucionales importa más el rol asignado a un individuo que a la personalidad de éste, de allí que las relaciones entre las personas sean más formales y preprogramadas. Esta matriz está regida por la lógica de la eficiencia y de la eficacia, de la optimización y de la racionalización.

3) Matriz Reticular: es un sistema más abierto, móvil, flexible y heterogéneo, de menor estabilidad y permanencia más efímera. La lógica que la recorre es instrumental, funcional. La red es de correlato psicosocial de la modernidad. La red social ya no habla de territorio, de identidad o de historia, habla de intercambio de recursos, de apoyo recíproco, de contacto social, ganancia social e influencia. Las familias modernas viven cada vez menos en situación comunitaria.

Cabe destacar que la articulación, adecuación y equilibrio entre estas tres matrices dependen, en gran medida, de las características, de los procesos y estados de integración social de las familias.

La red familiar se vincula generalmente a múltiples redes sociales tales como; Tribunales de Familia, municipios, escuelas, hospitales, iglesias, juntas de vecinos, grupos de amigos, entre otros, con los cuales intercambia una serie de recursos de diversa índole.

Muchas veces las redes familiares presentan disfuncionalidades en el desempeño de sus funciones básicas y requieren una mejor vinculación de manera que se pueda lograr el apoyo requerido y establecer un equilibrio que permita brindar a sus niños y niñas los elementos fundamentales para una buena formación biopsicosocial.

Las múltiples causas de estas problemáticas al interior de las redes sociales familiares generan una serie de diversos efectos, que tiene su mayor repercusión en los niños. Es por eso que se considera importante el rol que cumple la familia como institución ya que a través de ella el individuo aprende a enfrentar la sociedad, internalizado formas básicas de convivencia, valores y afectos, los cuales proyectará en el entorno social y natural en el que se desenvuelva. Actualmente existe gran cantidad de familias que presentan inhabilidades e incompetencias parentales y marentales, no satisfaciendo las necesidades de sus

miembros, por lo que requieren el apoyo de otras redes sociales que colaboren en el proceso de reparación.

La sociedad debe mantener la vinculación entre redes sociales familiares, comunitarias, formales y el Estado, para así aprovechar los recursos existentes en la comunidad.

TEORIA ECOLOGICA

El Modelo Ecológico de Urie Bronfenbrenner (1987), señala que la ecología del desarrollo humano “comprende el estudio científico de la progresiva acomodación mutua entre un ser humano activo en desarrollo, y las propiedades cambiantes de los entornos en los que vive la persona, en cuanto ese proceso se ve afectado por las relaciones que se establecen entre estos entornos, y por los contextos más grandes en los que están incluidos los entornos”¹¹. De esta definición se desprenden tres características a resaltar como fundamentales para comprender el modelo; la primera es que se considera a la persona en desarrollo como “una entidad creciente y dinámica que va adentrándose progresivamente y reestructurando al medio en que vive”, la segunda se refiere a la reciprocidad y bidireccionalidad de la interacción entre la persona y su ambiente, lo anterior entendiendo que el ambiente influye y requiere una acomodación mutua con la persona, y la tercera “el ambiente es definido como importante en el proceso de desarrollo, pero no se limita a un solo entorno inmediato, sino que se extiende para incluir las interconexiones entre estos entornos y las influencias externas que emanan de los entornos más amplios”.

¹¹ La Ecología del desarrollo humano, Urie Bronfenbrenner, 1987.

Esta perspectiva concibe al ambiente ecológico como un conjunto de estructuras seriadas y estructuradas en diferentes niveles, en donde cada uno de ellos contiene al otro. Estas estructuras son denominadas Microsistema, Mesosistema, Exosistema y Macrosistema. El microsistema constituye el nivel más inmediato en el que se desarrolla el individuo (usualmente la familia); el mesosistema comprende las interrelaciones de dos o más entornos en los que la persona en desarrollo participa activamente (escuela, vecinos, parientes, etc.); el Exosistema lo integran contextos más amplios que no incluyen a la persona como sujeto activo pero en los cuales se producen hechos que sí son relevantes y que afecta lo que ocurre en el entorno que comprende a la persona (localidad); finalmente, al macrosistema lo configuran la cultura, la subcultura, los sistemas de creencias en los que se desenvuelve la persona y todos los individuos de su sociedad. Bronfenbrenner señala que la capacidad de formación de un sistema depende de la existencia de las interconexiones sociales entre ese sistema y otros. Todos los niveles del modelo ecológico propuesto dependen unos de otros y, por lo tanto, se requiere de una participación conjunta de los diferentes contextos y de una comunicación entre ellos.

Desde esta perspectiva teórica las familias son concebidas como sistemas interdependientes de su contexto físico, biológico y sociocultural, los que se encuentran interconectados influyendo e interactuando mutuamente.

El modelo ecológico señala que las familias se encuentran influenciadas por fuerzas externas sobre las cuales tiene escaso control, por lo tanto este enfoque resalta la necesidad de reconocer la influencia que el contexto social ejerce sobre la vida familiar, sin desconocer la interdependencia mutua, ya que los cambios suscitados en ella facilitan los cambios en el entorno, los sistemas familiares y extrafamiliares se encuentran en una continua adaptación.

Este enfoque intenta comprender el impacto del ambiente sobre el comportamiento del individuo, como resultante de un intercambio mutuo y

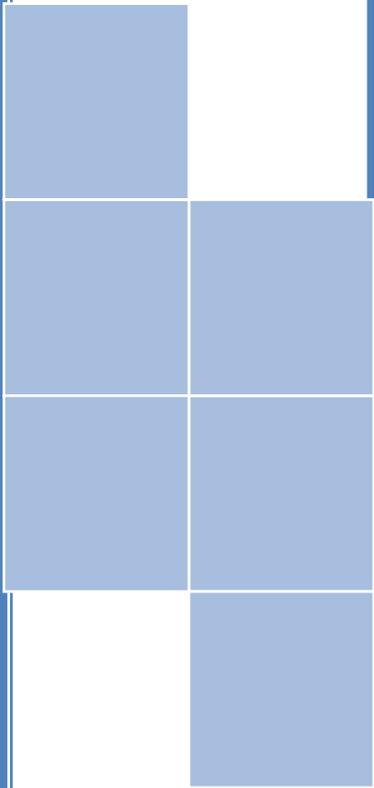
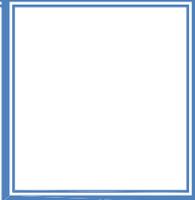
recíproco entre el organismo y el medio. Enfatiza entre las personas y sus ambientes tanto físico como social.

Este modelo se basa en la premisa de que el ser humano vive a lo largo de su vida en una multiplicidad de ambientes o sistemas interconectados entre sí, ya que se requiere de una participación conjunta de los diferentes contextos y una comunicación entre ellos para lograr la existencia de éstos y del ser humano.

Aplicando el enfoque teórico al tema de investigación se puede exponer que las familias sometidas a vigilancia se encuentran profundamente influenciadas por su ambiente; familia, amigos, compañeros, vecinos, escuela, iglesia, instituciones, entre otros.

La habilidad de los padres para cuidar y educar con éxito a un niño depende del entorno, la estructura y las distintas interacciones tanto intra como extra familiar que se generan, además de la comunidad en que están insertas y la cultura donde viven. Así también los padres requieren de una combinación apropiada de relaciones formales e informales, es decir, con instituciones y personas que les otorguen guía, apoyo y ayuda en las delicadas tareas que implica el cuidado y educación de los hijos.

De este modo se puede concluir que las relaciones filiales se fortalecen cuando los padres junto a sus hijos comparten experiencias en múltiples situaciones. Además, de acuerdo a este enfoque teórico, las habilidades de los padres para criar con éxito a sus hijos dependen, en parte, del nivel de riqueza de las relaciones sociales de todos los miembros de la familia. De manera que cuando los niños se relacionan con personas adultas diferentes a sus padres, tales como profesores, amigos, vecinos y familiares, que trascienden diferentes contextos y persisten en el tiempo, tanto ellos como los padres se benefician, puesto que ello fortalecerá las relaciones filiales y optimizará sus procesos de desarrollo.



CAPÍTULO III



DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN



METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

✚ Tipo de investigación

El enfoque utilizado en la presente investigación es cuantitativo ya que pretende examinar datos y estudiar la asociación o relación entre variables cuantificadas de manera numérica, específicamente análisis estadísticos.

Es descriptivo porque busca conocer la opinión de los usuarios respecto de las vigilancias realizadas por la Clínica de Trabajo Social de la Universidad de Concepción, y obtener información que permita realizar estudios de carácter más profundo, centrado en las personas que son parte de las vigilancias y de las cuales se desconoce su opinión.

En relación al nivel de profundidad, es un estudio exploratorio por cuanto no se han realizado investigaciones similares al respecto.

✚ Dimensión temporal

Esta investigación tiene un diseño transversal debido a que se realizó en un periodo acotado con las familias intervenidas durante el año 2011.

✚ Población objeto de estudio

Familias con causas en materia de protección y/o vulneración de derechos con vigilancias ordenadas por el Tribunal de Familia de Coronel, cuya jurisdicción abarca las comunas de Coronel, Lota, incluyendo una pequeña parte de Arauco, al norte del río Laraquete.

✚ Unidad de Análisis:

Adultos responsables a cargo del cuidado de los niños y/o adolescentes que fueron derivados por materia de protección y/o vulneración de derechos a vigilancias realizadas por la Clínica de Trabajo Social durante el año 2011.

Universo:

Compuesto por un total de 52 familias que cumplieron el proceso completo de Vigilancia el 2011.

Cabe señalar que el 2010 ingresaron 701 causas en materia de vulneración de derechos a este Tribunal de Familia, el 2011 fueron 733 de las cuales 52 son derivadas a la Clínica de Trabajo Social de la Universidad de Concepción, de las cuales se cumplieron todas por vulneración, excepto dos de cumplimiento de medida de protección y una civil de relación directa y regular.

Técnica de recolección de datos

En este estudio se empleó la técnica de encuesta en su modalidad de cuestionario, el cual fue elaborado por el grupo tesista en base a los métodos aprendidos, consulta a expertos, en este caso específicamente a cuatro Asistentes Sociales-docentes, todos de este Departamento, el cual fue probado en familias con similares características que vivieron esta misma experiencia durante el año 2012, las cuales no fueron incluidas en el estudio.

Además se incorporó parte de la Matriz de Diagnóstico Familiar Sociológica, la que corresponde a una pauta conceptual para evaluar el perfil de la familia, adaptada por Mario Quiroz Neira y actualizada por Daisy Vidal Gutiérrez, ambos docentes de la Universidad de Concepción. Su aplicación permite al Clínico clasificar a la unidad familiar en diferentes categorías y diagnosticar el comportamiento sociológico de la familia en cuanto a tipología, constitución, composición, estructura familiar, las relaciones conyugales y parentales, además del nivel socioeconómico entre otros indicadores que contiene dicho instrumento.

Cabe mencionar que la encuesta fue aplicada personalmente por tesistas, en los domicilios de cada una de estas personas.

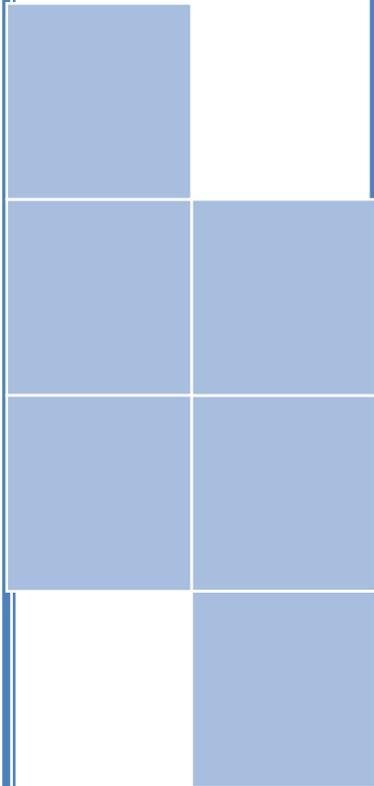
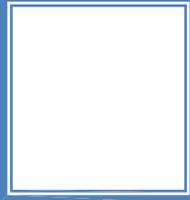
Trabajo de campo

Para la realización de este estudio se trabajó con el universo de 52 familias de las cuales sólo se aplicó el instrumento de evaluación a 43 que participaron efectivamente en el proceso de intervención de las prácticas Caso-Familia el año 2011. En los 9 casos restantes hubo dificultad en encontrar al adulto responsable por cambio de domicilio. A pesar de que se agotaron todas las instancias tendientes a su localización, no hubo resultados positivos.

Procedimiento, análisis e interpretación de datos

Para procesar la información obtenida fue necesaria la codificación del instrumento y su posterior digitación para el análisis, a través del programa estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences “Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales”).

