



# **CVSM4. INFORME FINAL**

## **Evaluación de Impacto del Programa Familias Fuertes Convenio 519 de 2015**

Julio de 2016

**ALEJANDRO GAVIRIA URIBE**  
**Ministro de Salud y Protección Social**

**FERNANDO RUIZ GÓMEZ**  
**Viceministro de Salud Pública y  
Prestación de Servicios**

**CARMEN EUGENIA DÁVILA GUERRERO**  
**Viceministra de Protección Social**

**GERARDO BURGOS BERNAL**  
**Secretario General**

**ELKIN DE JESÚS OSORIO S.**  
**Director de Promoción y Prevención**

**GINA WATSON LEWIS**  
**Representante OPS/OMS Colombia**

**ARMANDO GUEMES**  
**LAURA RAMÍREZ**  
**Asesores Internacionales OPS/OMS**



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**



**Organización  
Mundial de la Salud**

OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**

**ANDRES SUANCA SIERRA**  
**Administrador Representación  
OPS/OMS Colombia**

**LUCY ARCINIEGAS MILLÁN**  
**Oficial de Programas y Gestión de  
Proyectos**

## REFERENTES TÉCNICO ADMINISTRATIVOS DEL CONVENIO

**ORLANDO SCOPPETTA**  
**Referente Técnico MSPS**

**ALEJANDRO MARIN**  
**Profesional a Cargo MSPS**

**ANA MARIA PEÑUELA**  
**Supervisión MSPS**

**DIANA MACELA PLAZAS**  
**Seguimiento MSPS**

**MARIA DEL PILAR DUARTE**  
**Seguimiento MSPS**

**JAIRO ACOSTA RODRIGUEZ**  
**Seguimiento MSPS**

**PATRICIA VEGA MORENO**  
**Administradora Convenios OPS/OMS**

**LUZ MARÍA SALAZAR**  
**Consultor Nacional OPS/OMS**

## CONSULTORÍA

**LINDA TERESA ORCASITA PINEDA**  
**Psicóloga-Magíster en Familia-Coordinadora**  
**JULIÁN ANDRÉS TAMAYO CARDONA**  
**Estadístico-Magíster en Logística**  
**PAULA ANDREA HOYOS HERNÁNDEZ**  
**Psicóloga-Magíster en Familia**  
**MARIA DEL SOCORRO PELAÉZ**  
**Psicóloga-Magíster en Familia**  
**ANA FERNANDA URIBE RÓDRIGUEZ**  
**Psicóloga-PhD. en Psicología Clínica y de la Salud**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA  
SECCIONAL CALI-COLOMBIA  
Universidad**

**GONZALO SOSA  
Psicólogo consultor FF**

Este documento ha sido elaborado en el marco del Convenio 519 de 2015 suscrito entre el Ministerio de Salud y Protección Social y la Organización Panamericana de la Salud.

Los productos resultantes del Convenio son propiedad de las partes. No podrán ser cedidos a ninguna persona natural o jurídica sin el consentimiento previo, expreso y escrito de la otra parte.

# Contenido

## Contenido

<b>1. Introducción</b>	<b>9</b>
<b>2. Referentes conceptuales, estado del arte</b>	<b>12</b>
2.1. Introducción	12
2.2. Adolescencia, Familia y salud	12
2.3. Consumo de sustancias psicoactivas y factores relacionados	16
2.4. Formas de consumo	20
2.5. Problemáticas asociadas al consumo de sustancias	21
2.6. Formas de evaluación	29
2.7. Estrategias y características de los programas de intervención	30
2.8. Estándares en la evaluación de programas	32
2.9. La investigación en programas para la prevención de consumo de sustancias psicoactivas	33
<b>3. Enfoque Metodológico de la Evaluación</b>	<b>41</b>
3.1. Fase I – Planteamiento de Evaluación	43
3.1.1. Fortalezas	44
3.1.2. Debilidades	44
3.2. Fase II - Selección de operaciones a observar	45
3.2.1. Control de Calidad de la Información	45

3.2.2.	Proceso de Construcción y Ajuste de Instrumentos.....	50
3.2.3.	Grupos Focales .....	52
3.2.4.	Indicadores de Evaluación de Impacto .....	53
3.3.	Fase III - Selección del Diseño de Evaluación .....	54
3.3.1.	Diseño Muestral .....	56
3.3.2.	Selección de la Muestra de Comparación y Control de Variables por Selección.....	59
3.4.	Fase IV – Recogida de Información .....	59
3.4.1.	Trabajo de Campo.....	59
	El trabajo de campo, también incluyó el levantamiento de información de las variables sociodemográficas para el grupo intervenido. Consistió en la realización de llamadas telefónicas a todos los participantes que tuvieran información de contacto telefónico, suministrado por el contratante. Se tenía información de contacto telefónico de 170 familias intervenidas, de las cuales sólo se logró obtener la información de las variables sociodemográficas de 82 familias. La tabla 16, resume los resultados de las llamadas realizadas. ....	61
3.4.2.	Procesamiento de la información.....	62
3.5.	Fase V - Análisis de Datos .....	62
3.5.1.	Componente cuantitativo .....	62
3.5.2.	Resultados de Evaluación de Impacto del Programa Familias Fuertes	75
3.5.3.	Componente Cualitativo .....	88

3.6.	Fase VI – Conclusiones, logros y desafíos .....	109
3.7.	Recomendaciones .....	116
<b>4.</b>	<b>Bibliografía .....</b>	<b>120</b>

## 1. Introducción

En este documento se presentan los principales aspectos que se tuvieron en cuenta para el desarrollo de la evaluación de impacto de resultados del programa Familias Fuertes: Amor y Límites adaptado del Programa Lowa Strengthening Families (ISFP), que es una intervención primaria de capacitación en habilidades de crianza y relación familiar para prevenir conductas de riesgo en jóvenes entre 10 y 14 años de edad. El programa tiene como objetivo general orientar a las familias provenientes de América Latina a mejorar la salud y el desarrollo de adolescentes entre 10-14 años y prevenir conductas de riesgo, a través de la promoción de la comunicación entre padres e hijos. La meta es fomentar un entorno de protección y prevención del abuso de sustancias y otras conductas que comprometen la salud de los adolescentes.

En el marco de esta consultoría se realizó la evaluación de impacto que tiene la función de identificar el efecto real del programa en la relación familia y en la prevención de las conductas de riesgo (tabaco, alcohol, drogas, etc.) que comprometen la salud de los adolescentes. Para ello se han desarrollado instrumentos de evaluación para realizar comparaciones entre grupos intervenidos y a través del tiempo. El grupo consultor retomó estos instrumentos, ajustó y diseñó los componentes necesarios para el objetivo de la convocatoria que fortaleciera la medición de la planificación, el proceso y los resultados. La información de la población objetivo toma de insumo las 1.000 familias participantes en 5 departamentos de los 10 departamentos intervenidos por el Ministerio de Salud y Protección Social: Antioquia, Boyacá, Caldas, Quindío y Risaralda que terminaron el programa hace (12), dieciocho (18) y (24) meses de finalizada la implementación del programa, e incluirá una muestra para el caso del grupo comparado. A partir de estos referentes, se incluye en el proceso de evaluación un grupo de comparación con características similares a las familias intervenidas. Finalmente, se realizó un diseño metodológico mixto que incluye metodologías cuantitativas y cualitativas para la evaluación de impacto que permite la triangulación metodológica como procedimiento de investigación (Vera y Villalón, 2005), se aproxima a las tendencias generales de la población y provee detalles particulares de los procesos. Se retoma la idea de Bonilla y Rodríguez (1997), que invita a la superación de la polaridad entre abordajes cuantitativos y cualitativos y se acoge a la complementariedad en las descripciones y explicaciones de este fenómeno.

En ésta la evaluación de impacto realizada en la presente convocatoria pretendía a través de una evaluación externa realizar una valoración sistemática y objetiva del impacto del programa de intervención que debe “dar respuesta a determinadas preguntas e impartir orientación a los encargados de tomar decisiones y a los administradores de programas, así como para obtener información que permita determinar si las teorías e hipótesis básicas que se utilizaron al formular el programa resultaron validas, que surtió efecto o no y por qué”. Para dar respuesta, la Pontificia Universidad Javeriana Seccional Cali, se presentó como proponente dada las diversas experiencias a nivel de pregrado, posgrado, investigación y desarrollo de consultorías a partir de la experticia a

nivel de docencia y el trabajo con familias y comunidades vinculadas al tema objeto de la presente convocatoria en el marco de los grupos de investigación a los cuales pertenecen los docentes vinculados al proceso de consultoría, con trayectoria de más de 15 años.

La propuesta de realizar esta evaluación es pertinente y justificada para el panorama actual, en tanto que a partir de ésta se logra generar recomendaciones para ajustar el desarrollo del programa de intervención específicamente en la población intervenida a partir de las demandas encontradas en el proceso de evaluación. Además, a partir del conocimiento de los resultados obtenidos acerca del proceso de evaluación se generan posibles estrategias de acción nacional a partir de la misma población, desde un enfoque de derechos humanos que reconoce el derecho de las familias y los adolescentes a vivir un entorno familiar que provea condiciones de protección, incluyendo el contexto inmediato en que se desarrolla el joven.

Este conocimiento puede tener un impacto positivo en la prevención de comportamientos de riesgo para la salud y en el empoderamiento y participación de los jóvenes y los padres de familia para el desarrollo y puesta en marcha de sus propios derechos y un impacto en el contexto en el que se desarrollan los jóvenes teniendo en cuenta la considerable influencia social, permitiendo la asunción de responsabilidades y funciones en el progreso de su comunidad, así como su efecto multiplicador en otros jóvenes pares, en la escuela y sus principales agentes de socialización. Las fuentes de evaluación de impacto, seguimiento y monitoreo son herramientas claves que permiten de forma colectiva y duradera la construcción de acciones en la formulación de planes y programas locales en el marco de la salud en jóvenes fortaleciendo la capacidad científica regional y nacional.

La evaluación del impacto es un tema ampliamente tratado a escala nacional e internacional. Para el caso de la evaluación del impacto social de los proyectos incluye a la comunidad. Actualmente, el concepto de impacto social incluye no sólo los resultados previstos sino también aquellos que no se previeron. Igualmente, contempla los efectos, tanto positivos como negativos que se pudieran presentar luego de la implementación de un determinado programa o proyecto en un grupo social o una comunidad.

Refiriéndose a la evaluación, varios autores están de acuerdo en manifestar que es un proceso que posibilita el conocimiento de los efectos de un proyecto o programa en relación con las metas propuestas y los recursos movilizados. Se considera que la evaluación es el proceso mediante el cual se determina hasta qué punto se alcanzaron las metas propuestas (Stufflebeam y Shinkfied, 1993). En el modelo de evaluación que propone este autor, se consideran las intenciones del programa, las metas y objetivos de comportamiento y los procedimientos que son necesarios poner en práctica para realizarlo con éxito. El objetivo principal de la evaluación es descubrir la efectividad de un programa y para esto, se toma como base de comparación sus objetivos, a la luz de la relación entre los objetivos y sus presuposiciones.

Stufflebeam y Shinkfied (1993) define la evaluación como el proceso de identificar, obtener y proporcionar información útil y descriptiva sobre el valor y el mérito de las metas; la planificación, la realización y el impacto de un objeto determinado, con el fin de servir de guía para la toma de decisiones; solucionar los problemas de responsabilidad y promover la comprensión de los fenómenos implicados. Así, los aspectos claves del objeto que deben valorarse incluyen sus metas, su planificación, su realización y su impacto.

La definición realizada por la ONU en 1984, expresa que la evaluación constituye el proceso en que se determina, de manera sistemática y objetiva, la pertinencia, eficiencia, eficacia e impacto de las actividades en relación con los objetivos planteados para la realización de estas. La finalidad de la evaluación, de acuerdo con esta definición, es la mejora de las actividades en su desarrollo, para contribuir en la planificación, programación y la toma de decisiones. *Menou (1993)* afirma que la evaluación del impacto de la información debe tender a establecer los criterios tangibles que posibiliten la medición de la relevancia que puede tener la información en función del desarrollo. Y opina que para efectuar una evaluación de este tipo se debe partir del análisis del equilibrio entre información y desarrollo, a fin de decidir el o los métodos idóneos para realizar el proceso, crear el marco inicial para la investigación en el terreno y proyectar la continuidad del proceso a largo plazo.

El proceso de evaluación del impacto de la información en el desarrollo parte de varias premisas, entre las que se encuentran:

De acuerdo con *Menou (1993)* enfatiza en que se deben adecuar los indicadores de medición al tipo de situación o acción que se determine evaluar. Existen varios términos que se utilizan para distinguir los distintos tipos de evaluación. Una clasificación muy interesante es la que ubica la evaluación como integrante del ciclo de vida del proyecto, que se revela en las distintas etapas o fases de la intervención. Según *Abdala (2004)*, en la etapa que se cumple antes del inicio de la ejecución de determinado programa, se evalúan: el contexto socioeconómico e institucional, los problemas identificados, las necesidades detectadas, la población objetivo, los insumos y las estrategias de acción. En el caso de la evaluación *durante*, el autor explica que esta se desarrolla durante la ejecución del programa y se evalúan las actividades e identificando los aciertos, errores y dificultades. Para la evaluación *final*, que corresponde al culminar la ejecución se detectan, registran y analizan los resultados. Con la evaluación *post*, que se realiza tiempo después (meses o años) de concluida la ejecución, se valoran los resultados mediatos y alejados, consolidados en el tiempo.

De acuerdo con *González (s.f)*, la evaluación *post* entraña un análisis de efectos y resultados del programa una vez ejecutado y finalizado. La autora expresa que los elementos de la evaluación *post* son: eficacia, eficiencia, pertinencia, viabilidad e impacto. Como puede observarse, sitúa la evaluación de impacto dentro de la evaluación *post*. Sin embargo, enfatiza en que la evaluación de impacto es más amplia que las evaluaciones de eficacia y efectividad por cuanto incluye todos los efectos posibles, tanto positivos como negativos, previstos o no previstos, locales, regionales o nacionales y mide las consecuencias que

determinada acción tuvo sobre el medio, consecuencias que pueden ser económicas, técnicas, sociales, culturales, políticas ecológicas u otras.

*Baker* (2000) entiende por evaluación de impacto, el análisis que tiene como objetivo determinar de manera más general si un programa produjo los efectos deseados en las personas, hogares e instituciones y si esos efectos son atribuibles a la intervención del programa. La autora expone que este tipo de evaluación permite además, examinar las consecuencias no previstas en los beneficiarios, sean éstas positivas o negativas, en lo cual coincide con otros autores anteriormente citados. Sandoval opina que la evaluación de impacto mide los cambios en el bienestar de los individuos que pueden atribuirse a un programa o a una política específica y establece que los objetivos de este tipo de evaluación son proveer información y ayudar a mejorar su eficacia.

## 2. Referentes conceptuales, estado del arte

### 2.1. Introducción

Uno de los propósitos fundamentales de la realización de un estado del arte es realizar una revisión de los principales conceptos, estrategias y experiencias profesionales e investigativas sobre el temático objeto de estudio o evaluación. En este caso el objetivo es contribuir a la fundamentación teórica y metodológica para evaluar el efecto del programa Familias Fuertes en padres y adolescentes en cinco Departamentos de Colombia.

Por tanto, las hipótesis que se evaluaron es que el programa mejoraría las relaciones familiares, aumentaría las conversaciones sobre uso de drogas y otras conductas de riesgo, y mejoraría el uso de la disciplina positiva.

El presente documento incluye una contextualización sobre la situación actual de los jóvenes y sus familias en Colombia; de igual forma, se establece la importancia de la familia como actor fundamental en la salud de los adolescentes. El énfasis principal está sobre el consumo de sustancias psicoactivas y los factores relacionados (formas de consumo, problemáticas y formas de evaluación); al igual, que las estrategias y características de los programas de intervención, la evaluación de los mismos y las diferentes investigaciones que soportan la metodología utilizada en el proyecto.

### 2.2. Adolescencia, Familia y salud

En investigaciones recientes, se encuentra que en la etapa de la adolescencia hay mayor vulnerabilidad y prevalencia para adoptar comportamientos de alto riesgo para la salud (Alsinet, Pérez y Agulló, 2003; Espada, Quiles, y Méndez, 2003; Piña, 2004; Piña y Urquidi, 2004; ONUSIDA, 2006; Uribe, Orcasita y Vergara, 2010), por lo que se encontró que gran parte de los jóvenes tienen

prácticas que incrementan la vulnerabilidad frente a riesgos asociados a sus condiciones de salud, en donde no están presentes medidas de protección; igualmente los estudios evidencian que aunque se tiene información sobre promoción y prevención en salud, ésta no es suficiente para que adopten conductas preventivas.

Específicamente en Colombia los estudios resaltan que los adolescentes están expuestos a diversos comportamientos de riesgo, los autores enfatizan que esto puede ser causa de la percepción de invulnerabilidad que tienen los adolescentes, sumado a los conocimientos insuficientes frente a las problemáticas del entorno. Igualmente los autores relacionan que dentro de los factores que influyen en la adopción de estos comportamientos está el bajo nivel de comunicación familiar y la supervisión de los padres (Navarro y Vargas, 2005; Vásquez, Argote, Castillo, Mejía y Villaquirán, 2005; Vinaccia, Quiceno, Gaviria, Soto, Gil, y Ballester, 2007).

La Organización Mundial de la Salud define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, paralelamente clasifica bajo el concepto de juventud el periodo que comprende entre los 15 y los 24 años y finalmente concibe como gente joven a quienes tienen de 10 a 24 años de edad (OMS, 2001). La adolescencia es un período de rápido desarrollo en el que los jóvenes adquieren nuevas capacidades y se encuentran ante muchas situaciones nuevas (Stassen, 1997), donde surgen un sin número de cambios en las diversas áreas, lo cual implica un abordaje integral para su comprensión. Este periodo, que trae consigo una serie de cambios significativos (cambios biológicos, iniciación de relaciones sexuales, el inicio de la toma de decisiones sobre su futuro, entre otras), que retan al sujeto a definir su identidad (Larson y Ham, 1993 citado por Stassen, 1997).

De esta manera, este proceso por el que pasan los adolescentes para definirse a sí mismos, está relacionado con el intento de integrar su personalidad, considerando sus propias emociones, pensamientos y conductas en coherencia entre una situación o relación y otra. Posteriormente, esta búsqueda constante de una identidad propia se expande cuando el adolescente trata de integrar su sentido del yo con los diversos roles que se relacionan con el hecho de dejar de ser niño y convertirse en un adulto. En los intentos por establecer su identidad, los adolescentes se van haciendo conscientes de que deben asumir nuevos roles y responsabilidades propios de los adultos y que poseen una mayor libertad en la toma de decisiones, las cuales pueden tener efectos a largo plazo en sus vidas.

Por su parte Choquet (1991) citado por Alsinet, et al. (2003), realizó investigaciones sobre los posibles riesgos de los adolescentes mediante encuestas epidemiológicas. De esta manera, le fue posible a partir de su análisis realizar una clasificación de las conductas consideradas problemáticas. En un primer grupo, se encuentran las conductas tales como: conductas delictivas, comportamientos violentos, consumo de sustancias psicoactivas y ausentismo escolar. En segundo lugar, se agrupan sintomatologías corporales que afectan el funcionamiento normal del organismo como: problemas de sueño, problemas relacionados con las conductas alimentarias, depresión, bulimia, anorexia y el

intento de suicidio. En el último grupo, se encuentran los aspectos asociados a los síntomas y conductas ya mencionados, los cuales se refieren a variables de personalidad, sociodemográficas y relaciones sociales.

Durante la adolescencia, los sistemas de apoyo social se enfrentan a cambios radicales, debido a que su esfera relacional se extiende más allá de la familia dando cabida a los amigos, compañeros de colegio, pareja, etc, al sistema de apoyo (Vaux, 1985 citado por Cumsille y Martínez, 1994). Pese a que el sistema de apoyo social del adolescente se expande, y se cree que éste se caracteriza por la prevalencia del grupo de pares y que la familia pasa a un segundo plano, una serie de estudios de autores como Billings y Moos (1982); Felner, Aber, Primavera y Cauce (1985) citados por Cumsille y Martínez (1994), han destacado el importante papel que juega la familia en este periodo de transición de la niñez a la adultez, demostrando que existen relaciones significativas entre el ambiente familiar percibido y el funcionamiento psicológico del adolescente.

Toledo et al., (2000), señalan que los grandes cambios biológicos, psicológicos y sociales, generan en el adolescente gran incertidumbre y angustia. Lo cual puede traer como consecuencia conflictos y llevar al adolescente a desarrollar conductas de riesgo, como delincuencia, drogadicción, alcoholismo, promiscuidad sexual, embarazo temprano, suicidio, etc. Por estas razones se relaciona que el adolescente vive en una etapa de vulnerabilidad. La manera en que el joven resuelva las tareas propias de esta etapa de la vida (definir su identidad, elegir su vocación, estudio, trabajo, amistades, pareja estable, independencia de su familia, etc.) determinarán su integridad psicosocial futura. En cambio, si el adolescente tiene dificultad en resolver estas tareas, se generan comportamientos sociales inadecuados reflejados en su vida general.

Es allí, donde las intervenciones deben estar enfocadas para que tanto padres como profesores comprendan este proceso de cambios (biológicos, psicológicos, afectivos y sociales) que se están produciendo en el joven, para poder brindarle herramientas que le permitan adaptarse a su medio social y a un nuevo rol en la vida. Es fundamental que el adolescente cuente con redes de apoyo que lo protejan (familia, colegio, grupo de pares), le entreguen afecto, un espacio donde se sienta querido, valorado, escuchado, comprendido, donde se fortalezca el autoconocimiento y se dé información acerca de los cambios que está experimentando. Además, esas redes deben ayudarlo a desarrollar confianza en sí mismo y un comportamiento y manera de comunicarse más asertiva. Todas las destrezas que el adolescente adquiera le ayudarán hoy para el futuro (Toledo, et al., 2000).

De acuerdo con las revisiones de investigaciones realizadas con relación al apoyo social en la adolescencia, diferentes autores han afirmado sobre la necesidad de disponer de una buena red de apoyo social ya que es fundamental para asegurar su capacidad de afrontamiento a los numerosos eventos negativos que tendrá que superar, ante todo el papel que desempeñan las familias (Bravo y Fernández, 2003); Barra, Cancino, Lagos, Leal y San Martín, 2005); Barra, Cerna, Kramm y Veliz , 2006), Además, las personas que perciben menos apoyo

están más predispuestas a experimentar trastornos emocionales y físicos cuando enfrentan altos niveles de estrés, en comparación con las personas que disponen de ese apoyo.

En este orden de ideas, estos autores resaltan la importancia de que casi todas las evidencias respecto a las relaciones entre estrés, estado emocional, apoyo social y salud provienen de estudios realizados con adultos de diferentes edades, pero falta mucha información acerca de si tales relaciones ocurren en etapas más tempranas, como la adolescencia. Estas relaciones entre el adolescente y su red familiar y relacional son de gran importancia para fines de prevención y promoción de la salud.

Toledo et al., (2000), afirman que la familia puede ser fuente de satisfacción de las necesidades básicas del joven o pueden transformarse en un agente patógeno cuando no cumplen bien su rol. Cuando la familia funciona con una disciplina ruda o excesivamente autoritaria o exigente puede ocasionar sentimientos de fracaso en los hijos. La mejor protección contra influencias antisociales es crecer en una familia con fuertes vínculos afectivos, disciplinas con reglas claras y en que los padres enseñan valores y pautas de conducta socialmente aceptadas y donde ellos a su vez, son vivo ejemplo de lo que le enseñan. Los adolescentes criados en un ambiente así tendrán más probabilidad de respuestas adaptativas sanas. Sin embargo, son diversas causas que pueden llevar a adoptar conductas de riesgo. No siempre toda la responsabilidad es ejercida por la familia. Existen factores personales, biológicos, heredados, factores ambientales y sociales que afectan e influyen en generar conductas de riesgo en los adolescentes.

La familia como institución básica de la sociedad se basa en las relaciones de afecto y consanguinidad entre sus miembros, y sus funciones principales son la reproducción, la economía y educación de sus hijos a través de la transmisión de la experiencia histórico social y de los valores de la cultura a los nuevos miembros, así como las tradiciones y normas de la vida social (Martín & Reyes, 2003). La influencia familiar es fundamental en la determinación de comportamientos de riesgo para la salud de sus miembros y sobre todo de los más jóvenes. A través de la comunicación familiar se transmiten valores, concepciones, acciones y comportamientos.

En conclusión, podría decirse que la adolescencia constituye un periodo en el que el joven se encuentra en constante búsqueda de su identidad. En este proceso de construcción de la identidad interviene de manera decisiva en la vida del adolescente la familia y los amigos. Estos dos grupos son considerados como dos grandes fuentes de apoyo en esa transición de la infancia a la vida adulta por la que el adolescente atraviesa. Sin embargo, aunque existen muchos aspectos positivos con respecto a estas fuentes de apoyo, algunas veces las relaciones que los adolescentes establecen con uno u otro grupo, pueden no resultar beneficiosas; en otras palabras, dicho apoyo puede contribuir tanto a la adopción de conductas protectoras como a la adopción de conductas de riesgo por parte de los adolescentes. Finalmente, no se puede dejar de lado la presión social

como una variable que de igual manera, puede incidir en los comportamientos de riesgo en adolescentes.

### **2.3. Consumo de sustancias psicoactivas y factores relacionados**

El consumo de sustancias psicoactivas (SPA) es una problemática que no sólo afecta el desarrollo de la sociedad, sino que también es un resultado de los desajustes de ésta (Obando, Trujillo y Trujillo, 2014). De acuerdo con el Reporte Mundial de Drogas del año 2015 realizado por United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC, 2015), existen alrededor de 246.000 millones de personas entre 15 y 64 años que han consumido este tipo de sustancias en el mundo. Se estima que 27 millones personas en el mundo presentan consumo abusivo o dependencia, casi la mitad de ellos consume sustancias inyectables y de estos, 1,65 millones tiene VIH. Debido a la insuficiencia de servicios de salud en los países, solo 1 de cada 6 consumidores problemáticos de drogas recibe tratamiento en el mundo, muchos de ellos pierden la vida por sobredosis (UNODC, 2015).

Los datos disponibles sobre consumo de SPA en los países son escasos, pero sirven para esbozar tendencias mundiales; comparado con informes de años anteriores, el consumo de opiáceos se mantuvo estable, mientras que el consumo de cocaína disminuyó y el consumo de cannabis y fármacos sin prescripción va en aumento. El consumo de estimulantes tipo anfetaminas ha presentado muchas variaciones de una región a otra (UNODC, 2015). Ante el control de drogas tradicionales aparecen sustancias que son vendidas como sustitutos con efectos similares, de los cuales se tiene escaso conocimiento sobre sus verdaderos efectos a corto, largo y mediano plazo, se estima que existen 500 de estas nuevas sustancias psicoactivas (UNODC, 2015).

En los últimos años, se ha evidenciado un aumento en el consumo de sustancias por parte de los adolescentes, encontrándose que las sustancias más consumidas son el alcohol, el tabaco y el cannabis, siendo el alcohol la que mayores índices de consumo presenta entre esta población (Alvarez-Aguirre, Alonso-Castillo y GuidorizziZanetti, 2014; Baltasar-Bagué et al., 2014; Fuentes, Alarcón, García y Gracia, 2015; Herrera Batista, Ruiz Candina y Martínez Betancourt, 2014). Este hecho podría estar relacionado con los cambios y la maduración a nivel neurobiológico y comportamental (Trezza, Baarendse y Vanderschuren, 2014); asimismo, el consumo de alcohol en edades tempranas puede predecir el consumo durante la adultez (Baltasar-Bagué et al., 2014).

La mayoría de adolescentes del mundo están localizados en países en vías de desarrollo, y el impacto negativo del consumo del alcohol es especialmente notable en estos países. Las investigaciones sobre la relación entre salud mental y consumo de alcohol ha estado localizadas principalmente en países desarrollados (Balogun, Koyanagi, Stickley, Gilmour y Shibuya, 2014), y en los últimos 16 años, se ha encontrado que el inicio de abuso de alcohol, cada vez

aparece en edades más tempranas entre los 11 a 14 años (Alfaro González et al., 2014; Granville-García et al., 2014; Lopes, AraújoNóbrega, Del Prette y Scivoletto, 2013; Ruiz Candina, Herrera Batista, Martínez Betancourt y SupervilleMezquida, 2014) presentándose el fenómeno del “bingedinking”, es decir, atracones de alcohol. De igual forma, se encontró que el patrón de consumo más frecuente en los adolescentes es los fines de semana, y los lugares más comunes son los bares o pubs y las discotecas, siendo la cerveza la bebida de mayor consumo (Alfaro González et al., 2014).

Si bien, la tendencia mundial es que el consumo de alcohol se incrementa conforme los adolescentes crecen (Goldberg-Looney et al. 2015), en México se encontró relación entre la edad de inicio de consumo de alcohol y la edad de inicio de consumo de drogas ilícitas. De esta manera entre más tarde se inicie el consumo de alcohol, más tarde se iniciará el consumo de sustancia psicoactivas ilícitas como el cannabis y las anfetaminas (Villegas-Pantoja, Alonso-Castillo, Alonso-Castillo y Martínez-Maldonado, 2014). La sustancia ilícita más consumida en el mundo es el cannabis y sus consumidores representan entre el 75% y el 80% de los consumidores totales de SPA (UNODC, 2015).

En lo relacionado a los tipos de sustancias psicoactivas consumidas por los jóvenes, Alvarez-Aguirre et al. (2014), Granville-García et al. (2014) y Trujillo y Flórez (2013), afirman que el alcohol y el tabaco son las “drogas iniciales” y, por lo tanto, su consumo significa un mayor riesgo en el uso de drogas ilícitas. Por ejemplo, Lopes et al. (2013) aseguran que el consumo de alcohol se asocia con el uso de otras sustancias como los solventes, el cannabis, el tabaco, los ansiolíticos, las anfetaminas y la cocaína. Además, autores como Herrera Batista et al. (2014) aseguran que los primeros acercamientos y contactos con sustancias psicoactivas ilegales aparecen en la adolescencia tardía, cuando ya los jóvenes han tenido contacto con sustancias legales.

Igualmente, se ha encontrado que la relación con las drogas por parte de los adolescentes surge por etapas, iniciando con el uso experimental, a veces en contextos sociales, siguiendo al uso casual y la intensificación gradual de la frecuencia, ya sea como forma de recreación o el uso regular, lo cual incrementa la posibilidad de abuso (Baltasar-Bagué et al. 2014; Lopes et al., 2013). Entre las diferencias de consumo según el género, Alfaro González et al. (2014), encontraron que los hombres consumen más cantidad de alcohol y de sustancias psicoactivas ilegales que las mujeres, tanto entre semana como los fines de semana, aunque ambos géneros presentan cantidades similares de intoxicaciones etílicas al año (Herrera Batista et al., 2014).

De los 33 países del continente americano, en 12 de ellos más del 10% de su población escolar menor de 14 años ha probado cannabis al menos una vez en su vida, y la cifra se eleva a 30% en los estudiantes de 17 años. Sin embargo, al comparar el consumo entre adolescentes y adultos, al parecer no todos los que experimentan con el cannabis en la adolescencia lo siguen consumiendo en la adultez (Organización de los Estados Americanos [OEA], 2013). Los estudiantes de grado octavo son los más jóvenes de todos los estudios y al menos el 30% de ellos había consumido alcohol en el último mes en Argentina, Colombia y San

Vicente y las Granadinas. Colombia es uno de los países con los mayores índices de consumo de alcohol en el último mes para toda la muestra de adolescentes, y la subregión de Sudamérica es la que tiene la prevalencia más alta para todo el hemisferio. Los chicos consumen más alcohol que las chicas en la mayor parte del continente; Sin embargo, en Estados Unidos, Antigua, Bahamas, Dominica, República Dominicana, Santa Lucía y Trinidad y Tobago son las chicas en relación a los chicos las que más consumen (Organización de los Estados Americanos [OEA], 2015).

En Suramérica el consumo abusivo del alcohol en los estudiantes que bebieron en el último mes oscila entre el 60% y el 70%, mientras que en el Caribe se sitúa entre un 40% y un 60%. Cabe destacar que a medida que el consumo de alcohol aumenta en el país, aumentan los consumidores adolescentes que lo hacen de forma abusiva. En cuanto al consumo de tabaco, en la mayoría de países el consumo se sitúa entre un 5% y un 10% con excepción de Argentina, Paraguay, Bolivia, Canadá y Colombia donde los valores son superiores a ese rango. La prevalencia de consumo de tabaco es mayor en los hombres respecto a las mujeres en la mayoría de países, excepto en Uruguay, Chile y Antigua y Barbuda. En Antigua y Barbuda, Canadá, Chile y Estados Unidos el consumo de cannabis en la población adolescente supera el 20%, pero la subregión de América del Norte es en donde se presenta mayor prevalencia de consumo de vida, año y mes (OEA, 2015). El consumo de inhalables es variado dentro de cada subregión, los países con porcentajes más altos están ubicados en el Caribe y los más bajos al norte y al centro del continente, el rango oscila entre el 0,5% y 11%. El consumo de opioides y opiáceos oscila entre un 0,7% y un 0,35%, e incluye el uso de medicamentos y heroína. Es difícil recolectar datos sobre el uso de estas sustancias porque no hay estándares mundialmente aceptados (OEA, 2015).

Según el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar (Observatorio de Drogas de Colombia, 2013) el 23,3% de los estudiantes colombianos manifestaron haber consumido tabaco, y dos terceras partes han consumido alcohol alguna vez en su vida. El consumo en el último año de cigarrillo está en alrededor del 10%, el de alcohol en 40%, y el de sustancias ilícitas en 8,6%. Discriminando el uso de sustancias por géneros se encuentra que los hombres son los mayores consumidores de tabaco, el consumo de alcohol entre ambos géneros es muy similar y en las sustancias psicoactivas ilícitas nuevamente son los hombres los que consumen en mayor proporción.

En general el uso de sustancias aumenta conforme aumenta también la edad. El inicio de consumo de alcohol aparece entre los estudiantes de sexto grado con un 19,4%, y de sustancias ilícitas el 5,3%. En las regiones de Boyacá, Antioquia, Risaralda, Bogotá y Caldas se registró mayor consumo de alcohol en el último mes anterior a la encuesta, las mismas regiones se mantienen para el consumo de sustancias ilícitas con excepción de Boyacá (Observatorio de Drogas de Colombia, 2013). Respecto a la disponibilidad de las drogas, los estudiantes colombianos manifestaron que podrían adquirir fácilmente alcohol 70,8%, cannabis 33,4%, bazuco 33,4%, cocaína 9,5%, éxtasis 7,9% y heroína 5% (Observatorio de Drogas de Colombia, 2011).

Se reportaron hábitos medidos en días de la semana y un 5% de los consumidores de alcohol en el último mes reportó beber a diario, el 11,7% lo hace de tres a seis días y el 24,1% uno o dos días por semana. El 12,1% de los encuestados ha consumido alguna sustancia ilícita alguna vez en su vida, y el 4,7% lo hizo en el último mes. La marihuana es la SPA ilícita más consumida por los adolescentes del país, el 7% admitió haberla usado. Otras sustancias reportadas son pegantes y/o solventes es de 1,8%, éxtasis alcanza al 0,8%, bazuco es de 0,5%, dick 2,7%, popper 1,4%, alucinógenos 1% y bebidas energizantes 19% (Observatorio de Drogas de Colombia, 2011). Por su parte, son las mujeres quienes presentan mayor percepción de riesgo respecto a los hombres en cuanto al tabaco, al alcohol, al cannabis, a la cocaína, al bazuco; por grupos etarios los adolescentes son quienes menor riesgo percibido tienen hacia el uso de SPA en general, aunque este suele aumentar conforme crecen las personas (Observatorio de Drogas de Colombia, 2013).

Por grupos etarios el mayor consumo de sustancias psicoactivas ilícitas se da entre los jóvenes de 18 a 24 años con un 8,7%, seguido por los adolescentes con un 4.8%, la sustancia más consumida por ellos es el cannabis con una tasa del 4.3%. De la población adolescente encuestada, un 18% reportó haber recibido ofertas de cannabis, el 1.8% bazuco y el 23% éxtasis (Observatorio de Drogas de Colombia, 2013).