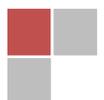




CAPÍTULO IV



PROCEDIMIENTO, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS



I. PERFIL DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA

En este capítulo se da a conocer el perfil de las personas encuestadas y las principales variables con las que se analizó su opinión respecto de la calidad del servicio entregado por los alumnos en práctica de la asignatura “Estrategias de Intervención Caso-Familia”, carrera de Trabajo Social.

Del 100% de la población encuestada el 95% corresponde al sexo femenino y un 5% al masculino.

En cuanto a la tendencia de edad, el 35% se encuentra entre los 35 a 44 años, un 26% va de los 45 a 54 años, el 23% de los 25 a 34 años, un 14% entre los 55 a 64 años y el 2% tiene 65 años o más.

Respecto a la situación civil, el 58% son casados, de los cuales el 9% está separado de hecho. El 23% son solteros, de éstos el 12% se encuentra conviviendo actualmente. Por otra parte, califican con 12% los divorciados y viudos respectivamente.

En cuanto al número de hijos el 49% tiene entre 1 y 2, el 33% entre 3 y 4, el 16% entre 5 y 6 y sólo el 2% más de 6 hijos.

En cuanto a la educación formal, el 51% tiene nivel educativo básico, de los cuales un 28% son incompletos y el 23% restante completos. Del 35% que corresponde a personas que cursaron la enseñanza media, el 19% tiene estudios incompletos y sólo un 16% los completó. Un 4% logró un nivel técnico superior y el 5% corresponde a aquellos que tienen estudios superiores, pero todos incompletos.

El 26% de la población afirmó que algún integrante de su familia presenta o ha presentado problemas de salud física (cabe destacar que el concepto de salud física para efectos de este estudio representa aquellos problemas que contemplen

algún grado de discapacidad, ya que no se consideró relevante incluir enfermedades físicas de menor gravedad).

Por otra parte un 9% corresponde a personas que actualmente presentan o han presentado problemas de salud mental.

Un 23% reconoce que dentro de su familia existe consumo de alcohol y/o drogas.

El 35% se desempeña como dueña de casa, cubriendo sus gastos a través del SUF (Subsidio Único Familiar) y con ayuda de terceros. El 21% pertenece al Programa Chile Solidario. El 26% son trabajadores dependientes y el 14% independientes, mientras tanto las personas jubiladas como aquellas que realizan trabajos eventuales tienen el 9% cada una del porcentaje total. El 5% corresponde a cesantes.

TABLA N°1
Ingreso Mensual

	Frecuencia	Porcentaje
0 - 100.000	12	27,9
101.000 - 200.000	13	30,2
201.000 - 300.000	9	20,9
301.000 - 400.000	7	16,3
Mayor a 400.000	2	4,7
Total	43	100,0

Referente al ingreso familiar mensual, el 30% varía entre \$ 101.000 y \$ 200.000, el 28% entre 0 y \$ 100.000, el 21% entre \$ 201.000 y \$ 300.000, el 16% entre \$ 301.000 y \$ 400.000 y el 5% más de \$ 400.000.

En lo que respecta a seguridad social, el 70% de los encuestados pertenece a FONASA, el 65% de ellos como cotizante en alguna AFP y el 5% en el Instituto de

Previsión Social (IPS), el 30 % restante es atendido gratuitamente por los sistemas públicos de salud.

II. ANTECEDENTES DE LA VIVIENDA

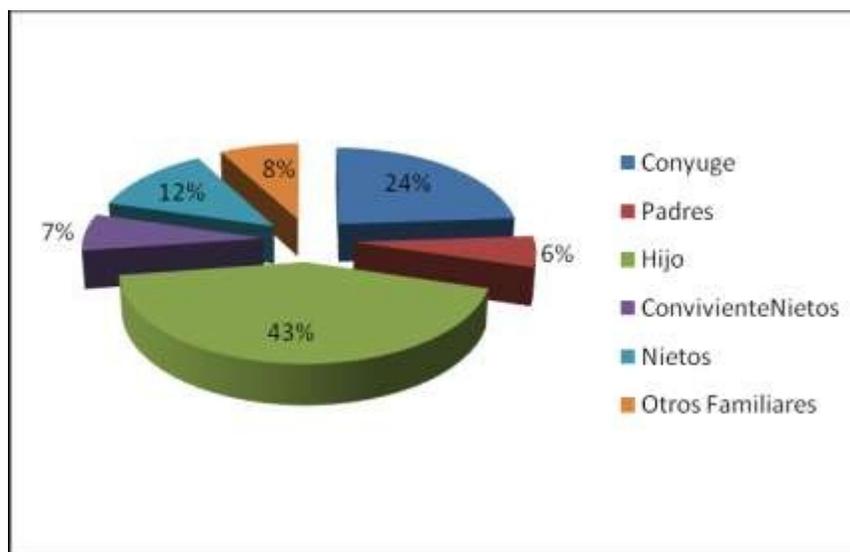
TABLA N°2
Tipo de Vivienda

	Frecuencia	Porcentaje
Mediagua	8	19
Vivienda básica	11	26
Vivienda básica Mejorada	22	51
Departamento	2	5
Total	43	100,0

Respecto a la situación habitacional, el 51% habita una vivienda básica mejorada, el 26% una básica, el 19% en mediagua y un 5% en departamento. De los cuales el 74% es propia, 16% arrendada, un 5% cedida y el 2% corresponde a allegados.

III. A NIVEL FAMILIAR

GRÁFICO N° 1:
“Integrantes del grupo familiar”

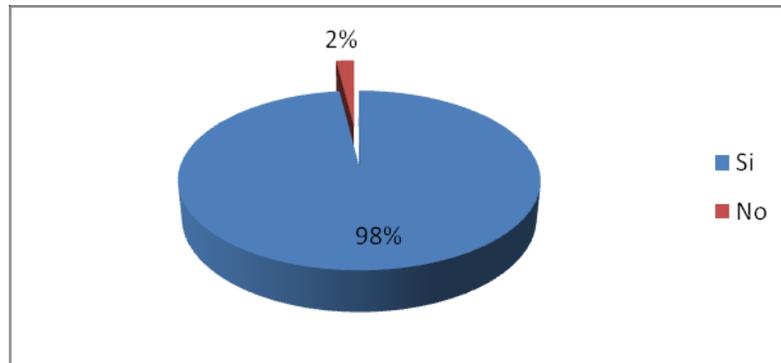


De las personas encuestadas, el 43% vive con su(s) hijo(s), el 24% con su cónyuge, el 12% con sus nietos, el 8% con otros familiares y un 6% con sus padres.

Cabe destacar que del total de casos un 91% de los adultos responsables encuestados vive actualmente con el adolescente o niño de autos, el 8% restante se encuentra actualmente bajo el cuidado de familiares directos, terceras personas o fueron ingresados a establecimientos residenciales de la red SENAME por resolución judicial.

GRAFICO N° 2:

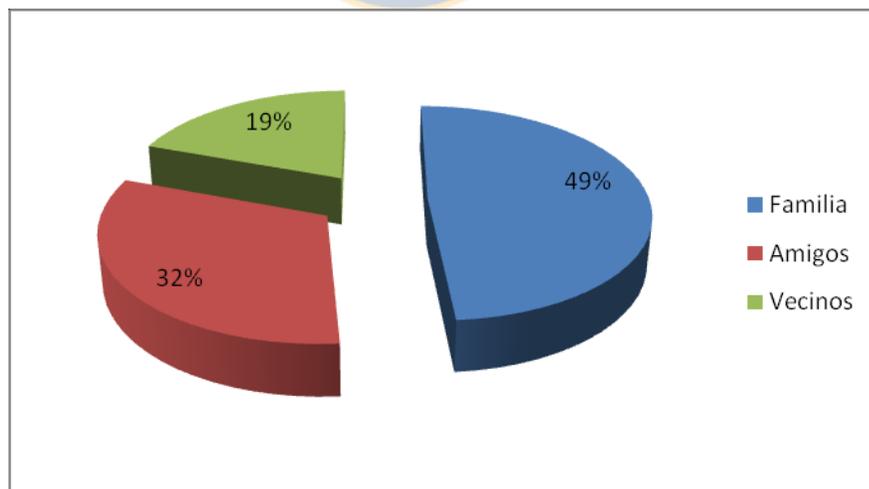
“Participación en redes sociales”



Un 98% de las personas consultadas participa en algún tipo de red y sólo un 2% dice no hacerlo.

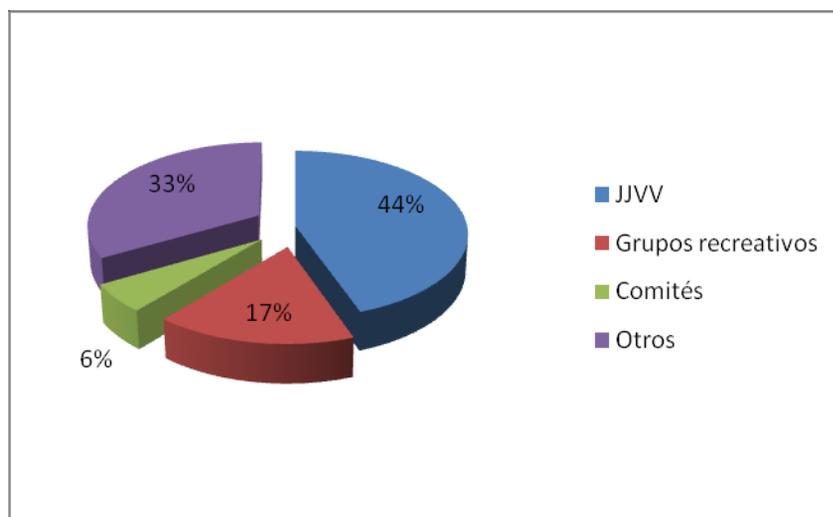
GRÁFICO N°3:

“Participación en redes primarias”



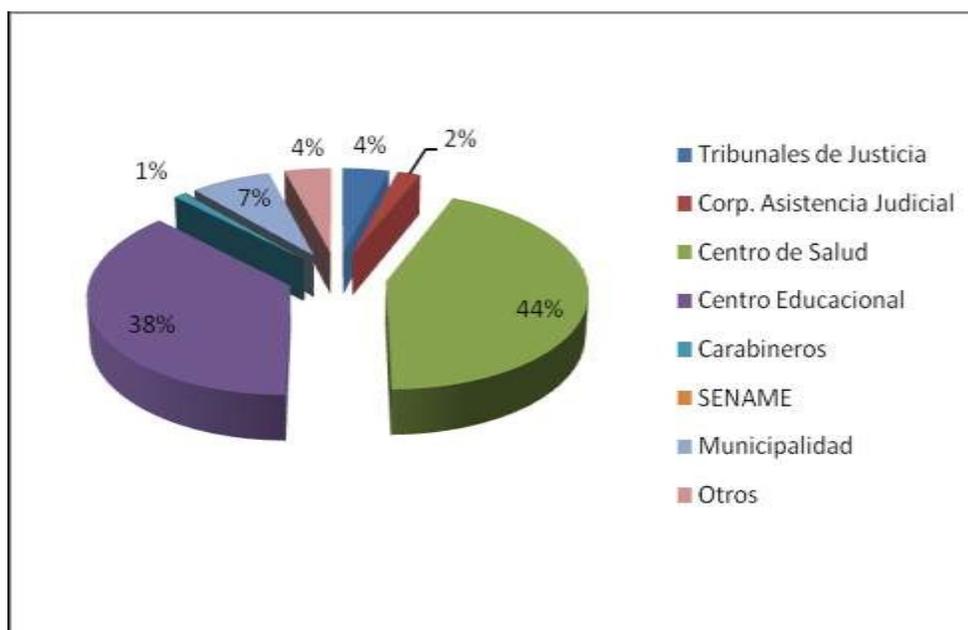
El 49% de los encuestados participa en redes primarias familiares, un 32% se relaciona con amigos y el 19% se vincula con vecinos.

GRÁFICO N°4:
“Participación en redes secundarias”



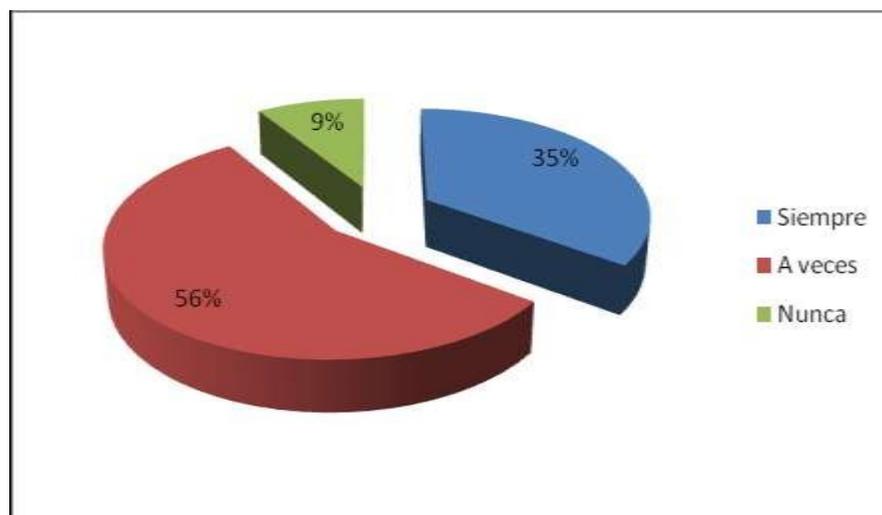
En orden de preferencias, el 44% interactúa con su respectiva Junta de Vecinos, un 33% con otras redes secundarias, principalmente iglesias. El 17% afirma participar en grupos recreativos, mientras que el 2% lo hace en comités, específicamente de vivienda.

GRÁFICO N°5:
“Participación en redes institucionales”



Respecto a las redes institucionales se observa que el 44% del total participa activamente en Centros de Salud, tales como Hospitales y CESFAM. Un 38% se vincula a centros educativos, un 7% con la Municipalidad, en tanto quienes se vinculan a Tribunales de Justicia y otras redes institucionales corresponden al 9% cada una.

GRÁFICO N°6:
“Recursos económicos”



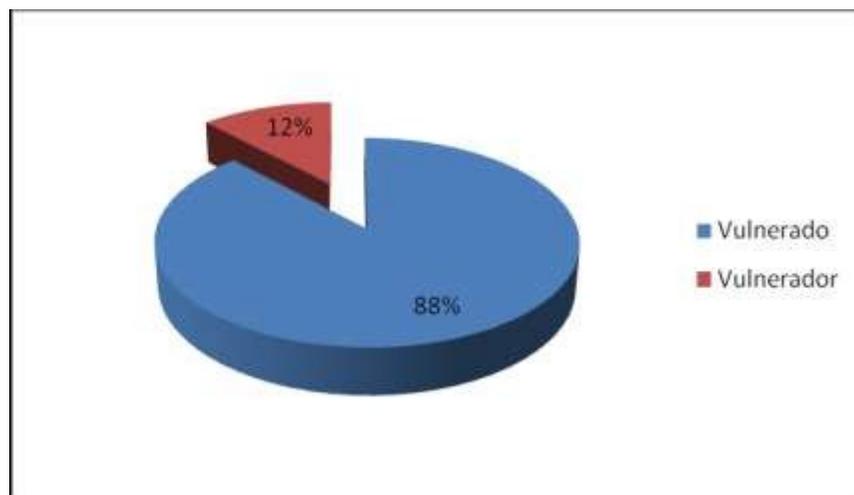
De la población total encuestada el 56% considera que sus recursos económicos son suficientes sólo “A veces”, ya que no alcanzan a cubrir la totalidad de sus gastos familiares. El 35% afirma que éstos “siempre” son suficientes; mientras que el 9% restante manifiesta que nunca lo logran en los niveles básicos esperados.

IV. RESPECTO AL TRIBUNAL DE FAMILIA

GRÁFICO N°7:

“Niño y/o adolescente vulnerador o vulnerado en sus derechos”

“”



En esta gráfica se observa que en el 88% de las familias atendidas por la Clínica de Trabajo Social, los niños o adolescentes de autos fueron vulnerados en sus derechos. En tanto el 12% restante fueron ellos los que lo hicieron, correspondientes a violencia ejercida por el niño o adolescente hacia sus pares, actitudes inapropiadas en la vía pública, establecimiento educacional, abandono de hogar, entre otros.

TABLA N° 3:

Causales por las cuales se solicitó intervención del Tribunal de Familia

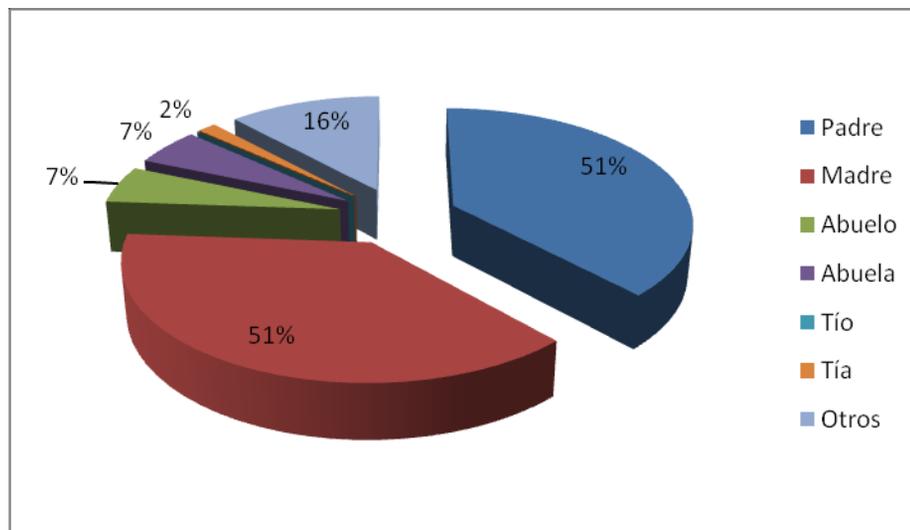
Causa	Frecuencia	Porcentaje
Negligencia en cuidados básicos	14	16%
Maltrato físico leve	9	10%
Maltrato físico grave	5	6%
Maltrato psicológico leve	16	18%
Maltrato psicológico grave	6	7%
Testigo de VIF	12	14%
Declaración padres incompetentes en su rol	2	2%
Conflictiva relación con padres o adultos a cargo	6	7%
Conflictiva relación en la escuela	3	3%
Inhabilidad de uno o ambos padres	6	7%
Padres consumidores de sustancias psicoactivas	5	6%
Abuso sexual	4	4%

* Según listado SENAME

Se observa que las causales que más predominan dentro de la población estudiada son el maltrato psicológico leve con un 18%, la negligencia en cuidados básicos ocupa el segundo lugar con un 16% y finalmente el tercer lugar corresponde a testigo de violencia intrafamiliar con un 14%. Respecto a lo anterior, el primer y último porcentaje mencionado (cuya suma equivale a un 32%) se refiere a niños que sufren violencia, ya sea como víctima u observador.

GRÁFICO N°8:

“Responsable de la vulneración”

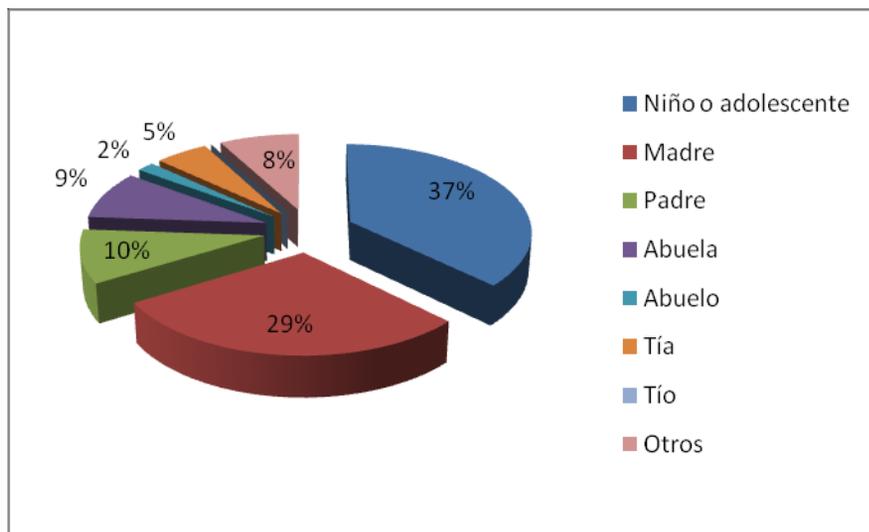


De acuerdo a lo observado en la gráfica tanto el padre como la madre son vulneradores de los derechos de sus hijos con un 51% cada uno, el 16% por el tío, abuelo y abuela con un 7% cada uno y finalmente un 2% corresponde a una tía.

V. RESPECTO AL CLÍNICO

GRÁFICO N°9:

“Participación directa y permanente en el proceso de intervención social”

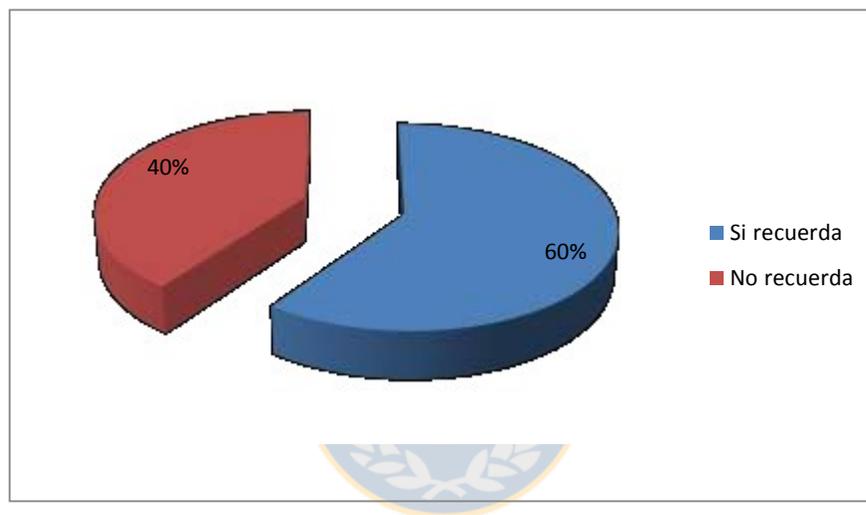


Un 37% de los niños y adolescentes de autos participaron en el proceso, un 29% corresponde a la madre, el 10% al padre, un 9% a la abuela, el 8% a otros, principalmente, primos y hermanos, un 5% a tía y un 2% a abuelos.

Cabe señalar que casi en la totalidad de los casos el niño o adolescente de autos participó en la intervención con excepción de un lactante que se encontraba interno en un establecimiento residencial del SENAME, ingresado por orden judicial.

GRÁFICO N° 10:

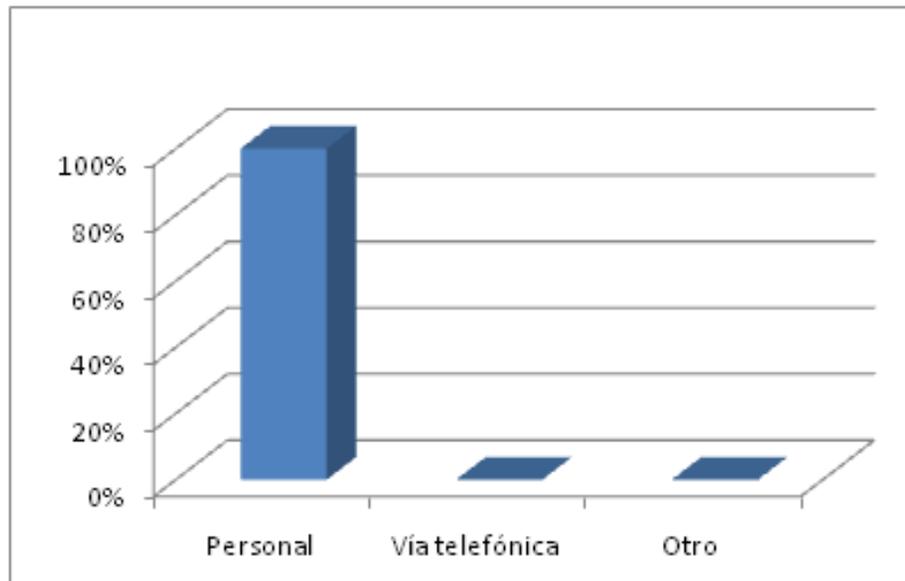
**“Identificación personal, profesional e institucional del alumno que lo
atendió”**



El 60% del total de personas encuestadas recuerda el nombre del clínico que realizó el proceso de intervención social, el 40% no lo recuerda, sin embargo otorgan cuantiosos datos de sus características personales.