Los consumidores de heroína se cuantifican de acuerdo a la cantidad de tratamientos solicitados en instituciones que atienden esta problemática, y según estos registros al parecer ha habido un aumento en el consumo. Hay dificultades para estimar la cantidad de consumidores de heroína por la clandestinidad con la que se realiza su consumo, mientras que los consumidores de inhalantes son difíciles de cuantificar por las condiciones de marginalidad que regularmente están asociadas a esta sustancia (Observatorio de Drogas de Colombia, 2013). En general, en Colombia el acceso a servicios de salud para drogodependientes de sustancias inyectables es muy limitado (Observatorio de Drogas de Colombia, 2015).

Hay un déficit de información que se manifiesta en cantidad, calidad y confiabilidad de la misma, lo que impide contar con este recurso para la toma de decisiones. La respuesta institucional al problema de consumo de drogas sigue siendo insuficiente para contener la demanda. Las ONG internacionales que hacen seguimiento de las acciones para combatir el problema de las drogas en Colombia han sugerido revisar el enfoque con el que se han realizado las acciones preventivas y realizar diagnósticos profundos sobre la problemática, adelantar estrategias articuladas interinstitucionalmente para combatir el problema (UNODC y Ministerio de Justicia y del Derecho, 2014).

Según el Reporte de Drogas de Colombia (Observatorio de Drogas de Colombia, 2015) en el país el consumo tiene tendencia a crecer no solo porque se reportan más consumidores sino también porque la oferta también ha crecido y se ha diversificado. Existen diferencias en las formas de consumo entre los estratos socioeconómicos, el consumo abusivo y dependencia se da más en estratos 1, 2 y 3, y el consumo de cocaína y éxtasis es mayor en estratos 4, 5 y 6. Alrededor

de medio millón de personas en Colombia tiene un consumo problemático de drogas. Se encontraron mayores tasas de transmisión de VIH y hepatitis B en consumidores de drogas inyectables, que puede deberse a prácticas sexuales de riesgo e inadecuado uso de materiales para la inyección.

Entre las drogas emergentes o nuevas sustancias psicoactivas reportadas en Colombia aparecen sustancias antiguas con nuevos componentes, es el caso del LSD y el éxtasis. Según un Sistema de Alertas Tempranas creado para detectar las nuevas sustancias psicoactivas en el país se han identificado 20 de estas sustancias (Observatorio de Drogas de Colombia, 2015).

En la Encuesta Nacional de Salud Mental realizada en el año 2015 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015) se encontró que algunas de las consecuencias del consumo de sustancias psicoactivas son: el trastorno depresivo, fobia social, estrés postraumático, trastorno de pánico en la vida e ideación suicida. Los hombres consumen en mayor proporción que las mujeres, la sustancia legal más consumida es el alcohol y la ilegal es el cannabis, la cual ha venido aumentando progresivamente. De los adolescentes entre 12 y 17 años encuestados, el 5,8% reportaron haber consumido tabaco, el 20,4% han consumido alcohol y el 3,5 % cannabis al menos una vez en la vida, y de estos el 84,7 continúan consumiendo y el 5,2 % consumen en exceso; siguiendo la tendencia mundial, los hombres son los principales consumidores 25,2%, y además lo hacen en exceso. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

## 2.4. Formas de consumo

En un estudio de adolescentes argentinos (Cabrerizo, Varela y Lutz, 2014) se encontró una práctica común que consiste en mezclar varias bebidas alcohólicas y fármacos, a esto le llaman "jarra loca". Los adolescentes que lo practican muchas veces desconocen los medicamentos que se usan en esa mezcla y no tienen percepción del riesgo de las consecuencias de mezclar medicamentos con alcohol. Por otro lado, en un estudio español, la mayoría de los encuestados reconoce que mezclar drogas es peligroso para la salud (Baltasar-Bagué et al., 2014). Sin embargo, el 47,6% de los chicos y el 43% de las chicas creen que si se controla, ninguna droga genera adicción.

Algunos de los lugares más reportados por los adolescentes para beber son parques, karaokes, discotecas, locales de comida y casas de amigos sin restricción paterna (Cabrerizo et al. 2014; Yoon, Lam, Sham y Lam, 2015). En un estudio realizado con adolescentes chinos (Yoon et al., 2015), ellos manifestaron no beber hasta embriagarse porque no quieren hacer algo de lo que puedan arrepentirse, por temor a la reacción de sus padres y por el malestar que provoca la embriaguez, además beber en exceso es percibido como inapropiado entre sus pares. Sin embargo, la cantidad de alcohol no se limita dentro del grupo, se supone que cada persona debería conocer su límite, es decir, que la noción de consumo moderado puede ser discutible. Aunque beber alcohol tiene un gran valor grupal, no hay problema si alguien no bebe y tampoco se le obliga a ello. No obstante, algunos no bebedores se sintieron

incómodos cuando sus amigos bebían porque se sentían extraños, lo que los llevó a desarrollar estrategias para justificar su abstención. En la sociedad china es ampliamente aceptado el consumo de alcohol entre adolescentes (Yoon et al., 2015).

De los estudios revisados y haciendo un comparativo a nivel internacional, la edad media de inicio de consumo para diferentes tipos de sustancias psicoactivas es de 13 años en China (Yoon et al. 2015), 11 años en España (Cerezo, Méndez y Ato, 2013), 13 años en Argentina (Cabrerizo et al. 2014), 14 años en México (Villegas-Pantoja et al. 2014), 14 años en Cuba (Díaz-García, Urquiza, Hernández., Molina y Díaz-García, 2014), y 11,85 años en Colombia (Galván, Guerrero-Martelo, Torres, Torres y Sánchez, 2015).

Un estudio cubano que diferenció por géneros las edades de inicio de consumo encontró que las mujeres tenían la edad más baja (14 años), esto concuerda con estudios en Colombia que señalan que en edades tempranas predomina el consumo en las mujeres y más adelante, alrededor de los 19 años se consolida el consumo en los hombres (Díaz-García et al. 2014).

## 2.5. Problemáticas asociadas al consumo de sustancias

Tras la evaluación del consumo de drogas por parte de los jóvenes, se encontró que existen muchas variables asociadas al consumo de sustancias psicoactivas por parte de estos. Entre ellas se encuentran la tendencia a llevar a cabo conductas o tomas de decisiones que conllevan a situaciones de riesgo. Para identificar estas actitudes, KalebićMaglica y MartinacDorčić (2016) plantean el uso del modelo de prototipo/complacencia, en el cual se tienen en cuenta componentes de modelos de toma racional de decisiones, de teorías de razonamiento de la acción, y a partir de esta información; plantean que la toma de decisiones no siempre es intencional ni en los adolescentes ni en los adultos. En el caso de los adolescentes, afirman que muchas de las situaciones que los llevan a actuar de forma poco segura, aparecen sin que ellos tengan la intención de participar, no obstante, sus niveles de complacencia o voluntad los incentivan a engancharse en este tipo de actividades. En este caso, el término complacencia se entiende como la apertura que se tiene hacia oportunidades de riesgo, a lo que la persona está dispuesta a hacer en un ambiente que conduce al riesgo.

Teniendo en cuenta lo anterior y sumado a que el funcionamiento de los adolescentes los lleva a evadir los pensamientos relacionados con las consecuencias negativas de sus actos, especialmente de los comportamientos de riesgo, esta población tiene inconvenientes para realizar una secuencia de la toma de decisiones, la cual incluye pre-contemplar las consecuencias, tomar la decisión y posteriormente, evaluar aquella acción y lo que sucedió después. Esto lleva a pensar que el comportamiento de los jóvenes es voluble, llevando a que no sea ni racional ni intencional. Además de esto, se ha encontrado que los comportamientos de riesgo no los realizan solos, debido a que su componente principal son los prototipos sociales, por lo cual al tomar la decisión de llevarlos a

cabo, los chicos y las chicas tienen en cuenta esas imágenes o prototipos sociales.

Por su parte, Medruț (2014) planteó que las teorías de unión, las cuales se enfocan en las relaciones y las influencias de los pares, afirman que jóvenes menos conectados con los valores y las normas sociales tienen más posibilidad de entablar amistad con pares que presentan conductas antisociales, llevándolos a que presenten estos mismos comportamientos. Sin embargo, la relación del adolescente con sus pares no es unidireccional, por el contrario, hay una influencia mutua de las dos partes. Por ejemplo, un adolescente que entra a formar parte de un grupo en el que sus integrantes consumen sustancias psicoactivas, lo hace porque se relaciona con aquello que él o ella es o disfruta hacer, es decir, con su voluntad. En este aspecto tiene relación la familia, pues si un chico o chica proviene de una familia con altos niveles de conflicto, la probabilidad de que forme parte de un grupo con comportamientos antisociales es alta. A continuación, se especificarán cada uno de los factores que influyen o protegen a los jóvenes frente a situaciones de consumo de sustancias psicoactivas.

#### a) Factores Psicológicos/individuales

Entre los factores personales que conllevan al consumo de alcohol por parte de los adolescentes, se encuentra la falta de percepción del riesgo que esto implica en su comportamiento, así como la necesidad de buscar actividades que los alejen de su etapa de infancia y que le dé cierto status social en los contextos que frecuenta (Calero et al., 2015; Rosabal García, Romero Muñoz, Gaquín Ramírez y Hernández Mérida, 2015). Esto puede explicarse por el hecho de que el alcohol permite que se desencadenen ciertas habilidades sociales que son facilitadoras de la relación entre los adolescentes, llevándolos a que establezcan un referente cultural entre el consumo de alcohol y diversión (Cabrerizo et al., 2014).

Herrera Batista et al. (2014) y Medruț (2014) encontraron que entre los factores de riesgo presentes en los jóvenes al momento de iniciar a consumir sustancias psicoactivas, se encuentra el desconocimiento o falta de educación en lo relacionado a las consecuencias que tiene el consumo de estas sustancias. Un ejemplo de esto, encontraron que para los adolescentes, el alcohol no es un tipo de droga dañina, para ellos es una "droga blanda", por lo que creen que tiene poca probabilidad de ser adictiva y de ser la puerta al uso de otras sustancias. Lo mismo sucede con la marihuana, identificando que los chicos y las chicas, subestiman los efectos perjudiciales que trae su uso o abuso (Herrera Batista et al., 2014). Además, el deseo de experimentar con las sustancias fue el motivo de iniciación más señalado por los y las participantes de un estudio realizado en España (Baltasar-Bagué et al. 2014). La mayoría de los chicos y chicas creen que los jóvenes toman alcohol porque la mayor parte de sus amigos lo hacen, y alrededor de la mitad piensan que el alcohol ayuda a olvidar los problemas.

Igualmente, se ha encontrado que poseer un rendimiento académico bajo, repetir curso, haber fumado en al menos una ocasión, el consumo de drogas,

escaparse de la escuela, robar con frecuencia, acceder a videos con contenido sexual en internet, mantener un estado de ánimo negativo, tener relaciones sexuales en las que haya penetración, el estrés, la ansiedad y la depresión, la necesidad de transgresión que surge durante el proceso de autonomía, la reafirmación de la identidad y el déficit para postergar, planificar y considerar las consecuencias de los actos que llevan a cabo, son factores personales que se relacionan con la ingesta de alcohol y de otras sustancias psicoactivas en adolescentes (Alfaro González et al., 2014; Granville-García et al., 2014; KalebićMaglica y MartinacDorčić, 2016; Lopes et al., 2013; Rosabal García et al., 2015).

Un estudio realizado en España se centró en observar las diferencias por género en las formas de consumo. Una de las diferencias encontradas es la condición socioeconómica de las mujeres, que era precaria en la mayoría de los casos a diferencia de la de los hombres, quienes contaban incluso con cualificación profesional. Este hallazgo corresponde con otros estudios que señalan que la mayor vulnerabilidad socioeconómica de la mujer está relacionada con la adicción a sustancias psicoactivas (Ortiz García y Clavero Mira, 2015).

Aunque participantes de ambos sexos manifestaron tener una ruptura de pareja, en el caso de las mujeres éste apareció como desencadenante de consumo problemático. El hecho de tener hijos representa un obstáculo adicional para las mujeres en el proceso de rehabilitación. Para justificar su consumo, ellos señalan la falta de aspiraciones, las relaciones sociales y la inseguridad; mientras que ellas señalan depresión, falta de afecto, ser víctimas de abuso o doble dependencia (a su pareja y a la droga, que generalmente están unidas porque él es consumidor). En cuanto a los estilos de consumo siguen habiendo diferencias entre varones y mujeres, ellas consumen en la intimidad del hogar y suelen consumir recurrentemente y a veces en mayor cantidad que los varones; en la forma de conseguir las sustancias también hay una diferencia significativa pues muchas veces ellas son financiadas por hombres y a cambio deben tener relaciones sexuales con ellos, o directamente venden su cuerpo para conseguir dinero para comprar, por otro lado los hombres suelen conseguirlo robando. Además hay un estigma mayor para las mujeres consumidoras que para sus homólogos hombres, y este puede ser aún mayor si son madres (Ortiz García y Clavero Mira, 2015).

La figura de la mujer consumidora aparece como transgresora del mandato patriarcal para su género (controlada, monógama, buena esposa, buena madre), tanto para ella misma como para los otros, lo que le genera doble discriminación (por mujer y por adicta) y vergüenza, llevándola a ocultar el consumo. Estas representaciones sociales pueden generar más obstáculos para que las mujeres reconozcan el problema y accedan a tratamientos de rehabilitación. En la mujer la baja autoestima asociada al consumo aparece en relación a abusos sexuales y físicos (Ortiz García y Clavero Mira, 2015).

Los datos muestran que ellas tienen mayores barreras para acceder a los tratamientos. Dependiendo de la sustancia el consumo también varía, ellos tienen mayor vulnerabilidad al cannabis, cocaína y anfetaminas mientras que

ellas la tienen a los fármacos. Adicionalmente la población femenina de consumidores de drogas inyectables tiene mayor prevalencia de VIH que la masculina (UNODC y Ministerio de Justicia y del Derecho, 2014).

De igual forma, existen factores de protección propios que alejan a los jóvenes del consumo y del abuso de sustancias. Alvarez-Aguirre et al. (2014), Lopes et al. (2013) y Schinke, Schwinn, Hopkins, y Wahlstrom (2016) plantean que variables como la asertividad y la resiliencia están relacionados con el consumo de alcohol, debido a que altos niveles de presencia de estas dos habilidades permiten a los adolescentes enfrentarse a las diferentes dificultades que puedan aparecer en sus contextos, sin requerir del uso de bebidas alcohólicas para evadir o solucionar los problemas, como lo son el manejo de la presión social y las invitaciones, por parte de pares, a consumir drogas. Adicional a esto, Schinke, Schwinn y Hursh (2015) afirman que poseer asertividad apropiada, además de habilidades de afrontamiento, una auto-imagen positiva, la habilidad para resistirse a las influencias de los medios de comunicación, ser capaces de lidiar con el conflicto y tener autoeficacia, son otros factores que protegen a los adolescentes y disminuyen las posibilidades de que consuman drogas.

La autoestima académica también aparece como factor de protección al consumo de drogas. Las expectativas académicas juegan un rol importante porque aquellos estudiantes que esperan continuar con sus estudios consumen menos sustancias que aquellos que piensan abandonarlos (Sánchez-Sosa et al., 2014). Los resultados de un estudio colombiano (Lopez-Quintero y Neumark, 2015) muestran que las metas de los adolescentes tienen que ver con su decisión de abstenerse ante una o muchas posibilidades de usar drogas, si ellos perciben que sus objetivos no son compatibles con el consumo. A mayor autoeficacia y habilidades para resolver problemas mayores probabilidades de abstención al consumo.

Investigaciones realizadas en Noruega (Burdzovic, Pape y Bretteville-Jensen, 2016) y Colombia (Lopez-Quintero y Neumark, 2015) señalan que los adolescentes con creencias negativas frente al cannabis y conocimientos sobre sus daños tendrían más posibilidades de rechazarlo, esto podría significar que es útil y efectivo que reciban mensajes al respecto.

En Colombia los adolescentes tienen percepción del riesgo de uso de drogas, pero más hacia el consumo frecuente que al esporádico. Respecto al uso esporádico de alcohol y tabaco, los más jóvenes (estudiantes de 6, 7 y 8 grado de secundaria) tienen mayor percepción del riesgo que los mayores (estudiantes de 9, 10 y 11 grado de secundaria). No obstante, respecto a las sustancias psicoactivas ilícitas la tendencia es que la percepción del riesgo aumenta conforme se hacen mayores (Observatorio de Drogas de Colombia, 2011).

## **Factores Familiares**

El contexto familiar se conoce como el primer y más importante núcleo de socialización en la vida de los seres humanos, es ahí donde se adquieren valores,

actitudes y creencias que son clave para el funcionamiento y la adaptación de los niños, y adolescentes a la sociedad. Además el funcionamiento familiar se asocia a los ajustes psíquicos de los adolescentes, su autoestima, éxito escolar y trastornos del comportamiento (Rosabal García et al., 2015; Tripković, Frančišković, Marković, Paradžik y Andrić, 2014). Es por esto, que todo aquello que suceda o no en la familia se convierte en un factor de prevención o de riesgo en el consumo de los menores (Fuentes et al., 2015; Trujillo y Flórez, 2013).

Uno de los factores familiares asociados al consumo de alcohol por parte de los adolescentes, es el nivel de estudio de los padres, siendo un factor de riesgo el hecho de que los progenitores sólo posean un nivel elemental o no posean estudios (Alfaro González et al., 2014). En lo relacionado al estrato socioeconómico de las familias, Aura et al. (2016) encontraron que esta variable tiene una relación directamente proporcional al riesgo de abusar o consumir alcohol. De esta manera, a menor estrato socioeconómico y a menor estatus del trabajo de los padres, los chicos y chicas presentaban menor riesgo de uso de estas sustancias; mientras que en casos en los que los padres tenían un mejor empleo y la familia tenía más posibilidades socio-económicas, existía mayor riesgo de consumir alcohol. Todo esto debido a que los chicos y chicas presentan más recursos económicos para la compra de sustancias éticas.