GRAFICO N° 11:

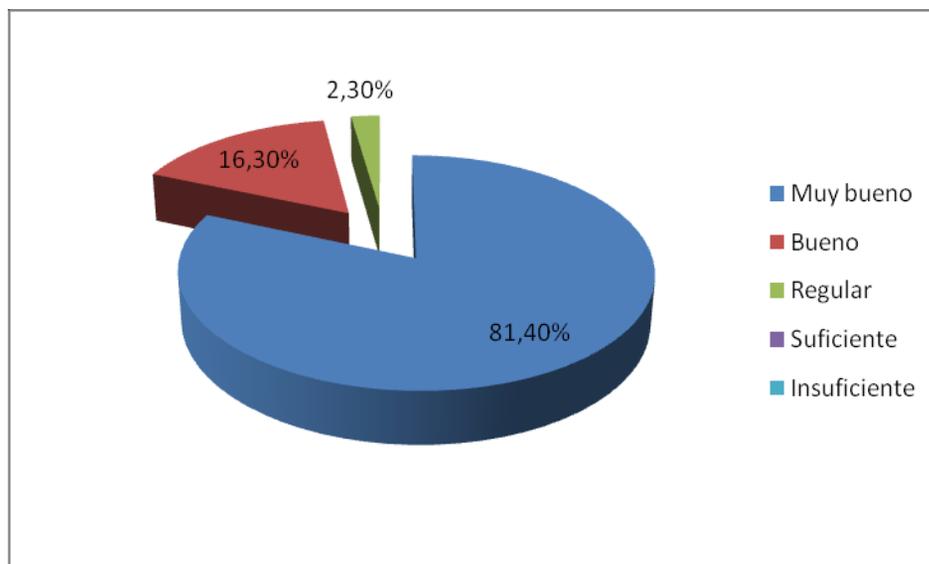
“Tipo de contacto establecido con el clínico”



El 100% de las personas atendidas dice haber mantenido siempre contacto personal con el clínico a través de visitas domiciliarias y muy ocasionalmente por teléfono, especialmente para coordinar entrevistas.

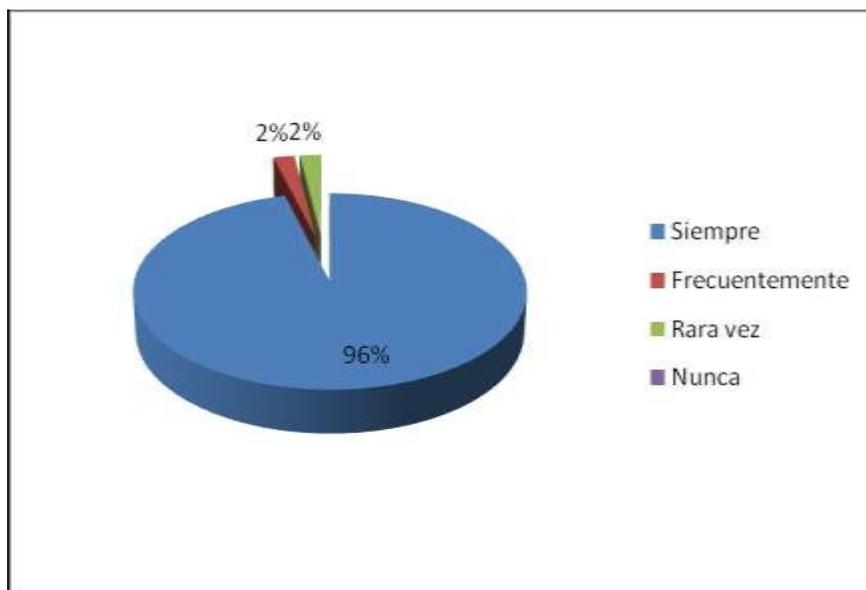
GRÁFICO N°12

“Vínculo establecido con el alumno”



El 81,4% califica el vínculo establecido como muy bueno, el 16,3% como bueno, mientras que el 2,3% expresa que fue regular. Cabe señalar que ninguno de los entrevistados seleccionó las opciones suficiente o insuficiente como respuesta.

GRÁFICO N°13
“Acciones ejecutadas por el clínico”



Del total de personas encuestadas el 96% afirma que las acciones realizadas por el clínico siempre fueron adecuadas a los intereses de la familia, el 2% manifiesta que frecuentemente lo eran y el 2% restante expresa que esto sucedió rara vez.

TABLA N° 4

Aspectos destacables del clínico

Aspectos	Frecuencia	Porcentaje
Atención inmediata	38	88%
Comprensión con el problema	42	98%
Atención completa y exclusiva	35	81%
Trato cortés	43	100%
Expresión de interés por su problemática	41	95%
Receptividad a preguntas	33	77%
Eficiencia	39	91%
Eficacia	31	72%
Atención a reclamos	23	54%
Responsabilidad y puntualidad	40	93%
Empatía	41	95%
Confianza	40	93%
Asertividad	28	65%
Otros	5	12%

* Cabe destacar que esta tabla supera el 100% ya que corresponde a preguntas con múltiples respuestas.

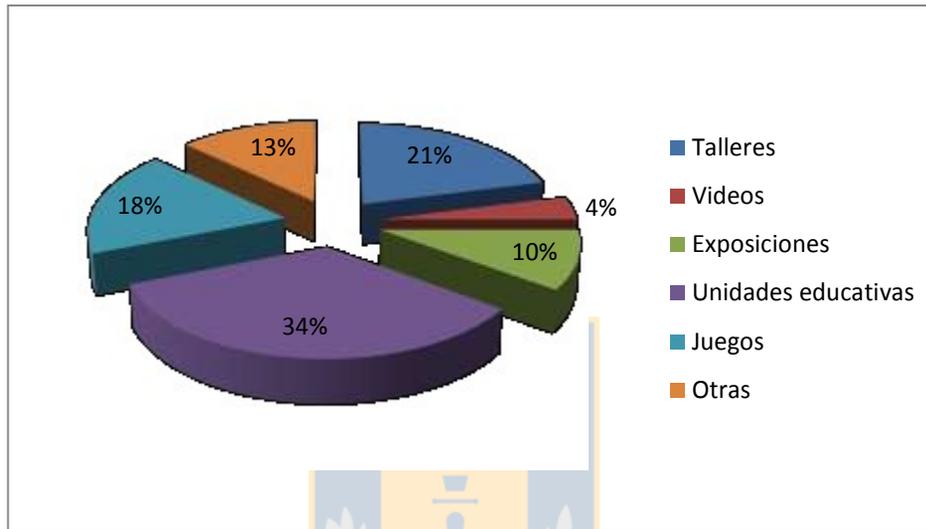
Esta tabla muestra que el 100% de las personas encuestadas destaca que el alumno que lo atendió tuvo siempre un *trato cortés* con la familia y un 98% sintió que comprendió bien su problemática.

La empatía y expresión de interés calificaron con un 95% cada una. A su vez, el 93% afirma que fue responsable y le dio confianza.

Por otra parte el 91% destaca la eficiencia, un 88% la atención inmediata, el 77% la receptividad a preguntas, un 72% la eficacia, un 65% destaca la asertividad, el 54% atención a reclamos y el 12% a otros factores, principalmente la calidad humana, comprensión, amabilidad y humildad.

GRÁFICO N°14:

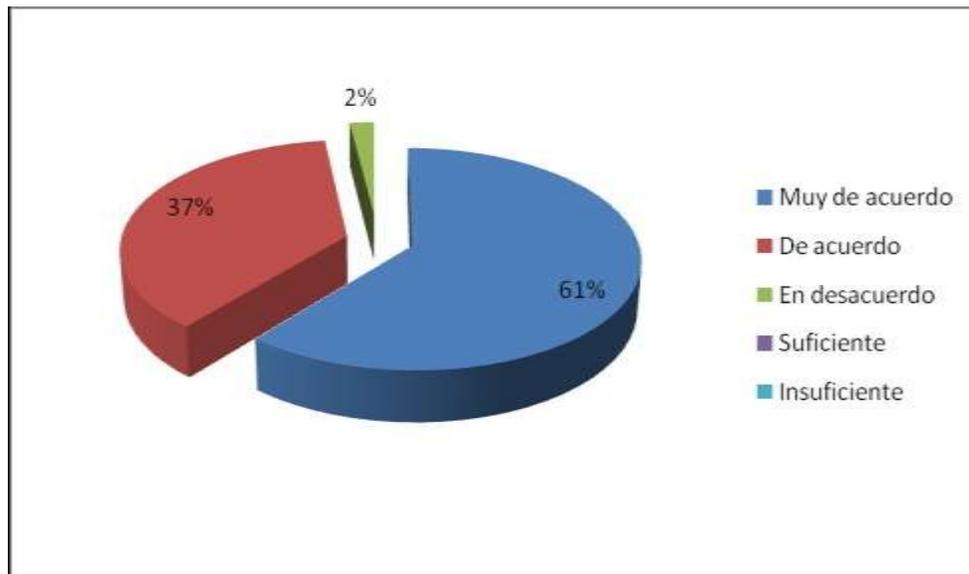
“Metodologías y técnicas utilizadas por el profesional”



Respecto a la metodología utilizada el 34% corresponde a unidades educativas, seguido con un 21% talleres sobre diferentes temáticas (en los cuales se utilizó técnicas tales como rol-playing, influencia directa, reflexión persona situación, educación informal), 18% juegos didácticos, 13% otras, dentro de las cuales se encuentran conversaciones dirigidas. El 10% corresponde a exposiciones, las que con frecuencia fueron apoyadas con material escrito (trípticos) que se les entregó y por último, un 4% a exposiciones a través de videos o video talleres.

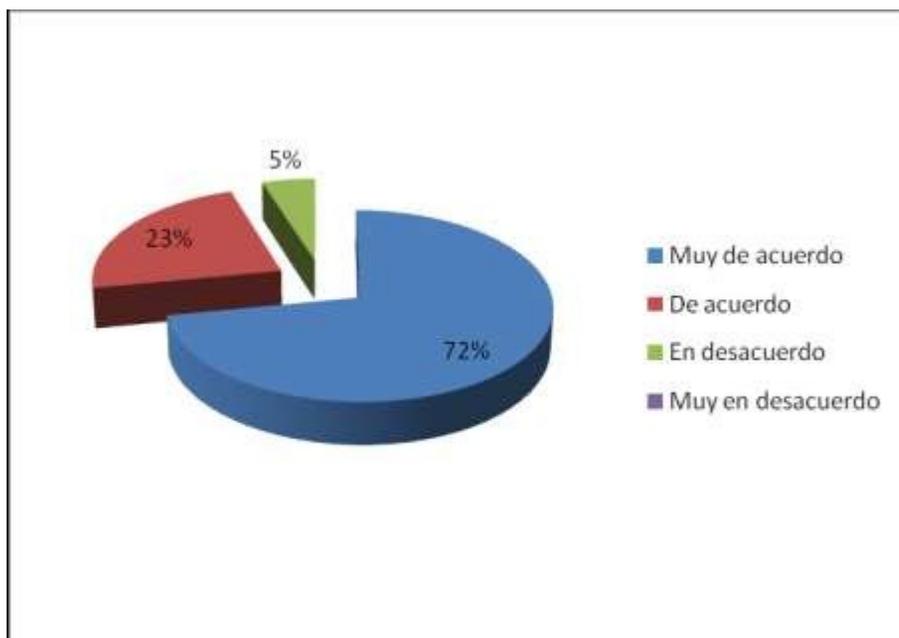
GRÁFICO N°15

“Frecuencia de las atenciones del clínico”



Del total de adultos responsables encuestados el 61% afirma que la frecuencia de las atenciones que el alumno realizó en su domicilio fueron muy buenas, el 37% buenas y el 2% expresa que fueron regulares. Cabe destacar que la mayoría de las personas estaban conformes con la frecuencia de las intervenciones, puesto que ninguna optó por la opción suficiente o insuficiente.

GRÁFICO N°16:
“Tiempo dedicado por el alumno para cada sesión”

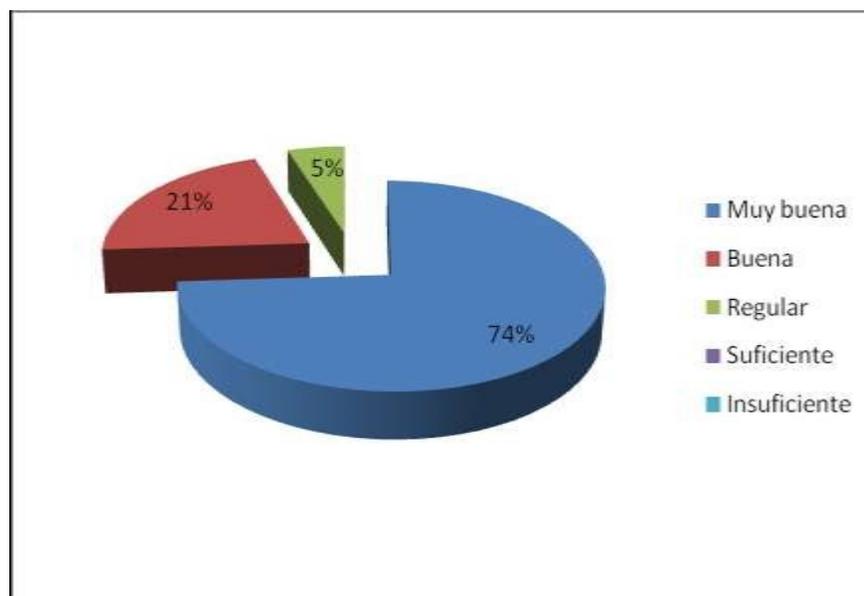


El 72% de los encuestados manifiesta estar muy de acuerdo con el tiempo que el alumno dedicó para cada sesión, el 23% opina estar de acuerdo, mientras que el 5% responde estar en desacuerdo, esto tiene relación con la disconformidad de las personas en cuanto a las metodologías utilizadas o los temas abordados por considerar que no eran adecuados o por que no estaban estrechamente vinculados a sus necesidades.

VI. RESPECTO A LOS ASPECTOS PROPIOS DE LA INTERVENCIÓN

GRÁFICO N°17:

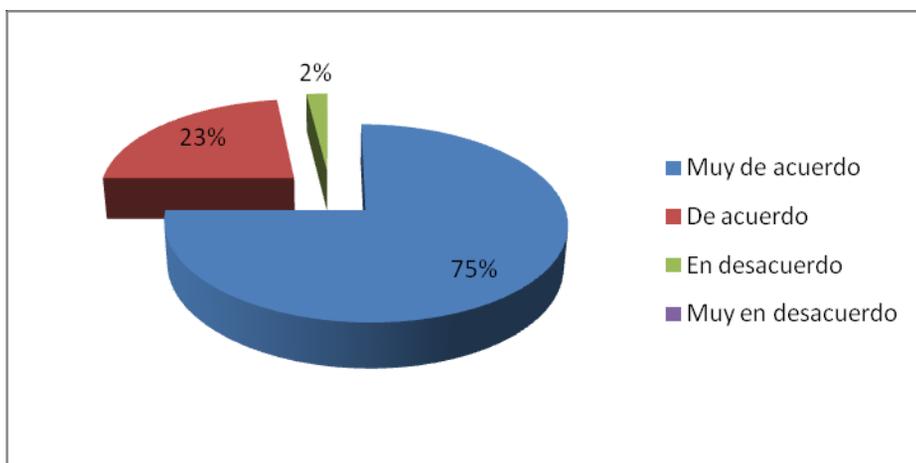
“Información otorgada por el alumno”



El 74% considera que la información que recibió durante todo el periodo de intervención fue muy buena, seguido de un 21% que la califica como buena y sólo un 5% regular.

GRÁFICO N°18

“Utilidad de las temáticas abordadas por el alumno”

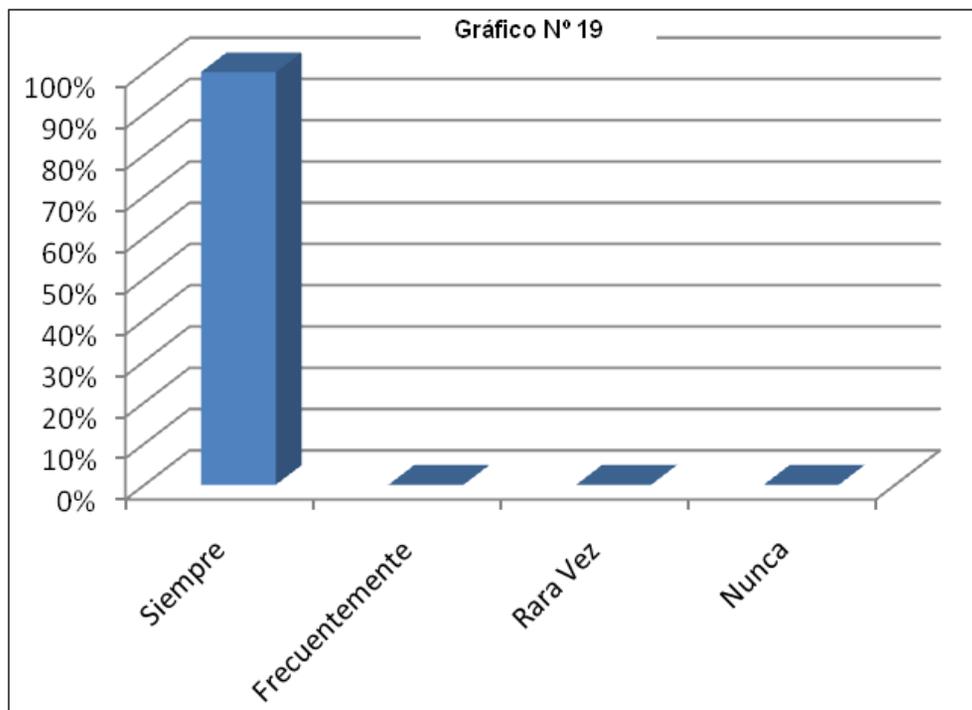


En relación a las temáticas o unidades educativas abordadas en cada sesión, el 75% está muy de acuerdo con que éstas fueron útiles, el 23% está de acuerdo y el 2% está en desacuerdo, esta última equivale sólo a una persona, quien manifiesta que no las valoró.

VII. RESPECTO DE LA PARTICIPACION DEL USUARIO EN EL PROCESO DE INTERVENCION

GRAFICO N° 19:

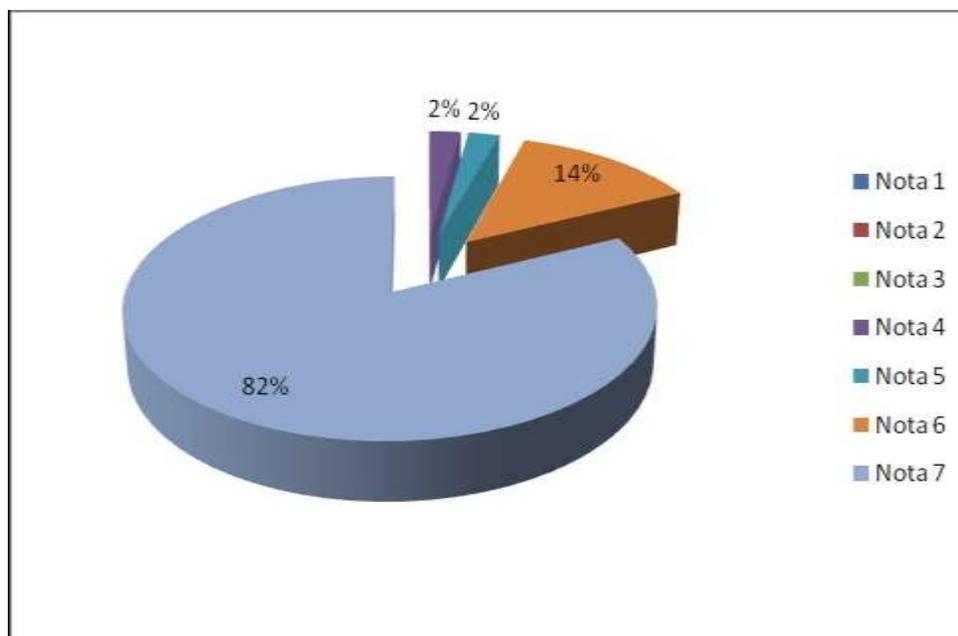
“Veracidad de la información proporcionada”



El 100% de los encuestados responde que la información que ellos otorgaron al clínico siempre fue completa y veraz.

GRÁFICO N°20:

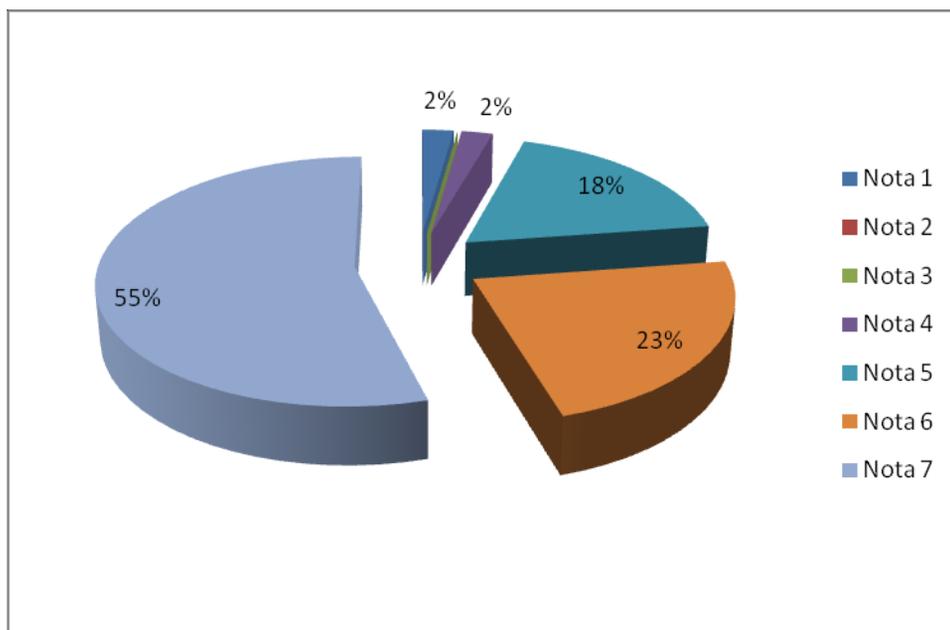
“Evaluación del usuario al clínico a cargo de la vigilancia”.



El 82% de los encuestados califica la atención brindada por el clínico con nota 7, el 9% con nota 6; quienes lo evaluaron con un 5 corresponde al 2 %, al igual que aquellas que le otorgan calificación 4. Cabe destacar que el gráfico no especifica las variables correspondientes a las notas 1, 2 y 3 porque nadie se pronunció respecto de ellas y frecuencia cero no se grafica.

GRÁFICO N°21

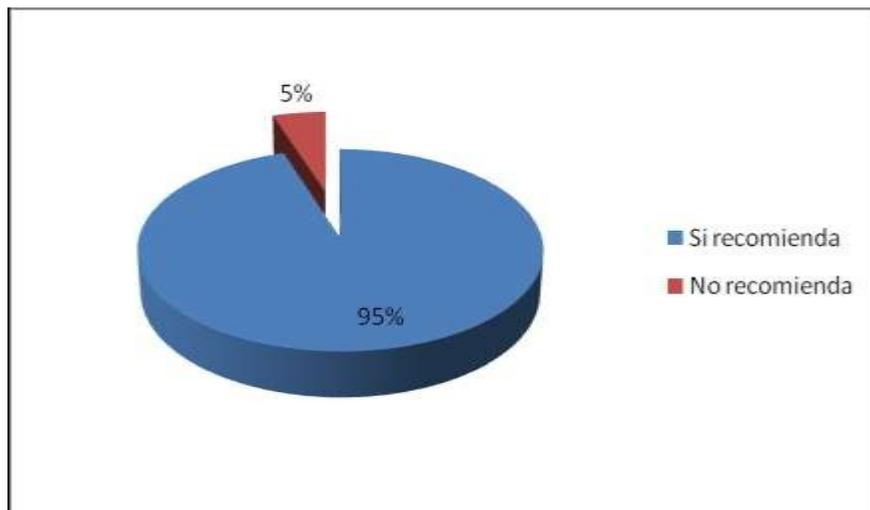
“Autoevaluación del usuario”



De la población encuestada el 55% se autocalificó con nota 7, un 23% afirmó que su participación merecía nota 6 y finalmente un 2% se autoevaluó con nota 1.

GRAFICO N° 22

“Recomendación del proceso de intervención social”



De la totalidad de la población encuestada el 95% expresó que si lo recomendaría y un 5% no, este último corresponde a 2 personas que manifestaron que la intervención consistió en conversaciones que no solucionaron su problemática.

RELACION ENTRE VARIABLES

A continuación el análisis de variables se realiza a través de tablas de contingencia en donde se hacen distintas correlaciones con el objetivo de analizar e identificar la relación que hay o puede haber entre ellas, además de posibilitar su lectura en una sola tabla, en lugar de construir dos cuadros simples.

TABLA N° 5

“Recomendación del proceso de intervención social respecto de la superación de la problemática que dio origen a la vigilancia”.

		Recomendaría la vigilancia a otras personas	
		Si	No
Considera que se superó la problemática que dio origen a vigilancia	Totalmente	72% (31)	5% (2)
	Parcialmente	12% (5)	0%
	En vías de superación	2% (1)	0%
	No se superó	9% (4)	0%

* Las cifras entre paréntesis corresponden a frecuencia.

Se observa que el 72% de las personas que participaron de la intervención superaron totalmente su problemática y recomendaría la vigilancia a otras personas, el 5% no la recomienda, no obstante haberla superado totalmente.

Un 12% de la población logró solucionarla parcialmente y sí recomendaría la vigilancia.

Las personas que consideran que su problemática está en vías de superación y que sugerirían la vigilancia corresponde a un 2%. Finalmente el 9% restante que no consiguió solucionarla sí recomendaría la experiencia.

Es importante destacar que el 95% de las personas que evaluaron esta actividad recomiendan la vigilancia independiente de si superó o no su problemática; quienes no la superaron afirman que sólo se generaron cambios positivos mientras se realizó el proceso.

El 5% restante no recomienda la vigilancia aun habiendo superado su problemática, esto se debe a que consideran que no es necesario que otras personas participaran en sus problemas personales.