De igual forma, Aura et al. (2016) encontraron que vivir en zona rural tiene relación con el mayor consumo de alcohol, y relacionaron este hecho con la existencia de una mayor permisividad y menor control por parte de los padres. A partir de esto, se evidencia que el control parental es un factor decisivo, y al ser menor, se aumenta la probabilidad de consumo por parte de los hijos e hijas, sobre todo en familias monoparentales (Matejevic, Jovanovic y Lazarevic, 2014; Rützel et al. 2014; Trujillo y Flórez, 2013). Es por esto que, cuando en la familia se evidencian limitaciones al momento de cumplir con su función protectora y socializadora, aparece en alguno de los miembros actitudes violentas y consumo de sustancias psicoactivas.

Así como también, al haber presencia de consumo de sustancias por parte de uno o ambos padres, representa un factor de riesgo en el consumo de los adolescentes, debido a que esto genera desorganización y caos en la interacción familiar, como consecuencia de la falta o ambigüedad de las reglas y límites (Barbosa González et al., 2014; Echeburúa y De Corral, 2009; Fuentes et al., 2015; KalebićMaglica y MartinacDorčić, 2016; Lopes et al., 2013; Maciel de Freitas y Villar Luis, 2015; Obando et al., 2014; Ribeiro Gomes et al., 2014; Ruiz Candina et al., 2014). Además el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes puede ser interpretado como una protesta hacia ese rechazo familiar (Matejevic et al., 2014). Aunque, en contraste a estos planteamientos, Trujillo y Flórez (2013) plantean que en algunos casos, los adolescentes observan las consecuencias negativas del consumo de sustancias psicoactivas por parte de los padres, ya sea el malestar o las discusiones que esto genera en la dinámica familiar, lo que serviría como un factor de protección en los hijos.

Asimismo, adolescentes chinos reportaron que muchas veces los mismos padres estimulan el consumo de sus hijos en eventos sociales y familiares, con el ánimo

de que 'aprendan a beber apropiadamente', algunas veces incluso son forzados a ello (Yoon et al. 2015). La primera vez que prueban alcohol muchas veces se hace por curiosidad, pero muchos adolescentes reportaron que no les gustó el sabor por ser amargo o raro. Se observa que la evolución de esas primeras experiencias con el alcohol hacia el consumo regular está asociado a la vida en sociedad y a la celebración de eventos especiales como cumpleaños, navidad, graduaciones, etc. Otra motivación que aparece es la capacidad del alcohol para generar alegría y desinhibición en quien lo bebe (Yoon et al., 2015).

En cuanto a los factores de protección presentes en las dinámicas familiares, se encontró que mantener buenas relaciones con los padres, la presencia de apoyo familiar, la protección y un monitoreo fuerte por parte de los padres, son un patrón de protección frente al consumo de sustancias etílicas (Alfaro González et al., 2014; Aura et al., 2016; Barbosa González et al., 2014; Schinke et al., 2015; Schofield et al., 2015). Igualmente, a nivel familiar, también se destacan vínculos seguros entre padres e hijos, la presencia de un estilo educativo con autoridad, la comunicación familiar clara y abierta sobre todo en el tema de consumo de sustancias psicoactivas, una organización familiar que sea flexible y la aceptación de los problemas y la búsqueda de formas para resolverlos por parte de la familia (Burdzovic et al., 2016; Cerezo et al., 2013; Ezpeleta Ascaso, 2005; Fuentes et al., 2015; Galván et al., 2015; Goldberg-Looney et al., 2015; Obando et al., 2014; Sánchez-Sosa et al., 2014; Trujillo y Flórez, 2013). Por último, se ha encontrado que durante la crianza es importante que haya una combinación entre afecto e imposición por parte de los padres. De esta forma, aceptar a los hijos, pero también imponer normas y reglas en el hogar de manera equilibrada, funciona como factor protector frente al consumo de drogas (Fuentes et al., 2015).

## **Factores Sociales**

Durante la adolescencia, se da inicio a la fase de individuación, momento en el cual él o la adolescente entra en conflicto con las creencias o conductas de los padres, debido a que amplía su percepción de vida en general y de ciertas situaciones en particular. Estas circunstancias generan tensiones a nivel familiar, las cuales llevan a los jóvenes a crear relaciones más profundas con sus pares, en las cuales se busca personas para compartir y ampliar la perspectiva con la que se ve la vida en ese momento. Estas relaciones, dan lugar a la aparición de nuevas experiencias entre las que se experimenta con el alcohol y el tabaco, en búsqueda de libertad, aumentando así la probabilidad de consumir otras sustancias psicoactivas (Barbosa González et al., 2014).

Para Alfaro González et al. (2014) entre los factores sociales que conllevan al consumo de alcohol se encuentran la tolerancia y la aceptación a nivel social que se percibe en relación al consumo de esta sustancia, a la vulnerabilidad de los jóvenes, a la necesidad de aceptación y permanencia en su grupo, así como el consumo y la presión por parte de los pares (Aura, Sormunen y Tossavainen, 2016; Baltasar-Bagué et al., 2014; Barbosa González et al., 2014; Díaz-García et al., 2014; Galván et al. 2015; Gatti et al., 2015; Han et al., 2014; Kalebić Maglica

y MartinacDorčić, 2016; Maciel de Freitas y Villar Luis, 2015; Obando et al., 2014; Schinke et al., 2016; Schofield et al., 2015; Yoon et al., 2015).

En España, un estudio muestra que los adolescentes le atribuyen efectos funcionales al consumo de tabaco al creer que este facilita las relaciones sociales (Baltasar-Bagué et al. 2014). Vale hacer la distinción entre consumidores esporádicos y consumidores abusivos, en el primer caso el consumo puede corresponder a un deseo de experimentación y exploración y en el segundo a una falta de autocontrol y autorregulación (Sánchez-Sosa, Villarreal-González, Ávila, Vera y Musitu, 2014).

Por su parte, Muñoz-Rivas y Graña Gómez (2005) y Calero et al. (2015) afirman que el uso de sustancias psicoactivas por parte de los pares, aumenta la probabilidad, predice el inicio y la frecuencia de uso y abuso de estas por parte de los adolescentes, además del tipo de droga que se consumirá. Siendo este uno de los factores de mayor influencia en los jóvenes. Este hecho también funciona en el sentido contrario, es decir, si el chico o la chica identifica en sus pares normas y actitudes claras en contra del uso de drogas, esto servirá como factor de protección mucho más fuerte y significativo que la influencia o protección de los padres o familiares.

Teniendo en cuenta lo planteado hasta el momento, se evidencia que el proceso de socialización en los jóvenes conlleva a crear relaciones con sus pares, las cuales influyen en las percepciones, en el razonamiento socio-moral, en las creencias, valores y demás aspectos de la vida de los individuos. Se ha encontrado que factores personales de los adolescentes, tales como la autorregulación, la autoestima y el afecto positivo, servirán de protección frente a conductas de riesgo que se desarrollen en este tipo de relaciones. Por el contrario, chicos y chicas que presenten conductas agresivas, tendencia a romper o incumplir las normas y a tomar riesgos, presentan mayor riesgo de influencia por parte de los pares al momento de realizar actividades como consumir alcohol o sustancias psicoactivas y/o llevar a cabo actos delictivos (Han, Grogan-Kaylor, Delva y Xie, 2014).

Entre los factores de protección relacionados con las actividades diarias de los adolescentes y sus pares, Barbosa González et al. (2014) y Obando et al. (2014) plantean que incluir actividades de tipo física-deportivas y que los adolescentes perciban como divertidas, conlleva a que se mantenga un estilo de vida saludable y, a su vez, garantiza la prevención del uso de sustancias psicoactivas. Asimismo, se plantea que hacer parte y practicar una religión junto con la presencia de creencias morales, le permite a los adolescentes pertenecer a un grupo y de compartir con sus pares valores y normas, las cuales rechazan el consumo de sustancias psicoactivas, convirtiéndose en un factor de protección (Graville-García et al., 2014); Obando et al., 2014); Schinke et al., 2015).

## **Factores Educativos**

En lo relacionado al ámbito escolar y a las relaciones que ahí surgen, se ha encontrado que en estos contextos también pueden existir variables que promuevan o conlleven al uso de alcohol por parte de los adolescentes, entre estas se encuentra un entorno escolar pobre a nivel de materiales, baja satisfacción en el colegio y fallas en lo académico (Aura et al., 2016). En muchas ocasiones, en el contexto educativo, tanto niños como jóvenes son sometidos a muchos tipos de relaciones entre ellos y sus pares, tales como el acoso escolar en el que los jóvenes pueden cumplir diferentes roles como el de acosador, acosador-víctima o víctima. El cumplimiento de estos roles y estar involucrado en este tipo de situaciones, representan un factor de riesgo en la vida psíquica, facilitando la aparición de problemas como el consumo de drogas (Carmona-Torres, Cangas, Langer, Aguilar-Parra y Gallego, 2015). Aura et al. (2016), también afirman que las normas propuestas por los colegios a los que asisten los adolescentes, si son adecuadas, reduce la posibilidad de uso de sustancias psicoactivas. Asimismo, la buena relación con los profesores, sentirse involucrado en la toma de decisiones en el colegio, tener un sentimiento de pertenencia hacia estas instituciones y tener un buen rendimiento académico, son factores de protección presente en los ámbitos educativos (Alfaro González et al., 2014; Aura et al., 2016; Schinke et al., 2015).

Por tanto, el consumo de sustancias psicoactivas por parte de adolescentes conlleva a la aparición de problemáticas en todas las esferas de la vida de los sujetos. Un ejemplo de ello son las alteraciones a nivel cerebral, especialmente durante la adolescencia, cuando suelen aparecer alteraciones a nivel de conducta y de memoria, ocasionando trastornos de aprendizaje (Alfaro González et al., 2014). Además, es posible que se presenten problemáticas asociadas a la violencia, a conductas de riesgo en las relaciones sexuales, accidentes de tráfico, muertes ya sean por suicidio o por homicidio, dificultades a nivel interpersonal, deserción y bajo rendimiento escolar, depresión, ansiedad, problemas de salud, arresto, entre otras (Alfaro González et al., 2014; Alvarez-Aguirre et al., 2013; Calero, Schmidt y Bugallo, 2015; Kalebić Maglica y MartinacDorčić, 2016; Lopes et al., 2013; Murphy, McPherson y Robinson, 2014; Obando et al., 2014; Ribeiro Gomes, CastanheiraNascimento, IossiSolva, de Campos y Pillon, 2014; Schofield, Conger y Robins, 2015; Soellner, Göbel y Scheithauer, 2014; Trezza et al., 2014). Igualmente, el consumo por parte de adolescentes puede traer conflictos a nivel familiar, ya sea en su relación con los padres o los hermanos, los cuales, si ya estaban presentes anteriormente, se agudizan (Barbosa González et al., 2014).

Si bien, el consumo de sustancias psicoactivas en ocasiones tiene como consecuencia la aparición de conductas violentas y de delincuencia en los jóvenes, debido a que reduce la percepción de riesgo, también se ha encontrado una relación a nivel bilateral. Por su parte, Gatti et al. (2015), Obando et al. (2014) y Trezza et al. (2014) plantean la existencia de la relación entre cometer actos criminales durante la adolescencia y el diagnóstico de trastorno de personalidad antisocial con la aparición del consumo y abuso de alcohol y demás sustancias en años posteriores, todo esto debido a los cambios a nivel psicológico, físico y social que tienen lugar durante esta etapa.

## 2.6. Formas de evaluación

Para realizar evaluaciones sobre el consumo de sustancias psicoactivas por parte de adolescentes, Alfaro González et al. (2014), plantearon preguntas relacionadas con el consumo de alcohol (tipo y cantidad), las variables sociodemográficas, el rendimiento escolar, las actividades o la forma en la que se utiliza el tiempo libre y de ocio, el consumo de sustancias psicoactivas, las conductas presentadas durante el consumo, presencia o ausencia de experiencias de maltrato, las relaciones con los demás, la alimentación y sexualidad. Por su parte, Barbosa González, Segura López, Garzón Muñoz y Parra Bustos (2014) a través de entrevistas a profundidad se logran identificar u obtener información , las sobre los problemas específicos, manejando originalmente unos temas de foco; más no es una entrevista estructurada, debido a que durante el diálogo, se motiva la aparición de ciertos temas, permitiendo que la persona entrevistada exponga libremente de sus opiniones y creencias frente a las temáticas planteadas y que aquello que diga sea profundo y claro. El foco de la entrevista fueron las relaciones familiares, los vínculos establecidos con sus pares, la importancia de ellos en su toma de decisiones, las historias en torno al inicio y mantenimiento del consumo, sus relaciones afectivas significativas y su proyecto de vida actual.

En un estudio realizado por Fuentes et al. (2015), para identificar las variables familiares y sociales relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes entre los 15 y 17 años, se aplicó a los participantes el Cuestionario de Consumo de Drogas (Fuentes et al., 2015), en el cual se preguntaba de forma directa y específica la frecuencia y la cantidad con las que había consumido alcohol, tabaco, cannabis y otras sustancias en los últimos 30 días. De igual forma, se suministró la Escala de estilos de socialización parental en la adolescencia (Musitu y García, 2001), en la que se evaluó la percepción que tenían los sujetos acerca de la forma en la que sus padres actuaban en 29 situaciones, en 13 de ellas los jóvenes cumplían con las normas y reglas establecidas en las familias y en las otras 16, no lo hacían. Por último, se aplicó la Escala de riesgo percibido en el barrio (Sampson, Raudenbush y Earls, 1997) haciendo uso de la adaptación de la escala de violencia percibida en el barrio en el que residían, indagando sobre la existencia o ausencia de peleas con armas, las discusiones violentas entre vecinos, las peleas que surgían entre las bandas, la presencia de agresiones sexuales o violaciones y los robos, todo esto durante los últimos seis meses.

Por su parte, en una investigación realizada para identificar la relación entre actos delictivos y el consumo de alcohol en adolescentes entre los 12 y 16 años, Gatti, Soellner, Bräker, Verde y Rocca (2015) utilizaron cinco variables que permitieran a los participantes dar cuenta del consumo de esta sustancia, indagando así sobre su consumo durante toda su vida, la ingesta de las últimas cuatro semanas, si se habían o no emborrachado alguna vez, el consumo de cinco o más unidades de alcohol la última vez que tomaron y, por último, el riesgo al consumo de alcohol al que estaban expuestos. Para finalizar, durante el

estudio realizado por Granville-García et al. (2014), se les aplicó a adolescentes cuyas edades oscilaban entre los 10 y 19 años, un cuestionario semi-estructurado en el que las preguntas relacionadas con el uso de alcohol, indagaban sobre los patrones de consumo (uso en la vida, en años previos, en los meses previos y la frecuencia de uso), el tipo de bebidas, las personas y lugares con las que llevaban a cabo esta actividad y la forma de adquisición estas sustancias. Además, indagaban sobre los factores asociados a esta actividad, como lo son el género, la edad, la escuela, el trabajo, la religión, la práctica de deportes, la relación con los padres y el perfil de estos.

Como se puede observar, existen diferentes escalas, cuestionarios y metodologías tanto cuantitativas como cualitativas que permiten la evaluación y caracterización del consumo de sustancias dependiendo de las características de la población objeto de estudio.

## **2.7. Estrategias y características de los programas de intervención**

Considerando que se debe buscar una forma de abordar las problemáticas de consumo y abuso entre jóvenes, surge la necesidad de identificar las características o enfoques con los que deben contar los programas de intervención en la población consumidora. Para Lopes et al. (2013) los puntos principales al momento de tratar a individuos con adicción a sustancias psicoactivas son la promoción y el mantenimiento de la abstinencia, la evaluación y el tratamiento de trastornos psiquiátricos asociados al consumo y el direccionamiento de factores personales y familiares. Para estos autores, es primordial que los adolescentes participen en actividades sociales y de ocio, en las que se adquieran o consoliden habilidades necesarias para un óptimo desarrollo de los aspectos cognitivos y emocionales. Además, afirman que al momento de diseñar el programa de intervención se deben considerar aspectos individuales y el papel otorgado de la familia debe ser activo.

Generalmente, las instituciones que trabajan con adolescentes consumidores o con problemáticas de abuso de sustancias psicoactivas, enfocan los programas de rehabilitación al trabajo de la resocialización, teniendo en cuenta que el uso de estas sustancias, en ocasiones, conlleva a la aparición de conductas delincuenciales o los lleva a buscar la forma de ejercer poder en sus relaciones interpersonales. En el trabajo con consumidores se debe trabajar en la modificación del lenguaje, en la adquisición de hábitos de vida saludables, en el cumplimiento de las normas de convivencia, en el fortalecimiento de creencias religiosas y en la planeación de su proyecto de vida. En este proceso, se recomienda la participación personas que hayan sido resocializadas y ahora sean orientadores (Barbosa González et al., 2014).

Se ha encontrado que los programas preventivos en las Américas se discriminan entre comunitarios (50%), escolares (73%), orientados a grupos vulnerables (53%). Un gran porcentaje de los servicios de prevención los prestan

organizaciones de la sociedad civil que no cuentan con financiación permanente ni con capacitación adecuada (OEA, 2013). Entre los métodos de intervención que se utilizan en América Latina, Herrera Batista et al. (2014) reportaron que en un centro de adicción de Cuba, se realizan tratamientos de deshabitación, psicoterapia y rehabilitación para la sociedad. También, afirman que se hace énfasis en el hecho de que la adicción es una enfermedad crónica incurable, por lo cual la única posibilidad de reincorporación a la sociedad es que la persona adicta se abstenga absolutamente de consumir algún tipo de sustancia psicoactiva.

Se ha encontrado que existen factores que influyen en el éxito o fracaso de los tratamientos de rehabilitación de pacientes con adicción a sustancias psicoactivas. Estos pueden ser de tipo biológico, siendo el estado de salud general y la coexistencia de enfermedades un elemento clave durante esta etapa, debido a que el abuso de sustancias jugaría el rol de aliviador de estrés; de tipo psicológico, en este caso, se encuentra la capacidad para aprender estrategias de afrontamiento, como el cambio atencional, el autocontrol y mantenerse a distancia, y ser responsable de la propia rehabilitación son vitales durante el proceso de resocialización, es por esto que los primeros momentos de la intervención deben enfocarse en ayudarlo a la persona a ganar confianza en sí misma y adquirir la habilidad de rechazar drogas (Petrova, Zavarzina, Kytianova y Kozyakov, 2015).