TABLA N°6

“Evaluación de las metodologías y técnicas en relación a la motivación del usuario durante el proceso”

		Se sintió motivado en las sesiones durante el proceso		
		Siempre	Frecuentemente	Nunca
Cómo considera las metodologías/técnicas utilizadas por el clínico	Muy Buena	65%	2,3%	,0%
	Buena	28%	,0%	,0%
	Regular	,0%	2,3%	,0%
	Insuficiente	,0%	,0%	2,3%

En la tabla se observa que el 65% de la población encuestada considera muy buenas las técnicas y metodologías utilizadas por el clínico y se sintió siempre motivada en cada sesión durante el proceso.

El 2,3% frecuentemente estuvo motivada en cada sesión, sin embargo considera muy buenas las técnicas utilizadas. Un 28% afirma que la metodología

desplegada es buena y estuvo siempre motivada durante la vigilancia. El 2,3% expresa que frecuentemente consideró estar motivado, no obstante, calificó las metodologías como regulares. Finalmente el 2,3% restante afirma que nunca se sintió motivado, calificándolas como insuficientes.

Al analizar las variables antes mencionadas podemos observar que se encuentran proporcionalmente relacionadas debido a que el alumno, al efectuar la intervención, necesita definir previamente los métodos que utilizará ya que la diversidad de técnicas ocupadas es lo que determina en gran parte la motivación que presente la familia o individuo con el cual se está trabajando, si esto no ocurre, siempre debe considerar la posibilidad de cambiar de estrategias para lograrlo.

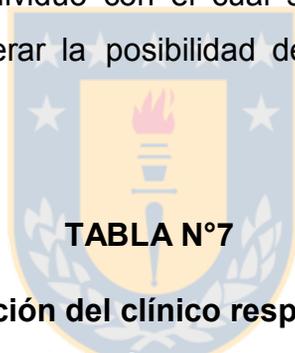


TABLA N°7

“Evaluación de la intervención del clínico respecto de la participación del usuario en las sesiones”.

		Cómo considera la intervención del profesional		
		Muy satisfactoria	Satisfactoria	Insatisfactoria
Participó activamente en cada sesión	Siempre	63% (27)	21% (9)	2% (1)
	Frecuentemente	2% (1)	5% (2)	0%
	Rara vez	2,3% (1)	0%	0%
	Nunca	2,3% (1)	2,3% (1)	0%

Es posible observar que la mayoría de la población que siempre participó en las sesiones considera muy satisfactoria la intervención del clínico, esto corresponde a un 63%. Un 21% de los que participaron siempre la consideran sólo satisfactoria.

Un 2,3% de los usuarios respondieron que aún habiendo participado siempre en cada sesión, encuentran insatisfactoria la intervención que se les proporcionó.

Por otra parte, quienes afirman haber participado frecuentemente, rara vez y nunca, corresponden a un 2,3% cada uno considerándola muy satisfactoria.

Un 5% de los que participaron frecuentemente expresa que fueron satisfactorias. El 2,3% restante manifiesta que el trabajo realizado por el clínico fue satisfactorio, sin embargo nunca participaron de la intervención porque su horario de trabajo no les permitía estar presentes.

TABLA N° 8

“Evaluación de la intervención del clínico en relación a la frecuencia de contacto entre éste y el usuario”

		Cómo considera la Intervención del Profesional		
		Muy satisfactoria	Satisfactoria	Insatisfactoria
Cada cuánto tiempo sostenía contacto con uds.	Una vez a la semana	54% (23)	19% (8)	2% (1)
	Cada 15 días	14% (6)	7% (3)	0%
	Otro	2% (1)	2% (1)	0%

De los usuarios encuestados que consideran muy satisfactoria la intervención profesional, un 54% sostenía contacto una vez a la semana, el 14% cada 15 días y el 2% restante lo hizo principalmente dos veces a la semana o

dos veces al mes. De quienes encuentran la intervención como satisfactoria, un 19% dice haber sostenido contacto una vez a la semana, el 7% cada 15 días y un 2% otro tiempo de contacto. Finalmente, del total que considera insatisfactoria la intervención clínica, el 2% mantenía contacto una vez a la semana.

Tabla N°9
“Cambios logrados después de la intervención en relación a si estuvo de acuerdo con la vigilancia”

	Cómo fueron los cambios logrados			
	Permanentes	Temporales	Momentáneos	No observados
De acuerdo con la vigilancia				
Muy de acuerdo	44% (19)	19% (8)	4% (2)	0%
De acuerdo	21% (9)	0%	0%	5% (2)
En desacuerdo	5% (2)	0%	2% (1)	0%

Dentro de la población que se encontró muy de acuerdo con la vigilancia el 44% sostuvo que los cambios observados en su familia después de ésta fueron permanentes, el 19% temporales y un 4% momentáneos.

De las personas que estuvieron de acuerdo con esta medida el 21 % consideró que los cambios advertidos en su familia fueron permanentes y el 5% no los observó.

En cuanto a la población que consideró estar muy en desacuerdo con ella el 5% califica que los cambios advertidos después en su familia fueron permanentes y el 2% momentáneos.

TABLA N°10

“Motivación del usuario en las sesiones respecto a las acciones realizadas por el clínico”.

		Se sintió motivado en las sesiones durante el proceso		
		Siempre	Frecuentemente	Nunca
Acciones realizadas adecuadas a los intereses/ necesidades familiares	Siempre	91% (39)	2,3% (1)	2,3% (1)
	Frecuentemente	2,3% (1)	0%	0%
	Rara vez	0%	2,3% (1)	0%

Respecto a las familias que consideraron que las acciones realizadas siempre fueron adecuadas a los intereses o necesidades familiares un 91% siempre se sintió motivado en las sesiones, un 2,3% frecuentemente y un 2,3% nunca sintió motivación durante el proceso.

De los encuestados que sostuvieron que las acciones realizadas fueron frecuentemente adecuadas, un 2,3% siempre se sintió motivado en las sesiones durante la intervención.

Aquellas familias que estimaron que las acciones realizadas rara vez fueron adecuadas un 2,3% frecuentemente sintió motivación.

TABLA N° 11

**“Evaluación de metodologías y técnicas utilizadas por el clínico en
relación a la motivación del usuario en las sesiones”.**

		Cómo considera las metodologías/técnicas utilizadas por el clínico			
		Muy Buena	Buena	Regular	Insuficiente
Se sintió motivado en las sesiones durante el proceso	Siempre	65% (28)	28% (12)	0%	0%
	Frecuentemente	2,3% (1)	0%	2,3% (1)	0%
	Nunca	0%	0%	0%	2,3% (1)

De aquellos que siempre se sintieron motivados el 65% opinó que las metodologías y técnicas utilizadas por el clínico fueron muy buenas y el 28% buenas.

Dentro de los usuarios que frecuentemente se motivaron el 2,3% cree que éstas fueron muy buenas, igual porcentaje las calificó como regulares.

Por otro lado, de los encuestados que nunca lo estuvo el 2,3% manifiesta que fueron insuficientes

Se puede observar que las personas evaluaron la metodología o técnicas utilizadas en relación a su propia motivación.

TABLA N°12

“Evaluación de la intervención del clínico en relación a la motivación del usuario en las sesiones”.

		Cómo considera la intervención del profesional		
		Muy satisfactoria	Satisfactoria	Insatisfactoria
Se sintió motivado en las sesiones durante el proceso	Siempre	67% (29)	25,6% (11)	0%
	Frecuentemente	2,3% (1)	0%	2,3% (1)
	Nunca	0%	2,3% (1)	0%

El 67% de la población que siempre se sintió motivada considera como muy satisfactoria la intervención del clínico.

En tanto un 3% de los que frecuentemente se sintieron motivados la evalúa como muy satisfactoria e igual porcentaje como insatisfactoria.

Cabe destacar que hubo encuestados que nunca se motivaron, no obstante el 2% la califica como satisfactoria.

TABLA N°13

“Superación de la problemática que dio origen a vigilancia respecto de la realización de lo acordado con el clínico”.

		Considera que se superó la problemática que dio origen a vigilancia			
		Totalmente	Parcialmente	En vías de superación	No se superó
Llevaron a la práctica lo acordado con el profesional	Sí	74% (32)	12% (5)	2,3% (1)	9,3% (4)
	No	2,3% (1)	0%	0%	0%

El 74% de los encuestados afirma haber llevado a la práctica lo acordado con el clínico, superando la problemática que dio origen a la vigilancia, el 12 % que realizó lo acordado considera que lo lograron parcialmente.

Mientras que un 2,3% de los usuarios llevaron a cabo los acuerdos pero expresan que aun está en vías de superación, a diferencia del 2,3% que respondió no haberlo hecho pero manifiestan que sí se superó totalmente la problemática.

De acuerdo a los resultados obtenidos se aprecia que la superación de la problemática está directamente relacionada con la participación del usuario en el proceso.

TABLA N° 14

“Cambios positivos en el usuario en relación al cumplimiento de acuerdos con el clínico”.

		Se evidenciaron cambios positivos luego de la intervención			
		Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	No corresponde
Llevaron a la práctica lo acordado con el profesional	Sí	67,4% (29)	23,3% (10)	2,3% (1)	4,7% (2)
	No	0%	0%	2,3% (1)	0%

Un 67,4% del total de encuestados responde que llevó a la práctica lo acordado con el clínico, manifestando estar muy de acuerdo con la ocurrencia de cambios positivos luego de la intervención. El 23,3% dice haberlo hecho y estar de acuerdo con estos cambios. Cabe destacar que el 4,7% llevó a la práctica lo acordado pero no logra observar si se han producido cambios positivos.

De las personas encuestadas el 2,3% señala no haber llevado a la práctica lo acordado con el profesional ni haber obtenido cambios positivos luego de la intervención, aduciendo los horarios de trabajo que dificultaban la realización de las actividades, además el olvido de acuerdos. Los porcentajes coinciden en que quienes llevaron a la práctica lo acordado lograron, en su mayoría, ver cambios positivos una vez finalizada la intervención, mientras que quienes no lo hicieron no lo lograron.

TABLA N° 15

“Calificación del profesional respecto si el usuario estuvo de acuerdo con la resolución del tribunal”.

		Con qué nota califica la atención del profesional			
		4	5	6	7
De acuerdo con resolución del Tribunal.	Muy de acuerdo	2,3% (1)	0%	7,0% (3)	41,9% (18)
	De acuerdo	0%	2,3% (1)	0%	30,2% (13)
	En desacuerdo	0%	0%	2,3% (1)	4,7% (2)
	Muy en desacuerdo	0%	0%	0%	9,3% (7)

De las personas que estuvieron muy de acuerdo con lo resuelto por el Tribunal de Familia de Coronel, un 41,9% califica al clínico con nota 7, un 7% con 6, mientras que el 2,3% lo hace con nota 4.

En cuanto a quienes dicen estar de acuerdo con lo resuelto el 30,2% lo evalúa con nota 6 y un 2,3% con un 5.

Respecto a quienes estaban en desacuerdo con la resolución, el 4,7% lo evalúa con nota 7, mientras que un 2,3% lo hace con un 6. En relación al 9,3% de las

personas que manifestaron estar muy en desacuerdo con lo resuelto por el Tribunal, no obstante calificaron al clínico con nota 7.

TABLA N° 16

“Evaluación de la intervención del profesional respecto si el usuario estuvo de acuerdo con la vigilancia”.

		Cómo considera la intervención del profesional		
		Muy satisfactoria	Satisfactoria	Insatisfactoria
De acuerdo con la vigilancia	Muy de acuerdo	54% (23)	14% (6)	0%
	De acuerdo	9% (4)	14% (6)	2% (1)
	En desacuerdo	7% (3)	0%	0%

Del total de adultos responsables que estuvieron muy de acuerdo con la intervención profesional, el 54% considera que fue muy satisfactoria, el 14% cree que fue satisfactoria.

De la Población que estuvo de acuerdo con el proceso el 9% dice que fue muy satisfactoria, el 14% satisfactoria y el 2% insatisfactoria.

Del total de personas que dijo estar en desacuerdo con la vigilancia, el 7% sostuvo que fue muy satisfactoria.

Cabe destacar que a pesar que hubo personas en desacuerdo con la intervención, igualmente la encontraron satisfactoria, logrando resultados positivos después del proceso.

TABLA N° 17

“Evaluación de las acciones realizadas por el clínico en relación a si el usuario estuvo de acuerdo con la vigilancia”

		Acciones realizadas eran adecuadas a intereses/necesidades familiares		
		Siempre	Frecuentemente	Rara vez
De acuerdo con la vigilancia	Muy de acuerdo	67% (29)	0%	0%
	De acuerdo	21% (9)	2% (1)	2% (1)
	En desacuerdo	7% (3)	0%	0%

De la población encuestada que estuvo muy de acuerdo con la vigilancia, el 67% considera que las acciones realizadas por el clínico siempre fueron adecuadas a los intereses de la familia.

De las personas que estuvieron de acuerdo con la vigilancia, el 21% considera que las acciones realizadas por el clínico siempre fueron adecuadas a los intereses de la familia, el 2% expresa que frecuentemente y el 2% manifiesta que a veces lo eran. Mientras que de aquellas que estuvieron en desacuerdo, el 7% dice que las acciones realizadas siempre fueron adecuadas.

Cabe destacar que a pesar que hubo personas que estuvieron en desacuerdo con la vigilancia, igualmente reconocen que las acciones realizadas por el clínico eran adecuadas a los intereses y necesidades de la familia.

TABLA N° 18

“Participación del usuario en las sesiones realizadas respecto si estuvo de acuerdo con la vigilancia”

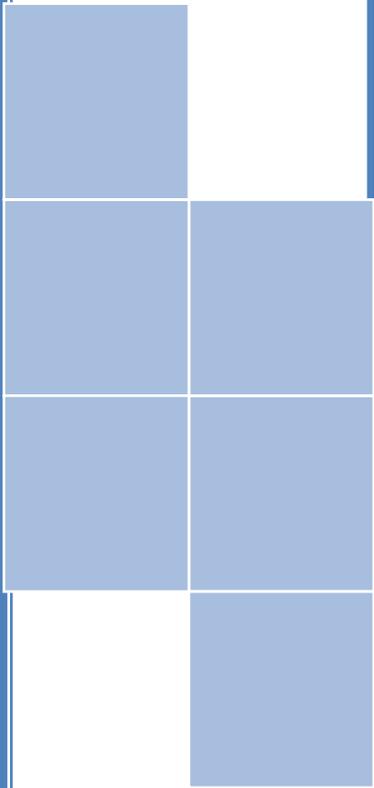
	Participó activamente en cada sesión			
	Siempre	Frecuentemente	Rara vez	Nunca
De acuerdo con la vigilancia <u>Muy de acuerdo</u>	56% (24)	7% (3)	2% (1)	2% (1)
<u>De acuerdo</u>	23% (10)	0%	0%	2,3% (1)
<u>En desacuerdo</u>	7% (3)	0%	0%	0%

De las personas que estuvieron muy de acuerdo con el proceso de intervención, el 56% expresa que siempre participó activamente en cada sesión realizada por el clínico, el 7% manifiesta que frecuentemente colaboró, el 2% rara vez y el 2% nunca lo hizo.

De la población que se encontraba de acuerdo con la vigilancia, el 24% responde que siempre participó y el 2 % expresa que nunca lo hizo.

Por otro lado, de los que estuvieron en desacuerdo con la vigilancia, el 7% manifiesta que siempre participó activamente.

Cabe destacar que las personas que no estuvieron de acuerdo con la vigilancia de todas formas participaron en las intervenciones realizadas por el clínico.



CAPÍTULO V



CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS



CONCLUSIONES

El perfil básico de los adultos responsables en su mayoría es de sexo femenino, de los cuales el 35% se desempeña como dueña de casa, prevaleciendo la unión conyugal, con un promedio de 1 a 2 hijos por familia. El rango de edad predominante fluctúa entre 35 a 44 años. De esto se deduce que más del 50% de los entrevistados se encuentran en la etapa de adultez joven y su transición a la adultez media, según la etapa del ciclo vital de Erik Erikson. El nivel educacional corresponde principalmente a estudios básicos incompletos.

El 70% de los encuestados pertenece a FONASA, ya sea como cotizante en alguna AFP o en el Instituto de Previsión Social (IPS) y el 30 % restante es atendido gratuitamente por los sistemas públicos de salud. El ingreso familiar mensual oscila entre \$101.000 y \$200.000, de los cuales el 49% proviene de su trabajo, ya sea dependiente, independiente o eventual. Más de la mitad habita en viviendas básicas mejoradas.

Respecto a la participación en redes sociales, predominan las institucionales por sobre las familiares, principalmente los centros de salud y educación.

En lo referente al Tribunal de Familia es importante precisar que las tres principales causas de vulneración de derechos que dieron origen a la vigilancia son maltrato psicológico leve con un 18%, le sigue negligencia en cuidados básicos con un 16% y por último testigo de violencia intrafamiliar con un 14% del total de la población estudiada, lo cual sucede principalmente en el seno familiar, en donde el padre y la madre son los principales responsables de dichas vulneraciones. Cabe destacar que el 51% de las personas encuestadas se encuentran muy de acuerdo con lo resuelto por el Tribunal de Familia de Coronel, sólo el 9% está muy en desacuerdo.

En cuanto a la intervención de los alumnos a cargo de la vigilancia, los adultos responsables la califican prioritariamente como satisfactoria. Entre las cualidades y aspectos que más destacaron está el trato cortés, comprensión por su problemática, empatía, expresión de interés, responsabilidad, confianza, eficiencia y el significativo 96% lo califica muy bien, con notas entre 6 y 7.

En relación al vínculo establecido con el alumno, cabe mencionar que el 81,4% lo considera muy bueno, en comparación con sólo el 2,3% que expresa que fue regular.

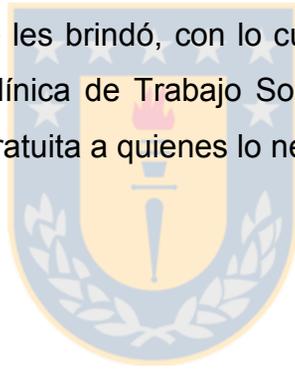
Es importante destacar que el 93% siempre se sintió motivado para participar en el proceso de vigilancia mientras que el 2,3% nunca lo estuvo. En cuanto a los acuerdos consensuados con el alumno el 98% logró llevarlos a la práctica y sólo un 2,3% no lo hizo, aduciendo falta de: tiempo, interés y constancia.

El 67% de los que llevaron a la práctica lo acordado evidenció cambios positivos una vez terminando el proceso, mientras que el 2,3% que no lo hizo, no los observó. En su mayoría las personas que participaron lograron llevar a la práctica los acuerdos establecidos con el alumno, dándose cuenta que hubo cambios positivos lo que les permitió estar satisfecho con la vigilancia. De acuerdo a lo anterior, se aprecia que la superación de la problemática está directamente relacionada con la participación.

Tomando en cuenta tanto las metodologías, técnicas y temas abordados por el alumno y el tiempo dedicado a la intervención, el 70% considera esta instancia de apoyo como muy satisfactoria, en contraste con un 2% que la evaluó como insatisfactoria. El 72% logró superar totalmente la problemática que dio origen a la causa y efectivamente recomendaría participar en este proceso. Aún cuando el 9% no logró superarla, recomendaría la vigilancia.

Sólo el 5% restante no la recomienda aún habiendo superado su problema, esto se debe a que consideran que no es necesario que otras personas deban participar en sus problemas personales.

En términos más generales aún, es posible concluir que las personas que participaron en este proceso de intervención son de escasos recursos personales, socioeconómicos y culturales; son los padres los principales vulneradores de derechos de sus hijos; que necesitan ayuda para salir adelante, habilitarse y autogestionarse para mejorar las diversas situaciones que presentan; que el éxito de la vigilancia está directamente relacionada con su participación y colaboración; por otra parte, hacen un reconocimiento y alta valoración por el alumno que los atendió y por el apoyo que se les brindó, con lo cual se está cumpliendo con los objetivos planteados por la Clínica de Trabajo Social, en el sentido de brindar atención individual – familiar gratuita a quienes lo necesitan.



CONTRASTACIÓN TEÓRICA

Las tres teorías utilizadas en esta investigación son de suma importancia debido a que respaldan el estudio permitiendo llevar a cabo determinadas acciones de forma ordenada, concreta y precisa. Las familias que participaron en las vigilancias debieron pasar por un proceso de adaptación guiado por alumnos en práctica de la Clínica de Trabajo Social, con el propósito de reestructurar su entorno más cercano y de esta manera generar cambios positivos respecto a su problemática.

Esta investigación comprueba el planteamiento propuesto por Bronfenbrenner en la Teoría Ecológica respecto de la interconexión e interdependencia de los sistemas, quedando de manifiesto que cuando el microsistema, correspondiente a la familia, logra superar la problemática de vulneración, genera una interrelación con el mesosistema, que para estos efectos está formado por La Clínica de Trabajo Social de la Universidad de Concepción. Dicha afirmación queda demostrada cuando el 77% de los adultos responsables afirma que ha superado totalmente la problemática de vulneración, principalmente con información, orientación y educación otorgada por los alumnos. Queda en evidencia que, cuando existe una adecuada interconexión entre sistemas, es posible que se transfieran recursos y a su vez se genere retroalimentación positiva, aportando beneficios tanto para los sujetos de intervención y sus familias, como también para los futuros profesionales.

La teoría de redes reafirma la importancia de activar las relaciones en el sistema familiar con el propósito de establecer el apoyo social que se requiere, dando respuestas a las contingencias por las que puede atravesar el individuo y su familia. Nuestra investigación avala lo anterior, ya que la gran mayoría de las familias requieren de diversas redes sociales que colaboren en la superación de la problemática.

El 95% considera que el aporte de la Clínica, fue necesario para generar cambios y recomiendan que otras familias sean beneficiadas con este recurso.

La familia es una totalidad en el cual sus integrantes son interdependientes entre si y se influyen mutuamente. En las situaciones de desequilibrio que se observaron en los distintos subsistemas familiares estudiados, fue habitual que algunos miembros de la familia consideraran que varios de sus integrantes no cumplieran con sus roles.

Aquellas familias que participaron de la vigilancia se sometieron a un proceso de intercambio de información con otros sistemas, tales como Tribunal de Familia de Coronel y la Clínica de Trabajo Social, con la finalidad de retroalimentarse e incorporar nuevos conceptos, estrategias y aprendizajes necesarios para superar la problemática que los afectaba, con el propósito de lograr un equilibrio dentro de su propio sistema.

El trabajo que realiza la Clínica de Trabajo Social tiene como foco de intervención a uno de sus integrantes, de preferencia al adulto responsable o el más disponible de sus integrantes, del cual se espera que proyecte la información y los recursos recibidos hacia los demás miembros y de esta forma lograr un cambio al interior de la familia.

En cuanto a los límites familiares, se puede mencionar que aquellas que superaron la problemática presentan límites más permeables. En cambio las con límites más cerrados no se observaron grandes cambios, limitaron el actuar del clínico, la incorporación de nueva información y la utilización de redes entre otros factores.

Las teorías utilizadas se relacionan directamente, tanto por el enfoque que expone cada una de ellas como por el énfasis que otorgan a las relaciones humanas, conectando los sistemas y la necesidad de que éstos se vinculen por medio de redes. Esto implica un intercambio de recursos y servicios, así también

fomenta la inclusión social, participación, otorgando confianza y seguridad al individuo. De esta manera se puede señalar que la familia es un sistema conformado por subsistemas que su vez forma parte de otros sistemas más amplios. Estos se integran a través de diversas redes que van formando la identidad social y el actuar de los individuos que forman parte de ella.

La familia como subsistema y entidad dinámica tiene la necesidad de acomodarse progresivamente a las propiedades cambiantes de otros sistemas mayores del cual forma parte. El ambiente de estos sistemas más amplios influye y requiere la acomodación mutua de la familia y de sus miembros, sin limitarse al entorno inmediato, sino que también genera interconexiones con otros entornos.

En definitiva, las tres teorías se complementan y fueron totalmente atingentes al tema estudiado.



SUGERENCIAS

Considerando las opiniones de la población estudiada, el equipo tesista se permite realizar las siguientes sugerencias:

Que en el primer encuentro con las familias los alumnos efectúen una presentación formal en el sentido que les proporcionen su identidad, carrera, institución a la que pertenecen y formas de localización (fonos fijos y celulares, correos electrónicos si corresponde) de preferencia en una tarjeta con logo y datos de la Universidad para que tengan seguridad y claridad al respecto; posteriormente verificar y reforzar si es necesario.

Por otra parte que les comuniquen en forma detallada y clara todo los objetivos de la vigilancia, modalidades en que se lleva a cabo y la relevancia que tienen ellos en el éxito del proceso y que va en su directo beneficio.

En los casos en que exista resistencia a la intervención por parte de la familia o ante dificultades en la obtención de resultados, el alumno debe considerar nuevas estrategias para revertir la situación y cumplir con los objetivos propuestos.

Finalmente, se estima importante que se continúen realizando evaluaciones periódicamente en instancias formales de los tres sistemas involucrados; familia, Clínica de Trabajo Social y Tribunal de Familia, para identificar claramente el impacto de esta actividad; factores positivo y negativos que inciden en su éxito o fracaso y así mejorar oportunamente el servicio.