Junto a los factores individuales, están otros que influyen en el tratamiento, como es el caso de factores del programa que se aplique, estos hacen referencia al periodo de rehabilitación, las medidas de ésta, la forma en la que se lleva a cabo, y las condiciones que se requieren para ingresar a uno de estos programas. Existen estudios que plantean la existencia de tres tipos de tratamiento en casos de rehabilitación: a) la terapia cognitiva y de comportamiento, que se enfoca en la corrección de la baja autoestima, las distorsiones que esta conlleva y el pensamiento negativista; b) la terapia motivacional, la cual hace énfasis en que el paciente se haga consciente del desarrollo de su poder personal y aquellos recursos propios que serían de gran ayuda para parar el consumo de sustancias; c) y la táctica de uso de "12 pasos", siendo este un sistema de recuperación basado en grupos de apoyo y tareas de paso-a-paso (Petrova et al., 2015).

Entre los factores sociales planteado por Petrova et al. (2015), para el éxito de la rehabilitación, se encuentran contar con el apoyo de la familia, participar en diferentes actividades mientras dura el proceso de rehabilitación, vivir en una comunidad en la que no haya consumo de drogas y tener un alto nivel de adaptación social y laboral, y de participación social. Por último, estos autores hacen referencia a los factores espirituales, encontrando que aquellas personas que hicieron parte de un tratamiento basado en la religión demostraron cambios positivos en relación a su actitud hacia las reglas o normas, las relaciones familiares, la honestidad, los niveles de agresividad y la autoconfianza; no obstante, en los casos en los que la rehabilitación no tuvo un enfoque espiritual, los sujetos redujeron sus niveles de ansiedad durante el proceso de resocialización y después de este. En general, las personas con bases religiosas

manifestaron su participación en valores tradicionales y altruistas, como la familia, la fe y la honestidad, mientras que aquellos que no eran religiosos, presentaron un acento en el desarrollo del valor de la amistad y en la armonía en la vida y en su interior.

## 2.8. Estándares en la evaluación de programas

Es reconocido por la comunidad científica, que la evaluación de impacto de resultados se enmarca en el enfoque de investigación evaluativa, la cual debe servir de herramienta para la toma de decisiones políticas y técnicas y abarcar la recolección y análisis de datos cuantitativos y cualitativos. En la recolección, análisis y divulgación de datos se debe tener en cuenta la importancia de abordar diferentes variables como sexo, edad y variables socioeconómicas que permitan identificar vulnerabilidades específicas, y análisis con perspectiva de género y de ciclo vital, así como relacionar las variables demográficas con aspectos tales como la pobreza, la zona geográfica, la educación y, en general, las condiciones de calidad de vida de las personas.

La propuesta se enmarca en la línea de evaluación externa del programa de intervención Familias Fuertes dirigido a padres de familia, adolescentes y jóvenes en Colombia, al que anteceden instrumentos y protocolos de evaluación previos en otros países donde se ha implementado el programa. Acorde con los términos de referencia, la presente propuesta plantea un diseño de investigación cualitativo y cuantitativo (mixto) que facilitará el desarrollo narrativo de clasificaciones y taxonomías que permitirán detallar fenómenos, procesos y situaciones a través de la planificación de procedimientos e instrumentos para la observación, revisión y recolección sistemática de atributos y características de las diferentes unidades de observación; que posibilite la lectura de diversas realidades en contextos diferentes en un momento determinado del tiempo (análisis valorativo). Esto con el propósito de explorar posibles brechas en la concepción, implementación, operación y los resultados del Programa en el corto y mediano plazo con los grupos de jóvenes y familias participantes.

En el componente cuantitativo se recoge un abordaje con grupo comparado no equivalente. Debido a que la evaluación parte de grupos de intervención que ya se encuentran formados y, que aunque se asemejan como grupos, no aseguran la equivalencia entre ellos; en este diseño de investigación, no se selecciona al azar la muestra participante de la investigación (Hernández, Fernández-Collado y Baptista, 2006; Bernal & Peña, 2011). Lo anterior, permitirá determinar la pertinencia de los objetivos, el grado de desarrollo del Programa de intervención y la eficacia con las familias intervenidas. Se espera que la consultoría proporcione información válida y útil, que permitirá integrar los resultados como herramienta para los tomadores de decisiones para el fortalecimiento del modelo de atención y su operación en el ámbito nacional.

En el desarrollo de la investigación evaluativa se utilizarán técnicas tanto cualitativas como cuantitativas, abordajes que serán complementarios. Para la evaluación de resultados del Programa, se explorarán los beneficios y cambios en

conocimiento, comportamiento, habilidades, y actitudes de la población adolescente y sus familias; características que ameritan abordajes cualitativos que incluyen indagación en profundidad que permitan para construir una imagen más completa de la realidad que desentrañe los sentidos, entramados y motivaciones desde la visión de los beneficiarios, sus padres y madres, perspectiva metodológica que complementara y darán un mayor sentido al dato obtenido desde una aproximación cuantitativa.

## **2.9. La investigación en programas para la prevención de consumo de sustancias psicoactivas**

Al indagar sobre investigaciones en torno a programas enfocados a la intervención familiar para la prevención del consumo de SPA (sustancias psicoactivas) encontrados mediante la revisión de 10 artículos empíricos y 5 teóricos, se encuentra que en los últimos 7 años se han realizado más investigaciones a nivel europeo que a nivel latinoamericano y nacional; y las principales variables para el diseño de estos programas fueron estilos de crianza, conductas de riesgo en adolescentes, factores de riesgo familiares, frecuencia y tipo de sustancia consumida, expectativas y percepción final de los participantes acerca del programa de intervención. (Valenzuela, Ibarra, Correa y Zubarew, 2012; Correa, Zubarew, Valenzuela y Salas, 2012; Errasti et al., 2009; Orrego, Paino y Fonseca, 2015; Soto y González, 2014; Orpinas, Ambrose, Maddaleno, Vulcanovic, Mejia, Butrón, Sosa y Soriano, 2014 y Jiménez, Moreno, Oliva y Ramos, 2010).

Los programas se enfocaron en capacitación sobre riesgos en consumo de alcohol y SPA, capacitación en estilos educativos, entrenamientos de habilidades para modificar comportamientos hacia los padres e hijos; habilidades sociales, habilidades de relacionamiento asertivo, objetivos individuales enfocados hacia desarrollo de autocontrol, evaluación de la eficacia de programas para adolescentes y jóvenes con problemas de comportamiento o conductas disruptivas, bien sea en el ámbito escolar o familiar, teniendo en cuenta en el momento del análisis variables sociodemográficas, individuales, familiares y educativas; y finalmente, comparaciones entre adolescentes y familias con características similares que han recibido tipos de intervención semejante para conocer sobre el consumo de sustancias (Valenzuela, Ibarra, Correa y Zubarew, 2012; Correa, Zubarew, Valenzuela y Salas, 2012; Errasti et al., 2009; Kumpfer y Jhonson, 2007; Moral, Rodriguez, Ovejero y Sirvent, 2009; Lloret, Espada, Cabrera, Burkhart, 2013; Kumpfer, Fenollar, Jubani, 2013; Brook, Macdonald y Yan, 2012; Vásquez et al., 2010; Magalhães y Kumpfer, 2015; Orrego, Paino y Fonseca, 2015; Soto y González, 2014; Orpinas et al., 2014 y Jiménez, Moreno, Oliva y Ramos, 2010).

En esa línea de ideas los objetivos que se plantearon en estos programas retomaron los factores de riesgo evidenciados en la literatura (29,41%); atendieron objetivos enfocados a la comunicación entre padres e hijos (17,6%), consumo de SPA por parte de padres (9,4%) y también supervisión, disciplina y estilos de crianza (5,88%). Sin embargo, se ha encontrado que un alto

porcentaje de las intervenciones no cubren más de un factor de riesgo en sus objetivos, son pocos los estudios que han abordado en sus objetivos tres factores de riesgo para los adolescentes. Lo cual evidencia que las intervenciones que abordaron objetivos distintos a estos factores, aunque si han generado impacto a largo plazo en la prevención y reducción del consumo de sustancias, este impacto podría ser mayor. (Lloret, Espada, Cabrera y Burkhart, 2013).

Al indagar las características de los participantes en estos estudios, un 56,4% de la población objetivo de estos programas fue correspondiente a familias (Kumpfer y Jhonson, 2007; Moral, Rodríguez, Ovejero y Sirvent, 2009). De igual manera, se encontró que solo en uno de ellos trabajaron exclusivamente con los adolescentes, este estudio se realizó una comparación entre dos grupos de adolescentes de educación secundaria entre los 11 y los 18 años de España. El primero de estos grupos estaba dividido en dos subgrupos, uno de ellos conformado por 916 estudiantes que han recibido el programa de prevención HealthBehaviour in School-agedChildren (HBSC) y el otro es el grupo control; conformado por 98 estudiantes que no debía haber recibido ningún tipo de programa de prevención y sus profesores no debían haber recibido formación en el mismo tema. Un segundo grupo debía haber participado en el programa "Prevenir para vivir" (Jiménez et al., 2010).

Siguiendo este orden de ideas, frente a la muestra se encontró que cuatro de estos estudios trabajaron por su parte con la familia completa (padres y/o cuidadores e hijos). El primero es de Rojas y Oropeza (2010) quienes contaron con una familia conformada por 3 hijos escolarizados y un padre profesional de clase media-alta (la madre no fue incluida en el estudio); el segundo estudio pertenece a Orpinas et al. (2014), quienes analizaron a 383 familias de sur América (119 pertenecientes a Bolivia, 182 pertenecientes a Colombia y 82 pertenecientes a Ecuador) que habían recibido la intervención del programa Familias Fuertes en años anteriores y presentan características similares como riesgos sociales, la mayoría de asistentes en representación de los padres o cuidadores fueron mujeres y estos asistentes presentaban una edad promedio de 39.43.

Finalmente, Soto et al. (2014), trabajaron con un estimado de 63 familias españolas en las que se presentan comportamientos agresivos por parte de sus hijos hacia los padres o cuidadores y han asistido a un programa de intervención; este estudio al igual que el de Orrego et al. (2015) quienes trabajaron con 43 adolescentes escolarizados (en su mayoría hombres) con edades entre los 13 y 16 años que presentaban conductas disruptivas habiendo agotado otras vías educativo-terapéuticas sin obtener resultados y sus respectivos padres; también evaluó la percepción de los técnicos o facilitadores de los programas de intervención concluyendo que fueron estudios relevantes porque trabajaron con familias (padres y/o cuidadores e hijos) buscando por medio de intervenciones de más de 3 sesiones, modificar conductas relacionales entre los integrantes y con su entorno, y para ello también se tuvo en cuenta la percepción que tenían los facilitadores sobre estos programas.

Los instrumentos que utilizaron para medir las variables fueron cuestionarios que medían crianza positiva y hostilidad de los padres; dado que el programa Familias Fuertes no fue un estudio de investigación, existieron diferencias en los instrumentos de cada país (Orpinas et al., 2014). En Bolivia y Colombia, los padres y/o cuidadores contestaron una encuesta corta, mientras que en Ecuador respondieron a una encuesta más larga puesto que se añadieron 4 categorías: participación de los padres, disciplina consciente, vigilancia de los padres y comunicación con los padres vs comportamientos de alto riesgo.

En el estudio de Orrego et al. (2015), se administraron 3 instrumentos, el primero para los adolescentes cuyo objetivo era recoger información relacionada con el tipo de conflictividad manifiesta en su entorno social, las causas de su comportamiento, las personas con las que tenían conflictos y la frecuencia de estos, las deudas pendientes con la justicia y su naturaleza, la frecuencia y tipo de conflictividad evidenciada en clase; también una serie de aspectos relacionados con las actitudes como motivación hacia los estudios, el nivel de ausentismo, la forma de comportarse y la tolerancia a la frustración. El segundo cuestionario, era para los padres y/o acudientes y para los orientadores de los lugares donde los adolescentes pasaban más tiempo y el tercero para los facilitadores que buscaba recoger información relacionada, urbanidad, grupo étnico, situación laboral, económica y legal, estilos educativos de los padres, historia familiar, edad cuando se produjo la primera intervención del equipo de alteraciones del comportamiento, tratamientos farmacológicos, consumo de drogas, así como determinados aspectos posteriores a la medida del programa como situación escolar o laboral, penal, familiar o comportamental.

En el estudio que pertenece a Soto et al. (2014), se administraron 4 instrumentos, los dos primeros cuestionarios fueron diligenciados por los técnicos o facilitadores del programa, uno de ellos enfocado en la caracterización formal de los grupos y el segundo buscaba tener información en cuanto a la pertinencia del programa, los aspectos intrínsecos al mismo, su viabilidad, las condiciones de la puesta en marcha del programa y una evaluación. El tercer cuestionario fue contestado por los adolescentes y estaba compuesto por 30 ítems con formato de calificación Likert de 5 opciones de respuesta; y el cuarto cuestionario, fue diligenciado por los padres y/o cuidadores y era una escala que buscaba recoger las opiniones de los padres participantes en el programa, contenía los mismos ítems y la misma estructura que el desarrollado por los adolescentes con algunas adaptaciones.

Finalmente, en el estudio de Jiménez et al. (2010) se aplicó el mismo cuestionario a un grupo determinado de estudiantes que han recibido el programa Prevenir para vivir, y a otro grupo conformado por estudiantes que no han recibido ningún tipo de intervención; se seleccionaron preguntas relacionados con variables demográficas, así como variables relacionadas con el consumo de sustancias que incluyen tabaco, alcohol y cannabis. Los estudios encontrados manejan como instrumentos tres tipos de cuestionarios, uno de ellos mide en los jóvenes aspectos como la comunicación, comportamientos de riesgo (consumo de sustancias como el tabaco, alcohol y cannabis), conflictos en el entorno social y académico, motivación y tolerancia a la frustración. Otro tipo

de cuestionario mide en los padres el estilo de crianza, la comunicación e indaga acerca del conocimiento y las opiniones que tienen estos sobre sus hijos. El último de los cuestionarios buscaba recoger con los facilitadores información de tipo sociodemográfica, estilos educativos de los padres, edades en las que se produjo la primera intervención en los jóvenes, tratamientos farmacológicos, pertinencia, viabilidad y metodología del programa.

En la mayoría de estudios los instrumentos utilizados permitieron recolectar la información necesaria para evidenciar cambios luego de las intervenciones; sin embargo, se encontró que en un estudio los instrumentos utilizados no presentaban las suficientes características para evidenciar cambios representativos luego de la intervención (Vásquez et al., 2010). En este estudio se utilizó el cuestionario sobre "riesgo y factores protectores para el adolescente", el cuestionario "percepciones de conductas parentales" y la escala de Apgar, manifestando la necesidad de tomar muestras representativas e instrumentos fiables frente a los objetivos del programa para evidenciar cambios significativos a través del tiempo y reduciendo la posibilidad que los resultados obtenidos no sean satisfactorios.

Los estudios empíricos revisados tuvieron una metodología descriptiva de corte transversal y cuasi experimental. Estas intervenciones fueron dirigidas a padres de familia en conjunto con los adolescentes y el tiempo de intervención duró aproximadamente 6 meses; las evaluaciones realizadas post test fueron aplicadas en un rango de 2, 6, 12 y 24 meses luego de las intervenciones. (Correa, Zubarew, Valenzuela y Salas, 2012; Errasti et al., 2009; Valenzuela, Ibarra, Correa y Zubarew, 2012).

El método a través del cual se ha intervenido los programas ha sido a través de intervenciones directas con las familias, conversatorios con expertos, capacitaciones informativas y sensibilizaciones básicas, en las cuales han realizado entrenamientos en el comportamiento de los padres desde un modelo cognitivo conductual, entrenamiento de habilidades familiares para padres e hijos, fortalecimiento de la interacción familiar, terapia de familia y apoyo familiar (Kumpfer y Jhonson, 2007; Moral, Rodríguez, Ovejero y Sirvent, 2009; Orpinas et al., 2014; Rojas y Oropeza, 2010). Estos programas centran la metodología en técnicas de enseñanza interactivas sobre enfoques didácticos para promover transformaciones comportamentales a través del juego de roles, proyectos familiares y debates. (Kumpfer, Fenollar, Jubani, 2013). Estos resultados evidencian la importancia que tiene la metodología en los programas y la necesidad que cuenten con un diseño lúdico, participativo, los facilitadores tengan las competencias requeridas para orientar el taller y se incluyan las necesidades de padres e hijos. Esto con el objetivo de favorecer la motivación de las familias durante la intervención generando una participación activa por parte de los integrantes, aprendizajes significativos y que estos finalmente se vean reflejados a través del tiempo en la reducción de comportamientos de riesgo en la adolescencia.

Los países que cuentan con mayor número de intervenciones y publicaciones en programas para la familia son Portugal, España, Irlanda y Alemania. En España,

el programa de fortalecimiento familiar es uno de los que más ha evidenciado resultados a largo plazo; esta intervención ha sido replicada siendo considerada de manera comparativa con las demás intervenciones y ha mostrado ser dos veces más efectiva que el resto al analizar las evaluaciones de seguimiento de mínimo dos años (Foxcroft, Ireland, Lister-sharp, Lowe y Been, 2003 en Lloret, Espada, Cabrera, Burkhart, 2013; Kumpfer y Jhonson, 2007, 2010 en Kumpfer, Fenollar, Jubani, 2013; Foxcroft, Ireland, Lister-Sharp y Lowe, 2003 en Vasquez et al., 2010). Cabe señalar que el programa ha demostrado ser eficaz en población que presenta distintos niveles de riesgo (menor y mayor vulnerabilidad), comprobando a partir de estas estrategias de intervención reducción de problemas emocionales en los niños, reducción en el diagnóstico de ansiedad, fobia social depresión y trastornos de la personalidad a largo plazo en comparación con los grupos control. (Kumpfer y Jhonson, 2007; Spoth et al., 2005 en Kumpfer, Fenollar y Junabi, 2013).

Los programas con enfoque familiar han demostrado ser efectivos a largo plazo en la prevención de consumo de sustancias, dadas las características de estructura, contenidos y metodologías utilizadas (Correa, Zubarew, Valenzuela, Salas, 2012). Al respecto es importante resaltar que esta efectividad a largo plazo, se encuentra mediada por la participación activa de las familias. Al revisar el resultado de los programas se encontró que el consumo de sustancias psicoactivas se redujo significativamente y se mantuvo a través del tiempo en relación con la cantidad de sesiones que las familias habían participado durante la intervención. Esto mismo se destaca en las actitudes parentales percibidas hacia el uso juvenil de alcohol, es decir la valoración positiva o negativa que los padres tenían frente al consumo de alcohol, y finalmente el fortalecimiento de los lazos familiares (Errasti, et al., 2009); Manifestando de esta manera, la importancia de la participación constante de las familias durante el programa de intervención para el alcance de los objetivos a largo plazo.

Las intervenciones que involucran la familia, sus creencias y percepciones valorativas han evidenciado ser altamente eficaces en la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y alcohol. Los programas han generado que los adolescentes a corto, mediano y largo plazo muestren una posición más resistente frente al consumo de alcohol. Estos resultados han sido encontrados luego de un periodo de 7 meses y 1 año, tras recibir la intervención. Cabe señalar que las intervenciones de familia y sensibilización básica evidenciaron cambios significativos tras un año de intervención, por su parte la intervención informativa solo evidenció cambios luego de 7 meses, lo cual podría ser indicador que las intervenciones familiares tienen un mejor impacto a largo plazo en comparación con otras (Moral, Rodríguez, Ovejero y Sirvent, 2009).

Los resultados de estos estudios en relación con la muestra nos indica que la media de la edad en la que comienzan a percibirse problemas de conducta es a los 6,95 años y la primera intervención que reciben los adolescentes es a la edad de 13,35 años existiendo entonces 6,40 años de diferencia entre los primeros síntomas conductuales y la administración de las primeras medidas socioeducativas. Se identificó también que el nivel sociocultural de las familias era bajo o muy bajo en un 67,4% de los casos, lo que está muy relacionado con

los valores sobre el poder adquisitivo de las familias coincidiendo con Soto et al. (2014), pues ellos plantean que existen numerosos factores de riesgo psicosocial a los tres niveles que se han estudiado (individual, familiar y educativo), y que, por tanto, se trata de sujetos que necesitan algún tipo de ayuda institucional, sobre todo si se tiene en cuenta que la familia y la escuela representan dos ámbitos determinantes en el desarrollo cognitivo, personal, emocional y socio-afectivo de los niños.

Por otra parte, los resultados encontrados en las familias de manera general evidencian que existe una gran satisfacción frente a los cambios de conducta que durante y luego de la intervención las familias van evidenciado al expresar que tienen una mayor comunicación; perciben más unión, manifiestan mayor toma de conciencia de los problemas familiares, lo cual generan cambios en el funcionamiento familiar y modificación de comportamientos de los asistentes al programa. De igual manera, resaltan su satisfacción frente a la formación e información recibida en el programa (Rojas et al., 2010; Soto et al., 2014).

Por otra parte, el programa de fortalecimiento familiar que se aplicó en Estados Unidos en hijos de tóxicos-dependientes constataron que mejoraba las habilidades de crianza, la seguridad en sí mismo y la eficiencia de la crianza generando una disminución en trastornos comportamentales debido a los métodos de disciplina más eficaces por parte de los padres. Los hijos por su parte evidenciaron mejoramiento en habilidades sociales (resolución de problemas, resistencia a la influencia de los compañeros, toma de decisiones, gestión del enfado y del estrés). Los vínculos familiares mejoraban, al incorporar esta variable en la intervención, evidenciándose en la organización, cohesión, comunicación y conflicto). (Kumpfer, Fenollar y Jubani, 2013). A partir de esta intervención se evidenció que el programa de fortalecimiento es más efectivo cuando se aplica en conjunto con toda la familia frente a la intervención individualizada con cada miembro del núcleo familiar.

Por otro lado, en Honduras se realizó una prueba piloto del programa Familias Fuertes en un barrio de bajos ingresos en Tegucigalpa, con el objetivo de evidenciar la efectividad del programa para replicarse de esta manera en el resto del país. Este estudio se planteó 4 hipótesis: 1) Los padres que participaran en el programa reportaran más prácticas positivas, una mejor percepción en sus relaciones familiares y un alta autoestima en comparación con el grupo control de padres; 2) los adolescentes reportarán que pasaban más tiempo con sus familias, mayor cercanía, mayor percepción positiva en las relaciones familiares, alta autoestima y menor nivel de conflicto con la familia en comparación con el grupo control; 3) los adolescentes evidenciarán mayor control por parte de sus padres, mayor presencia de reglas familiares y mayor preocupación por parte de los padres hacia el consumo de los hijos de tabaco, drogas y alcohol; y 4) los adolescentes puntarán bajo consumo de drogas, tabaco y alcohol en comparación con el grupo control (Vásquez et al., 2010).

En cuanto los resultados del estudio anterior, solo se comprobó la primera hipótesis evidenciando que las prácticas de crianza a partir del programa presentan una influencia positiva en las familias, en los padres presentan

conductas positivas en los estilos de crianza, mayor autoestima de los padres de familia y percepción positiva sobre las relaciones familiares. En cuanto al resto de hipótesis no comprobadas en el estudio se estima que la muestra no fue representativa para evidenciar resultados significativos (21 familias intervenidas, 20 familias del grupo control) tras la intervención no presentaban las suficientes características para evidenciar cambios representativos luego de la intervención. (Vásquez et al., 2010). Al respecto se concluye sobre la necesidad de tomar muestras representativas e instrumentos fiables frente a los objetivos del programa para evidenciar cambios significativos a través del tiempo, reduciendo la posibilidad que los resultados obtenidos no sean satisfactorios.

Siguiendo con los resultados presentados en los estudios, se observó que las investigaciones encontraron en las familias que recibieron las intervenciones los siguientes planteamientos. Con respecto a los contenidos, los padres consideraron más importantes las sesiones que incluyeron temáticas de estilos de crianza (84%) y establecimiento de reglas en el hogar (65%). Esto refleja la necesidad de los padres en recibir herramientas para orientar a los hijos y la importancia de desarrollar programas que refuerzan el vínculo padres e hijos. Los adolescentes, en relación con los contenidos percibieron muy importante las sesiones de establecimiento de objetivos y sueños (73%), apreciar a los padres (74%), presión del grupo y los buenos amigos (73,3%) y ayudar a otro (69%), (Valenzuela, Ibarra, Correa y Zubarew, 2012).

Por otro lado, en Chile se realizó una intervención familiar para la prevención del consumo, el programa fue evaluado por parte de las familias en las siguientes dimensiones: metodología, valoración de los contenidos y percepción del aprendizaje. En relación con la metodología se encontró que la satisfacción de las familias fue de un 90% (estrategia en conjunto con la familia, contenidos teóricos, usos didácticos, actividades y material de apoyo). En cuanto a la satisfacción que los padres manifestaron hacia la intervención de los profesores fue de un 70%; los adolescentes manifestaron un nivel de satisfacción del 60%, considerándolos respetuosos, con dominio conceptual, con habilidades de oratoria y receptivos a brindar información y aclarar dudas. (Correa, Zubarew, Valenzuela y Salas, 2012; Valenzuela, Ibarra, Correa y Zubarew, 2012).

Con relación con lo anterior, otro estudio realizó la evaluación de la percepción del programa que tuvieron los facilitadores, encontrando que tienen una opinión favorable con respecto a la pertinencia y la viabilidad del programa, lo que llevaría a afirmar que se ha desarrollado en un contexto que necesita este tipo de programas y que además está propuesto de forma que se puede llevar a cabo de manera realista y eficaz. Algunas propuestas planteadas por los facilitadores para mejorar las futuras ediciones del programa fueron las siguientes: primero, utilizar instrumentos más sencillos y adaptados para las familias; segundo, asistencia de todos los miembros de la familia al programa y comprometerse a no ausentarse de las sesiones; y tercero, la propuesta de mantener la evaluación, verificar factores específicos sobre los que influye el programa y realizar un seguimiento pasado un tiempo, para verificar la estabilidad de los resultados (Soto et al., 2014).

Para finalizar la exposición de resultados de esta revisión se encontró que en un estudio que realizaron contrastes entre el grupo control y el grupo experimental se observó que los adolescentes del grupo control (en todos los cursos) obtuvieron un puntaje mayor con respecto al consumo de tabaco alguna vez en la vida, esto comparado con los adolescentes del grupo experimental, también encuentra que en cuanto a la frecuencia del consumo del tabaco en la actualidad son más altos en el grupo experimental que en el grupo control (Jiménez et al., 2010).

En cuanto al consumo de alcohol alguna vez en la vida, los adolescentes del grupo control tuvieron porcentajes más altos que los adolescentes del grupo experimental; y lo que respecta a la frecuencia del consumo de bebidas alcohólicas, el grupo experimental obtuvo un puntaje muy alto en la respuesta "rara vez" mientras que en el grupo control fue superior el no consumo. Por otro lado, lo que respecta a episodios de embriaguez los adolescentes del grupo experimental se embriagaron menos, mientras que los adolescentes del grupo control lo hicieron con mayor frecuencia. Con respecto al consumo de cannabis Jiménez et al. (2010) pone en evidencia que los porcentajes de consumo fueron más altos en los adolescentes del grupo control, pero cuando se pregunta por el consumo de los últimos 12 meses y los últimos 30 días los estudiantes de noveno del grupo experimental consumieron más.

### 3. Enfoque Metodológico de la Evaluación

Fernández-Ballesteros (1996), define la evaluación como “el conjunto de conocimientos teóricos y metodológicos con el objetivo principal de brindar respuesta a la necesidad de enjuiciamiento de ciertas decisiones políticas (públicas y privadas) (p. 14). Por tal razón, se presentan las normas establecidas para dicha evaluación, teniendo en cuenta que esas normas han sido igualmente reguladas por medio de estándares expuestos por la comunidad científica y profesional dentro de la psicología. Asimismo, la investigación se apoyó en la Primera Edición del libro “Guía práctica para la evaluación de impacto” de Raquel Bernal y Ximena Peña (Universidad de los Andes, Facultad de Economía, Centro de Estudios sobre Desarrollo Económico – CEDE, Ediciones Uniandes, 2011). La metodología propuesta por Bernal y Peña, es utilizada por entidades como el Departamento Nacional de Planeación (DNP), el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) en sus evaluaciones de impacto de Programas, y por las publicaciones del Institute for Fiscal Studies (IFS) de Londres, (Orazio Attanasio, 2005). Esta estrategia de evaluación de impacto incluirá información de fondo para mejorar la precisión de las estimaciones y el control de diferencias preexistentes observadas entre el grupo tratamiento y grupo control que puedan contaminar los resultados del impacto del Programa, es decir, qué puede ser atribuible al Programa y que no.

La evaluación de impacto de programas requiere entonces de la toma de decisiones, enmarcadas básicamente en la planificación, la exanimación, recogida de datos y el informe sobre el valor del programa de intervención. Por ello, se plantean 6 etapas básicas en el proceso de evaluación: 1). Planteamiento de la evaluación, 2). Selección de operaciones a observar, 3) Selección del diseño de evaluación, 4) Recogida de información, 5) Análisis de datos e 6) Informe.

Para este proceso de evaluación se incluyen las siguientes fases:

**Tabla 1. Fases del enfoque metodológico para la evaluación de impacto del programa Familias Fuertes**

FASE	OBJETIVO Y ACTIVIDADES
<b>Fase 1</b> <b>Planteamiento de Evaluación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Al ser una demanda el punto de partida del diseño de un programa de intervención, el planteamiento de evaluación es uno de los factores más importantes y decisivos ya que de ello depende que las siguientes fases cumplan con las condiciones necesarias. Fernández-Ballesteros plantea que es relevante entonces responder a las siguientes preguntas: ¿Quién solicita la evaluación? Con esta pregunta se busca identificar las personas que buscan la evaluación, por tanto se hacen un listado de los cargos, las personas que participan del programa y el nivel de implicación en la evaluación.</li> <li>¿Para qué se solicita la evaluación? Con este interrogante se busca comprender cuáles son las razones que han llevado al grupo o a los investigadores a solicitar la evaluación.</li> <li>¿Qué se pretende evaluar? Con ello se pretende clarificar el objeto</li> </ul>

de evaluación, que para este caso es el programa de intervención.

- ¿Qué obstáculos pudieran producirse durante la evaluación? y si es posible llevar a cabo la evaluación? Es importante dentro de la evaluación predecir los posibles obstáculos que se puedan presentar, esto debe realizarse tanto del personal interno del grupo como del personal externo a él.
- ¿Es posible llevar a cabo la evaluación? Dentro de este punto es importante evaluar la viabilidad de la evaluación y por tanto del programa, para ello se tienen en cuenta dos aspectos la calidad (referida al diseño la planificación, implementación y ejecución) y por otro lado las barreras.

Por tanto en lo que hace referencia a la evaluación de la *calidad* se pueden incluir los siguientes aspectos: 1) Evaluación de las necesidades. 2) Definición de los objetivos. 3) Criterios de selección del programa. 4) Definición del programa. 5) Grado de implantación. 6) Diseño de la evaluación. 7) Calidad de las operaciones. 8) Recogida de la información sobre el contexto de implantación. En relación a las *barreras* los puntos a evaluar son: 1) Aceptabilidad de la evaluación. 2) Implicación del evaluador. 3) Finalidad de la evaluación.

**Fase 2  
Selección de  
operaciones a  
observar**

Se entiende que las operaciones en este caso a observar están referidas a ¿Qué se va a observar?, ¿con qué se va a observar? y desde qué fuente de información. Dichas operaciones se definen como "las manifestaciones que registramos en las unidades que han recibido el programa que suponemos expresan sus efectos" (Fernández-Ballesteros, 1996, p.81). Dentro de esta etapa se analizan los instrumentos de medición, el plan para observar dichas operaciones. El fin es entonces, especificar o seleccionar las variables dependientes del programa, lo cual incluye el instrumento y el procedimiento.

**Fase 3:  
Selección del  
diseño de  
evaluación**

Se pretende con esta fase, seleccionar el diseño y establecer cuando y que unidades van a ser observadas. Las preguntas que se pretenden responder en esta fase son:

- ¿Existe un diseño de evaluación establecido desde el programa?
- ¿Qué diseños alternativos son posibles?
- ¿Qué amenaza la validez interna y externa del programa?
- ¿Qué unidades van a ser seleccionadas?

**4 Fase:  
Recogida de  
información**

Es importante dentro de este punto definir con qué logística va seguirse en la recogida de la información, así como los posibles sesgos que se puedan presentar en la recogida de la información, para ello se requiere del establecimiento de un calendario, formación de observadores, solicitud de autorización para obtener datos, visitas.

**5 Fase:  
Análisis de  
Datos**

Tres aspectos son importantes dentro de esta fase: almacenamiento de la información, tipo de análisis en función de los datos y las preguntas relevantes, criterios que guían los análisis. Teniendo en cuenta una posible diferencia preexistente y diferencias en otras variables entre los dos grupos evaluados se combinarán dos técnicas o métodos de evaluación: el primero Selección por Variables Observables y el segundo Modelo de Diferencias Emparejadas, este último, es la combinación de los métodos de emparejamiento (Propensity Score Matching - PSM) y el modelo de Diferencias.

**6 Fase:  
Informe**

Como en todo proyecto es de vital importancia que la final del proceso de evaluación exista una transmisión de los resultados y se establezca un contenido del informe.

### 3.1. Fase I – Planteamiento de Evaluación

La evaluación de impacto para el programa de Familias Fuertes tendrá como objetivo evaluar el efecto del programa en los indicadores de impacto a partir de un diseño cuasiexperimental con una sola medición de un grupo de familias que no participaron en el programa (grupo comparado o grupo control).

La estrategia de evaluación se basa principalmente en la comparación de los indicadores antes de iniciar el programa y después de la implementación del mismo. Es más usual realizar la comparación de estos mismos indicadores entre las familias que hicieron parte del programa (grupo intervenido) y las familias que no participaron del programa, sin embargo, ante la ausencia de una segunda medición, por lo menos durante el tiempo de duración del programa, para las familias que participaron en el grupo control, por ahora no es posible redirigir la estrategia de evaluación en este sentido.

Es pertinente aclarar que la evaluación que se realiza en este informe es un primer paso, muy valioso, para estimar el efecto del programa de Familias Fuertes, que con información de una segunda medición después de mínimo seis meses, al grupo de familias control, se podrá estimar con mayor precisión.

La implementación del programa de Familias Fuertes inició con cerca de 1000 familias colombianas en 5 departamentos (Antioquia, Boyacá, Caldas, Quindío y Risaralda) y en 16 territorios del país (Itagüí, Chiquinquirá, Duitama, Tunja, Sogamoso, Chinchiná, Villa María, Aránzazu, Armenia, Filandia, La Tebaida, Apia, Marsella, Mistrató, Pueblo Rico y Pereira), con ausencia de asignación aleatoria de los departamentos, municipios y familias. Un primer grupo de familias participaron en el año 2013, un segundo grupo de familias en el año 2014 y un tercer grupo de familias en el año 2015. Se trató, inicialmente, de un estudio cuasiexperimental sin grupo control, con medición de indicadores antes y después de la implementación del programa de Familias Fuertes en las familias participantes. El total de familias que respondieron la prueba inicial fue cercana a las 1100 y a la prueba, una vez finalizado el programa, 870 familias, lo que indica que cerca de 230 familias no completaron o se retiraron del programa.

La prueba o medición se aplicó al adolescente y a al apoderado del joven y consistía en un cuestionario que comprendía dos apartados: 1) datos sociodemográficos (sexo, edad, nivel educativo, con quien vive y estado civil) y 2) subescalas que miden variables familiares, expectativas de los padres con respecto al no consumo de drogas, consumo de sustancias psicoactivas por los padres, relaciones con pares, estrategias para afrontar conflictos, conducta agresiva, antisocial y delincuencial en los adolescentes.

La captura de ésta información fue realizada por facilitadores del programa de Familias Fuertes, mediante cuestionario físico aplicado a los adolescentes y sus respectivos apoderados. Así mismo, la digitación de la información recolectada

en los cuestionarios, se realizó en una hoja de cálculo de Excel con pocas herramientas estandarizadas de validación y control de calidad de datos.

De acuerdo al proceso metodológico y de captura de información realizado en ésta primera fase del programa Familias Fuertes, el grupo consultor, identificó una serie de fortalezas y debilidades en miras a la evaluación de impacto del programa.