BIBLIOGRAFÍA

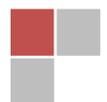
1. Ander-Egg, E. (1995) *“Diccionario del Trabajo Social”*, Editorial LUMEN, Argentina.
2. “Apuntes asignatura Familia y Trabajo Social” Departamento de Trabajo Social, Universidad de Concepción. 2012.
3. Aylwin, N., Solar, M. (2003) *“Trabajo Social Familiar” (3ra ed.) Universidad Católica de Chile.*
4. Florenzano, R. (1995) *“Familia y salud de los jóvenes”*, Ediciones Universidad Católica de Chile.
5. Heróles, C. (1998) *“Familia y Trabajo Social”*, Editorial Buenos Aires
6. Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P.(2006) *“Metodología de la Investigación, (4º ed).* México: McGraw-Hill Interamericana.
7. Méndez, M. (2006) *“Trabajo Social de Caso, enfoque Psicosocial de la intervención clínica” (5ª ed).* Departamento de Trabajo Social, Universidad de Concepción.
8. *“Pautas complementarias del socio diagnóstico”*. Departamento de Trabajo Social, Universidad de Concepción, Chile
9. Zingman de Galperín, C. (1996) *“Modalidades de Funcionamiento Familiar”* Editorial de Belgrano. Argentina.

PÁGINAS WEB

1. <http://www.poderjudicial.cl>
2. <http://www.bcn.cl/>
3. <http://www.leychile.cl>



ANEXOS



Instrumento de recolección de datos

Este cuestionario es voluntario. La información entregada será de absoluta confidencialidad por parte de las alumnas tesis de la carrera de Trabajo Social de la Universidad de Concepción. Se solicita responder la totalidad de las preguntas con la mayor sinceridad, ya que su aporte permitirá ayudar a otras familias a superar vulneraciones de derechos.

I.- ANTECEDENTES PERSONALES DEL ADULTO RESPONSABLE DEL NIÑO/A O ADOLESCENTE

1.- Comuna actual de residencia _____

2.- Sexo Masculino _____
 Femenino _____

3.- Edad _____ años cumplidos

4.- Nivel educativo

- Sin escolaridad
- Con escolaridad y analfabeto
- Enseñanza básica incompleta
- Enseñanza técnica superior incompleta
- Enseñanza básica completa
- Enseñanza técnica superior completa
- Enseñanza media incompleta
- Enseñanza superior incompleta
- Enseñanza media completa
- Enseñanza superior completa



5.- Estado civil

- Soltero
- Casado
- Divorciado
- Viudo

6.- Situación actual

- Casado, vive con cónyuge
- Casado y separado de hecho, vive con un conviviente
- Casado y separado, vive sin pareja
- Soltera, con conviviente
- Soltera, sin pareja
- Divorciado, vive con conviviente
- Divorciado, sin pareja

- Viuda, con pareja
- Viuda, sin pareja

7.- Número de Hijos/as

- Ninguno
- Entre 1 y 2
- Entre 3 y 4
- Entre 5 y 6
- Más de 6

8.- Tipo de parentesco que tiene con el niño o adolescente de esta causa.

- Madre
- Padre
- Abuelo/a
- Tío/a
- Hermano/a
- Otros. Especifique _____



9.- Situación laboral

- Cesante
- Dueña de casa
- Trabajador eventual
- Jubilado
- Pensionado
- Trabajador dependiente
- Trabajador independiente
- Otros. Indique _____

10.- ¿Es parte de estos programas o beneficios de la red estatal?

Programas:

- Chile Solidario
- Chile crece contigo
- Ninguno
- Otros, indique _____

Beneficios:

- SUF
- Becas
- Pensiones de invalidez
- Pensión de vejez
- Otros, especifique _____

11.- Si no realiza un trabajo remunerado, indique de dónde proviene su ingreso mensual.

- SUF
- Pensión Alimenticia
- Ayuda de terceros
- Subsidios estatales.
- Otros. Indique _____



12.- El ingreso familiar mensual total corresponde a la cantidad de:

0 - 100.000

101.000 -200.000

201.000 – 300.000

301.000 – 400.000

Mayor a 400.000

13.- Previsión

- | | |
|------------------------------------|---------------------------------|
| <u>Social</u> | <u>Salud</u> |
| <input type="checkbox"/> AFP | <input type="checkbox"/> FONASA |
| <input type="checkbox"/> IPS | <input type="checkbox"/> ISAPRE |
| <input type="checkbox"/> CAPREDENA | <input type="checkbox"/> PRAIS |
| <input type="checkbox"/> DIPRECA | |
| <input type="checkbox"/> NINGUNA | |

14.- ¿Ha sido condenado por algún delito?

SI Causa: _____

NO

15.- ¿Usted o algún integrante de su grupo familiar presenta o ha presentado problemas de?:

Salud física

Salud mental

Consumo de alcohol

Consumo de drogas

Ninguna de las anteriores

Todas las anteriores

II.- ANTECEDENTES DE VIVIENDA



16.- Tipo de vivienda que habitan

Pieza

Mediagua

Vivienda básica

Vivienda básica mejorada

Departamento

Otros. Indique _____

17.- Tenencia de la vivienda que habitan

Propia

Arrendada

Cedida

Allegados

Adquirientes

Otro. Indique _____

III.- A nivel Familiar

18.- ¿Con quién vive en la actualidad? Marque las que corresponda

- Cónyuge
- Padres
- Hijos
- Conviviente
- Hijos de su cónyuge o pareja
- Nietos
- Bisnietos
- Otros familiares. Indique cuáles _____

19.- ¿Participa en redes sociales?

Si _____ No _____

En caso que su respuesta sea sí. Especifique

Redes primarias

- Familiares
- Amigos
- Vecinos



Redes secundarias

- Junta de Vecinos
- Grupos recreativos
- Comités
- Otros

Redes Institucionales

- Tribunales de Justicia
- Corporación de Asistencia Judicial
- Consultorio, Hospitales
- Escuelas, Colegios.
- Carabineros
- Sename
- Municipalidad
- Otro

20. ¿En qué tipo de grupo u organización social participa? Marque las que correspondan

- Político
- Religioso
- Deportivo
- Cultural
- Social
- Gremial
- Ninguno
- Otros

Especifique _____

21.- ¿Sus recursos socioeconómicos y culturales son suficientes para dar adecuada respuesta a las necesidades de su grupo familiar?

- Siempre
- A veces
- Nunca

IV.- RESPECTO A TRIBUNAL DE FAMILIA

22.-El adolescente o menor es vulnerador de derechos

Si especifique _____ No

23.- ¿Cuál (es) fueron los derechos vulnerados? que dieron origen a la presente causa? *

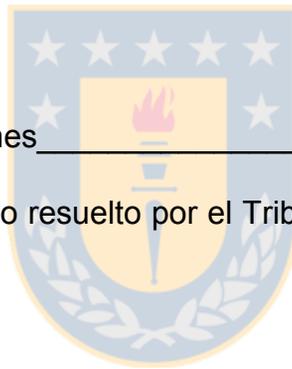
- Negligencia en cuidados básicos (ej: mala alimentación, descuido en aseo personal, ausentismo escolar, etc.)
- Maltrato físico leve
- Maltrato físico grave
- Maltrato psicológico leve
- Maltrato psicológico grave
- Testigo de violencia intrafamiliar
- Declaración de padres como incompetentes en su rol
- Conflictiva relación con padres o adultos a cargo
- Conflictiva relación en la escuela
- Inhabilidad de uno o ambos padres

- Padres consumidores de sustancias psicoactivas (alcohol y/o drogas)
- Abuso sexual
- Problemas en la escuela
- Otros. Especifique _____

(* Pauta SENAME)

24.- Si fue por vulneración de Derechos del Niño ¿Quién fue el responsable?

- Padre
- Madre
- Ambos padres
- Abuelo
- Abuela
- Ambos abuelos
- Tío
- Tía
- Ambos tíos
- Otros. Indique quién o quienes _____



25.- ¿Estuvo de acuerdo con lo resuelto por el Tribunal de Familia de Coronel en esta causa?

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

26.- ¿Estuvo de acuerdo con lo resuelto por el Tribunal de Familia de Coronel en relación a la vigilancia?

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

V.- RESPECTO AL CLÍNICO

27.- ¿Quiénes participaron de la intervención?

- Padre
- Madre
- Niño o adolescente(s) ¿Cuántos? Especifique _____

- Abuelo
- Abuela
- Ambos abuelos
- Tío
- Tía
- Ambos tíos
- Otros Indique quien/es _____

28.- ¿Recuerda como se llamaba la persona que realizó la intervención?

SI Especifique _____ NO

29.- ¿Cada cuánto tiempo sostenía contacto con ustedes?

- Una vez a la semana
- Cada 15 días
- Una vez al mes
- Cada dos meses
- Nunca
- Otro. Especifique _____

30.- El contacto que mantenía con usted era preferentemente:

- Personal
- Vía telefónica
- Otro. Especifique: _____



31.- ¿Cómo calificaría el vínculo que existió entre usted y el profesional que los atendió?

- Muy bueno
- Bueno
- Regular
- Suficiente
- Insuficiente

32.- ¿Las acciones realizadas eran adecuadas a los intereses y necesidades de la familia?

- Siempre
- Frecuentemente
- Rara Vez
- Nunca

33.- ¿Cómo considera Ud. que fue la intervención del profesional?

- Muy satisfactoria
- Satisfactoria
- Medianamente satisfactoria
- Insatisfactoria

34.- ¿Qué destaca de la intervención realizada por el profesional? (Si es necesario marque más de una opción).

- Atención inmediata
- Comprensión con su problema
- Atención completa y exclusiva
- Trato cortés
- Expresión de interés por su problemática
- Receptividad a preguntas
- Eficiencia (prontitud en las respuestas)
- Eficacia (resolución de problemas)
- Atención a los reclamos
- Responsabilidad y puntualidad
- Empatía
- Confianza
- Asertividad
- Otros.Especifique: _____



35.- ¿Cree que sus sugerencias tuvieron una buena acogida por parte del clínico?

- Siempre
- Frecuentemente
- Rara Vez
- Nunca

36.- ¿Durante las intervenciones qué metodologías utilizó el profesional?

- Talleres
- Videos
- Exposiciones
- Unidades educativas
- Juegos
- Otros. Especifique: _____

37.- Cómo considera las metodologías y técnicas utilizadas por el profesional (talleres, videos, unidades educativas, entrevistas, visitas domiciliarias, etc.

- Muy bueno
- Bueno
- Regular
- Suficiente
- Insuficiente

38.- ¿Cómo considera la frecuencia de las atenciones que se le hicieron en el domicilio?

- Muy bueno
- Bueno
- Regular
- Suficiente
- Insuficiente

39.- ¿Considera que el tiempo dedicado por el Clínico para cada sesión fue el adecuado?

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo



VI.- RESPECTO A LOS ASPECTOS PROPIOS DE LA INTERVENCIÓN

40.- ¿Cómo considera Ud. la información recibida en cada sesión?

- Muy buena
- Buena
- Regular
- Suficiente
- Insuficiente

41.- ¿Las temáticas abordadas en cada sesión fueron útiles?

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

VII .- ASPECTO DE SU PARTICIPACIÓN EN EL PROCESO DE INTERVENCIÓN

42.- Participó activamente en cada una de las actividades realizadas durante las sesiones

- Siempre
- Frecuentemente
- Rara Vez
- Nunca

43.- ¿Se sintió motivado en cada una de las sesiones realizadas durante el proceso?

- Siempre
- Frecuentemente
- Rara Vez
- Nunca

44.- ¿La información que le proporcionó al profesional fue completa y veraz?

- Siempre
- Frecuentemente
- Rara Vez
- Nunca



45.- ¿Otorgó toda la información requerida por el profesional?

- Siempre
- Frecuentemente
- Rara Vez
- Nunca

46.- ¿Llevaron a la práctica lo acordado con el profesional?

Si
No

Si su respuesta es sí, especifique quien o quienes:

- Niño o adolescente de autos
- Madre
- Padre
- Otros. Especifique: _____

Con qué frecuencia:

- Siempre
- Frecuentemente
- Rara Vez
- Nunca

VIII.- EVALUACIÓN GENERAL

47.- ¿Considera que se superó la problemática que dio origen a esta vigilancia?

- Totalmente
- Parcialmente
- En vías de superación
- No se superó
- No observado

48.- ¿Se han evidenciado cambios positivos en la familia después de la intervención?

- Muy de Acuerdo
- De acuerdo
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo
- No corresponde



49.- Los cambios logrados en esta intervención fueron:

- Permanentes
- Temporales
- Momentáneos
- No Observados

50.- ¿Con qué nota calificaría la atención brindada por el profesional a cargo de la vigilancia?

1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___ 7 ___

51.-¿Con qué nota calificaría su participación en el proceso de intervención?

1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___ 7 ___

52.- ¿Recomendaría la vigilancia a otras personas?

Si ___ No ___ Especifique la razón: _____

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