### 3.1.1. Fortalezas

- La primera fase del programa Familias Fuertes fue aplicado a un número de familias considerable y en varias regiones del país, lo cual permite obtener mayor información acerca del impacto del programa y las experiencias vividas en las familias participantes.
- Las preguntas del cuestionario, que claramente se identifican como parte de un constructo o concepto no observable, ya han sido validadas en contextos distintos al colombiano y se conocen sus niveles de confiabilidad, lo que permite que se recoja información con mayor precisión.
- Existen preguntas similares en el cuestionario de adolescentes y de apoderados, lo que permite, de alguna manera, poder comparar sus respuestas.
- La implementación del programa en las familias intervenidas fue realizado por un grupo externo al Ministerio de Salud y Protección Social y la Organización Panamericana de la Salud.
- La inclusión de un diseño mixto cuantitativo/cualitativo pondrá en evidencias algunos aspectos interpretativos de la realidad con una perspectiva más amplia y con una menor incertidumbre.

### 3.1.2. Debilidades

- La aplicación de los cuestionarios no paso por un estricto control de calidad de la información, al igual que el ingreso de los datos a la hoja de cálculo de Excel, lo que provoca un error sistemático en la captura y digitación de los datos.
- Las familias fueron intervenidas por el programa, en distintos momentos del tiempo, por lo cual, los cambios positivos o negativos del programa pueden verse afectados por los acontecimientos diferentes (no controlables) que sucedieron en los distintos años de la evaluación.
- El proceso de selección de las familias intervenidas no fue aleatorizado, lo que provoca que al momento de compararlo con el grupo control se encuentren diferencias preexistentes y el efecto del programa pueda deberse a estas diferencias.
- Los datos sociodemográficos recolectados no son suficientes para encontrar un grupo comparado con características similares al grupo intervenido, en términos sociodemográficos. Se considera una amenaza a la validez interna de la evaluación de impacto, puesto que se tiene poca

información para encontrar un grupo comparado que esté expuesto a acontecimientos externos iguales o similares y de esta manera poder controlar los acontecimientos que suceden durante el tiempo de la implementación del programa que puedan influir sobre los indicadores e impacto. Esta característica, además, promueve un sesgo de selección, dado que el grupo de comparación no es equivalente al grupo intervenido en todas las características que están asociadas con los indicadores de impacto. Pueden existir diferencias significativas entre los participantes y el grupo de comparación que puede ser potencialmente responsable de las diferencias observadas al final del programa entre los indicadores de impacto de unos y otros.

- Durante el proceso de consultoría, sólo se obtuvo información del grupo comparado en un instante (preprueba), lo que dificulta la comparabilidad de la información con la preprueba y posprueba del grupo intervenido, además de la implementación de la metodología de evaluación de impacto. El escenario ideal para un diseño cuasiexperimental debe contar con información de ambos grupos (intervenido y comparado) de la preprueba y posprueba, y así, a través de la metodología más adecuada, corregir alguna diferencia preexistente entre los dos grupos.

En consideración a las fortalezas y debilidades de la evaluación de impacto del programa de Familias Fuertes, anteriormente expuestas, el grupo consultor propuso un diseño muestral para el grupo comparado, alineado con la metodología de evaluación de impacto propuesta, que permita seleccionar un número de familias adecuadas, bajo el control de variables por selección y que finalmente puedan ser comparables con las familias intervenidas por el programa. Además, el levantamiento de la línea de base del grupo control se realizará bajo los estándares mínimos de control de calidad de datos estadísticos. A continuación, se presenta en detalle los aspectos más relevantes de la metodología utilizada para la evaluación de impacto del programa Familias Fuertes.

## **3.2. Fase II - Selección de operaciones a observar**

### **3.2.1. Control de Calidad de la Información**

Para asegurar que todos los datos producidos por un proyecto de investigación tengan los niveles de calidad requeridos, se debe implementar un conjunto de procedimientos y técnicas de medición de calidad de los datos, que son relativamente fáciles de realizar y que tienen un alto impacto positivo en la disposición de recursos de un proyecto para mejorar sus datos. En este sentido, asegurar la calidad del proceso estadístico dentro del marco de los principios fundamentales de Naciones Unidas y de los criterios de los estándares mínimos de calidad definidos por el Sistema Estadístico Nacional del DANE, serán pertinentes para cumplir con los requisitos y necesidades de los usuarios y generar credibilidad, confiabilidad y transparencia en la producción de información estadística de un proyecto de investigación.

Si este conjunto de procedimientos y técnicas no se cumplen, no se podrá garantizar la calidad de los datos, por tanto, los datos perderán confiabilidad y credibilidad. Así mismo, los análisis procedentes de esta información no serán válidos y confiables.

Es indiscutible que si la información recolectada y digitalizada del proyecto de Familia Fuertes para las familias intervenidas, no cumple con estos requisitos, la evaluación de impacto cuantitativa no será fidedigna y se recomienda no realizar alguna publicación de los mismos, cumpliendo con los aspectos éticos profesionales y de investigación.

A continuación, se detallan los resultados del control de calidad de la información recolectada y digitada en las hojas de cálculo de Excel entregada por los operadores al Ministerio de Salud y Protección Social y la OPS, de la aplicación del pretest y postest de las familias intervenidas en el programa de familias fuertes. Los cuestionarios que hicieron parte del proceso de revisión y control de calidad, fueron seleccionados aleatoriamente mediante el algoritmo de selección coordinado negativo, el cual consiste en realizar  $N$  ensayos con distribución uniforme  $[0,1]$  de probabilidad, asignarlos a cada uno de los cuestionarios listados, luego ordenar ascendientemente los elementos respecto a los valores aleatorios generados y considerar como muestra los elementos correspondientes a los  $n$  primeros valores.

Del total de cuestionarios aplicados a las familias intervenidas por el programa, sólo se disponía en físico, de los cuestionarios de algunos municipios de tres departamentos: Risaralda, Caldas y Boyacá. En el caso de Antioquia no se logró acceder al control de calidad por acceso a los registros de información física suministrada por la entidad, ya que solo se encontraban cuestionarios pre y post de una parte de la población (adolescente o apoderado), lo cual solo permitió la inclusión de cinco familias. En la tabla 2 se detallan los cuestionarios que fueron revisados para el control de calidad.

**Tabla 2. Cuestionarios disponibles y revisados para el control de calidad de la información**

<b>Departamento</b>	<b>Ciudad</b>
<b>Risaralda</b>	<b>Pereira</b>
<b>Caldas</b>	Chinchiná
	Villa María
	Aránzazu
<b>Boyacá</b>	Chiquinquirá
	Duitama
	Sogamoso
<b>Antioquia</b>	Itagüí

Fuente: equipo consultor PUJ

Ahora, las tablas 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y 10 muestran algunos indicadores obtenidos después de la revisión de la información digitada en las tablas de datos de Excel entregadas por los operadores. Básicamente, la revisión consistió en revisar la coincidencia entre los datos registrados en el cuestionario físico con los datos registrados en las tablas de datos.

**Tabla 3. Indicadores de calidad de digitación de los cuestionarios de la ciudad de Pereira**

Indicadores	PEREIRA							
	APODERADOS (100%, n=36)				JOVENES (100%, n=36)			
	Grupo I		Grupo II		Grupo I		Grupo II	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Cuestionarios con por lo menos un error de digitación	29	81%	24	67%	32	89%	18	50%
Número de cuestionarios sin coincidencia alguna	14	39%	0	0%	18	50%	0	0%
Número de errores promedio por cuestionario	5,5	6%	3,3	4%	6	6%	4,1	4%
Mayor número de errores por cuestionario	15	17%	10	11%	33	32%	8	8%
Menor número de errores por cuestionario	1	1%	1	1%	1	1%	3	3%
Total de errores estimado	198	6%	119	4%	216	6%	148	4%

Fuente: equipo consultor PUJ

**Tabla 4. Indicadores de calidad de digitación de los cuestionarios de la ciudad de Chinchiná**

Indicadores	CHINCHINA											
	JOVENES						APODERADOS					
	Grupo I (50%, n=36)		Grupo II (50%, n=12)		Grupo III (50%, n=18)		Grupo I (50%, n=36)		Grupo II (50%, n=12)		Grupo III (50%, n=15)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cuestionarios con por lo menos un error de digitación	24	67%	7	58%	12	67%	30	83%	8	67%	10	67%
Número de cuestionarios sin coincidencia alguna	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0%	0	0	0%
Número de errores promedio por cuestionario	3	3%	2	2%	1	1%	11,4	13%	2	2%	2,4	3%
Mayor número de errores por cuestionario	7	7%	5	5%	1	1%	34	39%	4	4%	9	10%
Menor número de errores por cuestionario	1	1%	1	1%	1	1%	1	1%	1	1%	1	1%
Total de errores estimado	108	3%	28	2%	18	1%	410	13%	26	2%	36	3%

Fuente: equipo consultor PUJ

**Tabla 5. Indicadores de calidad de digitación de los cuestionarios de la ciudad de Villa María**

Indicadores	VILLA MARIA			
	JOVENES		APODERADOS	
	Grupo 1 (50%, n=35)		Grupo 1 (50%, n=35)	
	n	%	n	%
<b>Cuestionarios con por lo menos un error de digitación</b>	10	29%	17	49%
<b>Número de cuestionarios sin coincidencia alguna</b>	0	0%	0	0%
<b>Número de errores promedio por cuestionario</b>	2	2%	5	6%
<b>Mayor número de errores por cuestionario</b>	3	3%	11	13%
<b>Menor número de errores por cuestionario</b>	1	1%	1	1%
<b>Total de errores estimado</b>	70	2%	175	6%

Fuente: equipo consultor PUJ

**Tabla 6. Indicadores de calidad de digitación de los cuestionarios de la ciudad de Aránzazu**

Indicadores	ARANZAZU - PRETEST			
	JOVENES		APODERADOS	
	Grupo 1 (50%, n=12)		Grupo 1 (50%, n=12)	
	n	%	n	%
<b>Cuestionarios con por lo menos un error de digitación</b>	5	42%	12	100%
<b>Número de cuestionarios sin coincidencia alguna</b>	0	0%	0	0%
<b>Número de errores promedio por cuestionario</b>	10	8%	5,5	6%
<b>Mayor número de errores por cuestionario</b>	19	19%	11	13%
<b>Menor número de errores por cuestionario</b>	1	1%	1	1%
<b>Total de errores estimado</b>	96	8%	66	6%

Fuente: equipo consultor PUJ

**Tabla 7. Indicadores de calidad de digitación de los cuestionarios de la ciudad de Chiquinquirá**

Indicadores	CHIQUINQUIRA			
	JOVENES		APODERADOS	
	Grupo 1 (25%, n=24)		Grupo 1 (25%, n=24)	
	n	%	n	%
<b>Cuestionarios con por lo menos un error de digitación</b>	13	54%	13	54%
<b>Número de cuestionarios sin coincidencia alguna</b>	0	0%	0	0%
<b>Número de errores promedio por cuestionario</b>	15	15%	19	22%
<b>Mayor número de errores por cuestionario</b>	46	45%	65	64%
<b>Menor número de errores por cuestionario</b>	1	1%	1	1%
<b>Total de errores estimado</b>	360	15%	456	22%

Fuente: equipo consultor PUJ

**Tabla 8. Indicadores de calidad de digitación de los cuestionarios de la ciudad de Duitama**

Indicadores	DUITAMA			
	JOVENES		APODERADOS	
	Grupo 1 (25%, n=24)		Grupo 1 (25%, n=24)	
	n	%	n	%
Cuestionarios con por lo menos un error de digitación	19	79%	17	71%
Número de cuestionarios sin coincidencia alguna	3	13%	3	13%
Número de errores promedio por cuestionario	35	34%	17	19%
Mayor número de errores por cuestionario	57	56%	5	6%
Menor número de errores por cuestionario	1	1%	1	1%
Total de errores estimado	840	34%	408	19%

Fuente: equipo consultor PUJ

**Tabla 9. Indicadores de calidad de digitación de los cuestionarios de la ciudad de Sogamoso**

Indicadores	SOGAMOSO			
	JOVENES		APODERADOS	
	Grupo 1 (25%, n=20)		Grupo 1 (25%, n=20)	
	n	%	n	%
Cuestionarios con por lo menos un error de digitación	14	70%	15	75%
Número de cuestionarios sin coincidencia alguna	1	5%	1	5%
Número de errores promedio por cuestionario	10	10%	15	17%
Mayor número de errores por cuestionario	14	14%	26	30%
Menor número de errores por cuestionario	1	1%	1	1%
Total de errores estimado	200	10%	300	17%

Fuente: equipo consultor PUJ

**Tabla 10. Indicadores de calidad de digitación de los cuestionarios de la ciudad de Itagüí**

Indicadores	ANTIOQUIA - ITAGUI			
	JOVENES		APODERADOS	
	Grupo 1 (100%, n=107)		Grupo 1 (100%, n=30)	
	n	%	n	%
Cuestionarios con por lo menos un error de digitación	65	61%	20	67%
Número de cuestionarios sin coincidencia alguna	0	0%	0	0%
Número de errores promedio por cuestionario	9	9%	10	11%
Mayor número de errores por cuestionario	57	56%	31	35%
Menor número de errores por cuestionario	1	1%	1	1%

<b>Total de errores</b>	963	9%	300	11%
-------------------------	-----	----	-----	-----

Fuente: equipo consultor PUJ

Cabe anotar que los registros de los cuestionarios en físico de la aplicación en la ciudad de Tunja, no corresponden en su totalidad, a la información registrada en la tabla de datos, motivo por el cual no se tendrá en cuenta para la evaluación de impacto del programa. Además, la mayor parte de registros en físico de la ciudad de Itagüí no tenían el respectivo cuestionario de pre y post, por lo que también no fueron tenidos en cuenta para el análisis.

De acuerdo a estos resultados, se evidencia que los cuestionarios de jóvenes tienen un margen de error del 9%, mientras que los de apoderados un 11%, valores muy por encima del 1%, que por lo general se admite en las investigaciones, como errores de digitación.

Una vez realizado el control de calidad de la información digitalizada en las bases de datos de las familias intervenidas, en los municipios anteriormente citados, se corrigieron los errores en todos los cuestionarios seleccionados, por tanto, se espera que los niveles de errores de digitalización se hayan disminuido sustancialmente.

La no disponibilidad de los cuestionarios en físico que se aplicaron a las familias intervenidas de los municipios de Apia, Marsella, Mistrató y Pueblo Rico del departamento de Risaralda, los municipios de Armenia, Filandia y la Tebaida del departamento de Quindío, no permiten asegurar los niveles de calidad de la información suministrada en las bases de datos digitalizadas, razón por la cual el grupo Consultor propuso la exclusión de esta información para la evaluación cuantitativa del impacto del programa y publicar sólo los resultados cualitativos para estos municipios. Si bien, esta decisión tiene un impacto en el diseño muestral de la investigación y por consiguiente en la validez externa de la evaluación de impacto del programa, resulta más recomendable que analizar información que no se tiene certeza de su credibilidad, confiabilidad y transparencia.

Con este esfuerzo, se logró obtener una la base de datos depurada de la aplicación del pre test y post test de los municipios a los cuales se les realizó el control de calidad de la información digitalizada a la fecha del 22 de junio del 2016, en formato Excel (.xlsx) y SPSS (.sav).

### 3.2.2. Proceso de Construcción y Ajuste de Instrumentos

Acorde con el enfoque metodológico planteado para la evaluación del Programa FF en los cinco departamentos, la recolección de los datos en las familias intervenidas y familias comparadas fue adelantada por el grupo consultor mediante procedimientos e instrumentos que combinan técnicas cualitativas y cuantitativas. La selección del procedimiento se orienta según el tipo de datos que cada instrumento recoge, desde esa perspectiva los instrumentos, constituyen un medio para la evaluación y no su finalidad.

En cuanto a los instrumentos cuantitativos para aplicación de las familias que hicieron parte del grupo comparado, se utilizó el mismo instrumento de medición que se aplicó a las familias intervenidas por el programa con el propósito de preservar la comparación en algunos tópicos que permitan la utilización de la información disponible en la línea de base. Previo diligenciamiento del consentimiento informado, el instrumento fue auto diligenciado por los adolescentes y jóvenes, así como los padres o apoderados de familia seleccionados para el grupo comparado.

Otro de los aspectos que se evaluaron en el cuestionario, como un anexo, y que previamente no se evaluó en las familias intervenidas, fue la medición de las características sociodemográficas para el grupo comparado como para el grupo intervenido. El objetivo es poder realizar un control de variables por selección (para el grupo comparado) y aplicar un método de emparejamiento, que permita encontrar un "clon" de cada individuo tratado en el grupo comparado y contrastar las variables de resultado de ambos. Donde "clon" quiere decir un individuo (o grupo de individuos) con las mismas características observables, por ejemplo, ingreso, educación, edad, sexo, o cualquier variable sociodemográfica que fue capturada.

Las variables sociodemográficas que se incluyeron, sólo en el cuestionario de apoderados, se relacionan a continuación:

- Estrato sociodemográfico: estrato 1, estrato 2, estrato 3, estrato 4, estrato 5 y estrato 6.
- ¿Cuál es el número total de personas en el hogar al que pertenece?: valor numérico entero
- ¿Cuántos hijos hay en su familia en total?: valor numérico entero
- Ingreso familiar mensual: Menos de un salario mínimo, un salario mínimo, más de un salario mínimo
- Tipo de vivienda: casa, apartamento, cuarto, inquilinato, otro
- La vivienda ocupada por el hogar es: Propia, totalmente pagada; Propia, la están pagando; En arriendo o subarriendo; ocupada de hecho y otra
- Servicios públicos con los que cuenta la vivienda: energía eléctrica, acueducto, recolección de basuras, internet, gas por tubería, alcantarillado y teléfono

Dentro de los instrumentos cualitativos que se emplearon en la evaluación se tienen:

- La entrevista semiestructurada: es una técnica que permite un alto grado de flexibilidad en la recogida de datos e incorporar en el curso del proceso elementos que no se previeron inicialmente y podrían constituirse en datos esenciales para determinadas interpretaciones. Se desarrollará con los grupos comparado de población con características similares a los participantes intervenidos.

- El desarrollo de grupos focales que se aplicó colectivamente a pequeños grupos (7 a 10 personas por grupo uno de padres otro de adolescentes) homogéneo. Esta técnica permite la indagación de forma flexible y en profundidad con un desglose temático planteado a partir de preguntas que sirven de detonante para el dialogo. Se adelantaron de manera independiente con adolescentes y apoderados o padre de familia del grupo intervenido y grupo comparado, al igual que los facilitadores del programa. Se adelantó al menos un grupo focal por departamento. La convocatoria para la participación de los participantes del programa se hizo a partir de los registros del programa. La convocatoria del grupo comparado se realizó a partir del reconocimiento de las dinámicas de cada departamento tratando de ubicar preferentemente organización de adolescentes y jóvenes, así como de apoderados o padres de familia.
- Revisión documental para la cual se elaboraron listas de chequeo acordes con los tópicos que se desean verificar en las sesiones y actividades del programa.

### 3.2.3. Grupos Focales

Los grupos focales fueron adelantados por profesionales y permitió realizar discusiones de los grupos (adolescentes, apoderados o padres de familias y facilitadores) dirigidas hacia el objetivo de comprender de forma integral, las actitudes, las creencias, las prácticas, las experiencias vividas y los valores respecto al programa de Familias Fuertes. De esta manera, el grupo focal privilegió el habla, para propiciar la interacción mediante la conversación acerca de un tema específico que se tratara en el grupo.

Los criterios previos que se tuvieron en cuenta para la realización de los grupos focales, fueron:

- Definir el tiempo que ha transcurrido con cada grupo.
- Las características de los participantes a tener en cuenta son: haber asistido a las 7 sesiones y preferiblemente que haya terminado máximo hace 13 meses.
- Se realizaron tres grupos focales por Departamento (uno a los padres, uno con los adolescentes, uno a los facilitadores).
- El número de participantes/integrantes en cada uno fue entre 7 y 10 aproximadamente.
- El lugar correspondió a los municipios que tuvieron mejor respuesta en participación.
- Los facilitadores del grupo fueron: una investigadora principal y dos asistentes de investigación.
- El tiempo para el encuentro fue de máximo dos horas.

### 3.2.4. Indicadores de Evaluación de Impacto

A continuación, se presentan los indicadores de evaluación a partir de los cuestionarios de evaluación aplicados al grupo intervenido y grupo comparado. En cada variable se incluye los ítems de evaluación y el tipo de preguntas que lo indagan. Cada indicador es calculado como la suma de los valores de todos los ítems que lo componen, generando de esta manera una puntuación por cada participante. Los ítems 20, 23, 54 y 56 del cuestionario de adolescentes son inversos, es decir, que puntúan de forma contraria al resto de ítems del indicador, por lo que fueron transformados hacia la misma dirección. De esta manera, un puntaje alto en el indicador de impacto, representa un comportamiento positivo para los participantes y un puntaje negativo, representa un comportamiento negativo o de riesgo, excepto para los indicadores 8 ("Presencia de agresión directa familiar"), el 11 ("Resistencia a la presión de pares"), el 12 ("Intención de consumo"), el 13 ("Consumo de SPA") y el 14 ("Conductas agresivas") para el cuestionario de adolescentes y los indicadores 8 ("Presencia de agresión directa familiar") y 15 ("Comportamiento de riesgo en adolescentes percibido por apoderados") del cuestionario de apoderados, en donde un puntaje alto indica un comportamiento de riesgo.

**Tabla 11. Indicadores de evaluación de impacto del programa Familias Fuertes**

#	INDICADOR DE IMPACTO	CUESTIONARIO ADOLESCENTE		CUESTIONARIO APODERADOS	
		ÍTEMS	ÍTEM INVERSO	ÍTEMS	ÍTEM INVERSO
1	Participación y apoyo familiar	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10		1,2,3,4,5,6,7,8,9,10	
2	Demostración de Afecto y cariño	11,12,13,14,15,16,17		11,12,13,14,15,16,17	
3	Disciplina consistente (Castigo y Refuerzo)	18,19,20,21,22,23	20,23	18,19,20,21,22,23,24,25	20,23
4	Comunicación sobre comportamientos de riesgo	26,27,28,29,30,31,32,33		26,27,28,29,30,31,32,33	
5	Actitudes hacia comportamientos de riesgo	34,35,36,37,38,39,40,41		34,35,36,37,38,39,40,41	
6	Comunicación familiar	42,43,44,45,46,47,48,49,50,51,52,53		42,43,44,45,46,47,48,49,50,51,52	
7	Expresión de afecto y de hostilidad	54,55,56,58,59,60,64	54,56	53,54,55,57,58,59,64	53,55
8	Presencia de agresión directa familiar	57,61,62,63,65		56,60,61,62,63,65	
9	Conexión con la familia nuclear	66,67,68,69,70,71,72,73,74,75		66,67,68,69,70,71,72,73,74,75,76,77,78	
10	Establecimiento de Metas	76,77,78,79		87,88	
11	Resistencia a la presión de pares	80,81,82,83,84,85,86,87		No aplica	
12	Intención de consumo: cigarrillo y alcohol	90,91,93,94		No aplica	

13	Consumo de SPA	95,96,97,98,99	No aplica
14	Conductas agresivas	100,101,102,103, 104,105	No aplica
15	Comportamiento de riesgo en adolescentes percibido por apoderados	No aplica	79,80,81,82,83, 84,85,86

Fuente: equipo consultor PUJ

### 3.3. Fase III - Selección del Diseño de Evaluación

La evaluación de impacto para el programa de Familias Fuertes tendrá como objetivo evaluar el efecto del programa en los indicadores de impacto a partir de un diseño cuasiexperimental con una sola medición del grupo control.

En consideración a las fortalezas y debilidades de la evaluación de impacto del programa de Familias Fuertes, el grupo Consultor propuso la medición de otras características sociodemográficas tanto para el grupo intervenido como para el grupo comparado, con el objetivo de poder realizar un control de variables por selección (para el grupo comparable) y un método de emparejamiento que permita encontrar un "clon" de cada individuo tratado en el grupo comparado y contrastar las variables de resultado de ambos. Donde "clon" quiere decir un individuo (o grupo de individuos) con las mismas características observables, por ejemplo, ingreso, educación, edad, sexo, o cualquier variable sociodemográfica que fue capturada.

En estudios cuasiexperimentales (asignación no aleatoria del tratamiento) con grupo control y tratamiento, donde se tenga información antes y después de la intervención, se recomienda utilizar el modelo de diferencias en diferencias con método de emparejamiento. Una ventaja considerable de usar estos dos métodos es que como el método de emparejamiento asume que la selección en el programa se basa única y exclusivamente en características observables de los individuos y se puede usar la información longitudinal para eliminar el efecto de la selección en el programa que depende de variables no observables o no disponibles en la tabla de datos, siempre y cuando éstas permanezcan constantes en el tiempo.

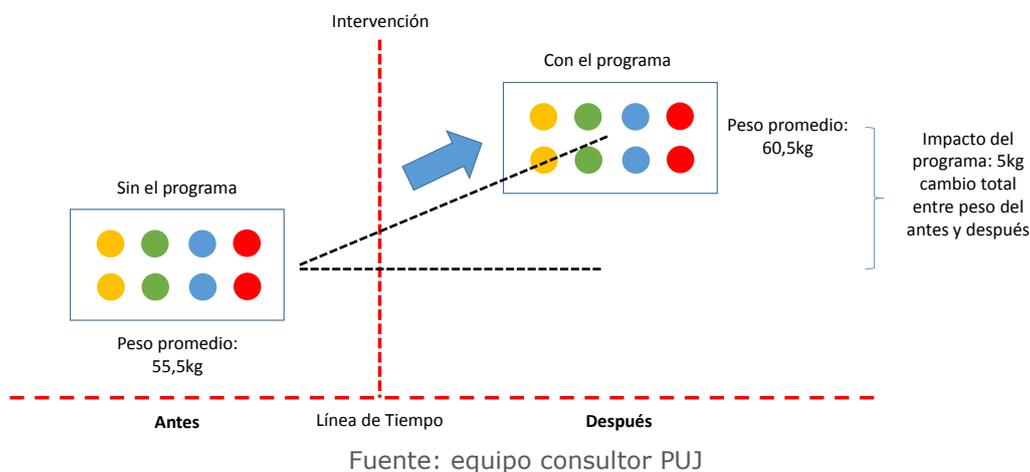
Sin embargo, en ésta evaluación de impacto del programa Familias Fuertes, sólo se recolectó información de la línea de base del grupo comparado, lo que dificulta la utilización de los métodos anteriormente citados.

Para tal efecto, se proponen las siguientes estrategias para evaluar el impacto del programa de Familias Fuertes, de acuerdo a las limitaciones descritas:

1. **Estrategia 1:** en primera instancia, evaluar el impacto del programa a partir de la diferencia entre el antes y después del grupo intervenido (modelo de diferencias en el tiempo), suponiendo la no existencia del grupo comparado y características muy similares entre los integrantes del

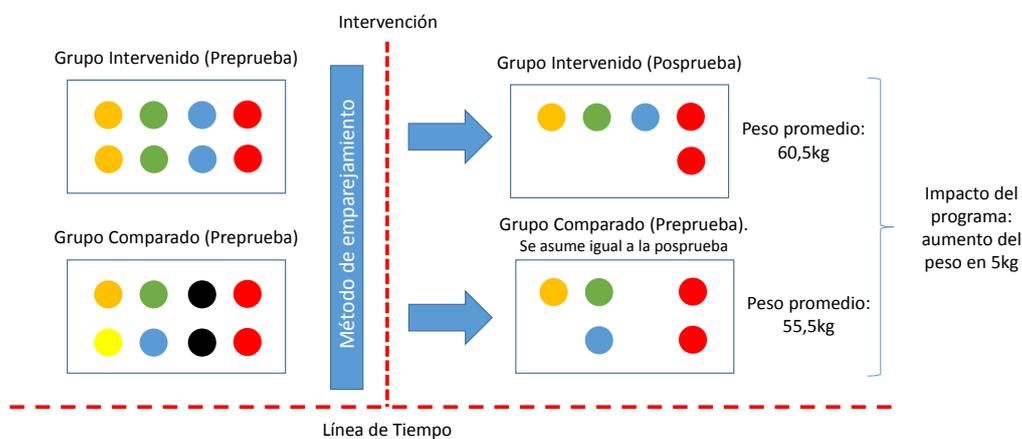
grupo intervenido. Lo que se quiere determinar, es cuánto del cambio en la variable resultado entre los dos periodos de tiempos (preprueba y posprueba) se puede atribuir al programa. Las desventajas de esta evaluación es que las variables de resultados pueden tener una tendencia natural en el tiempo o pueden estar influenciadas por variables no observables, que no se tendría, en este caso, el grupo de comparación que permita realizar el contraste por variables confusoras. Un ejemplo de la estrategia se muestra en el gráfico 1.

**Gráfico 1. Estrategia de evaluación de impacto del programa familias fuertes con método de diferencias en el tiempo para el grupo intervenido**



- Estrategia 2:** Utilizar el método de emparejamiento (propensity score matching), el cual permitirá implementar una corrección en la selección del grupo Familias intervenidas debida a características observables de estos mismos y sus hogares, que sean influyentes. Éste método puede aplicarse a la postprueba del grupo intervenido y del grupo comparado, sin embargo, los resultados de este método serán confiables siempre y cuando existan razones para pensar que las variables no observables o no disponibles en la base de datos, que puedan incluir variables intrínsecamente difíciles de medir, no son un determinante fundamental tanto de la participación en el programa como de las variables de resultado potenciales. Este supuesto de que la selección en el programa o el efecto del programa dependen únicamente de las variables observables, es bastante fuerte, sin embargo, Dehejia y Wabha (1999) en sus investigaciones, han demostrado que estos estimadores son capaces de replicar los resultados de estudios experimentales.

**Gráfico 2. Estrategia de evaluación de impacto del programa familias fuertes con método de emparejamiento y comparación de la posprueba entre grupo intervenido y grupo comparado**



Fuente: equipo consultor PUJ

Según éstas estrategias, la evaluación de impacto del Programa Familias Fuertes, con base en la información disponible y la metodología implementada, podrá estimar el efecto del programa sólo para los indicadores de evaluación de impacto, presentados en apartados anteriores, bajo los siguientes supuestos:

- La información registrada en las bases de datos de las familias intervenidas es confiable.
- El instrumento permite recoger todas las variables observables (características sociodemográficas) que puedan estar influyendo en las variables o indicadores de impacto.
- El grupo intervenido y el grupo comparado son similares en cuanto a las características observables y no observables.
- El efecto del tiempo (años de intervención distintos) no es considerable para los resultados del programa.
- Las variables no observables permanecen constantes durante el tiempo y no afectan sustancialmente los indicadores de impacto, tanto en el grupo control como en el grupo comparado.
- Las variables de impacto del grupo comparado no cambiarán durante el tiempo y por tanto serán los mismos resultados de la preprueba y la posprueba (para validar este supuesto se propone realizar una segunda medición del grupo control).

### 3.3.1. Diseño Muestral

La estimación del tamaño de muestra para la evaluación de impacto del programa toma como punto de partida el diseño de evaluación de programa, el

cual se basa en cuasiexperimento con grupo control con un modelo de diferencias a nivel de cluster (departamentos y ciudades) en donde el nivel de intervención es la familia (adolescentes y apoderados). Esta característica es tomada en cuenta en el cálculo. En particular, se utiliza la propuesta metodológica para el cálculo de muestra desarrollada por Teerenstra et al. (2012). Una vez validada la información, acerca de los indicadores más relevantes (consumo de drogas y sustancias psicoactivas) y otros parámetros para el cálculo de la muestra, con el equipo conformado de la OPS y el comité técnico, se realizó el cálculo del tamaño de muestra, así como otros aspectos del diseño muestral, obteniéndose un estimado del tamaño de muestra de por lo menos 390 observaciones para el grupo comparado, que con una tasa de pérdida del 10%, se incrementa a 430 familias.

## Tamaño de Muestra

Un paso fundamental en el cálculo del tamaño de muestra es la correcta especificación de la varianza. Teerenstra et al. (2012) muestran que a partir de la varianza para un diseño de diferencias con asignación al tratamiento a nivel de clusters, es posible derivar una fórmula para el cálculo del tamaño de muestra, de la siguiente manera:

$$J = (t_{1-k} + t_{\alpha})^2 \times \frac{1}{P(1-P)} \frac{\sigma^2}{n \times ES^2} \times [1 + (n-1)p] \times [2(1-r)]$$

En donde *ES* es el tamaño del efecto esperado por la intervención medido en la unidad de referencia correspondiente. A fin de simplificar la fórmula, ésta puede expresarse en términos de desviaciones estándar a partir de una simple división de fórmula anterior por la desviación estándar de la variable de resultado de interés.

En resumen, el proceso de cálculo de muestra para un diseño de diferencias con asignación al tratamiento a nivel de clúster consiste en el desarrollo de las siguientes estimaciones:

Paso 1: Cálculo del tamaño de muestra para un diseño de asignación aleatoria simple con información a ser analizada durante el seguimiento.

Paso 2: Cálculo del efecto diseño mediante el CCI y obtención del tamaño de muestra para un diseño de asignación aleatoria a nivel de cluster. Estimada a través de la información del grupo intervenido.

Paso 3: Cálculo del coeficiente de correlación *r* y obtención del tamaño de muestra para un diseño de diferencias con asignación a nivel de cluster. Estimada a través de la información del grupo intervenido.

Estos cálculos fueron obtenidos a partir de programa estadístico STATA utilizado para el cálculo los pasos anteriormente sugeridos, a través de los comandos *sampsi* y *sampclus*.

Los parámetros seleccionados y estimados a partir de la información reportada en el grupo intervenido, para el cálculo de muestra fueron los siguientes:

- Tamaño del efecto estimado: 0.80 desviaciones, en la reducción del consumo de cigarrillos y alcohol asociado al programa (variables 90-95 del cuestionario de jóvenes).
- Desviación estándar estimado para el grupo tratamiento y grupo comparado: 2.37
- Nivel de potencia de la muestra: 90%
- Nivel de correlación a nivel de clúster (territorios) estimado: 0.05
- Número de observaciones promedio de los cluster o por territorios: 25 familias

Los parámetros anteriores se basan en información suministrada en las bases de datos de las familias intervenidas como se explicó en líneas arriba. Para el caso del tamaño del efecto, se asume un efecto modesto en relación a los estándares usuales en la literatura. Como sugieren autores como Cohen (1988), se considera un efecto de 0.80 desviaciones estándar (Kumpfer, Alvarado, y Whiteside, 2003) como un efecto grande en términos estadísticos. Por otro lado, se utiliza un nivel de potencia del 90%. Finalmente, el nivel de correlación a nivel de cluster (CCI) fue estimado en 0.05, a partir de los datos consignados en la línea de base para la variable de impacto “consumo de cigarrillos y alcohol”.

Con estos parámetros el cálculo del tamaño de muestra resultó de 390 y con una estimación del 10% para la sustitución de los casos perdidos (perdida por seguimiento), el tamaño de muestra final es de mínimo 430 observaciones efectivas para el grupo de comparación.

La tabla 12 presenta, complementariamente, la composición de la muestra del grupo de comparación, de acuerdo a la asignación proporcional de cada departamento.

**Tabla 12. Distribución de la muestra del grupo de comparación**

	Antioquia	Boyacá	Caldas	Quindío	Risaralda
<b>Grupo con Intervención</b>	432	273	150	60	72
<b>% Participación</b>	43,8%	27,7%	15,2%	6,1%	7,3%
<b>Grupo de Comparación</b>	188	119	65	26	31

Fuente: equipo consultor PUJ

### **3.3.2. Selección de la Muestra de Comparación y Control de Variables por Selección**

Dentro de los cinco departamentos y 16 territorios donde se implementó el programa FF (Antioquia, Boyacá, Caldas, Quindío y Risaralda) seleccionados para el estudio, se incluyeron los hogares que hacían parte del grupo control. El método de selección se realizó por pareamiento dirigido con asignación proporcional al tamaño del departamento y territorio. Los criterios de pareamiento incluyeron, entre otros, el nivel de urbanización, estrato socioeconómico, las condiciones de vivienda, niveles de ingresos y nivel educativo de los familiares.

## **3.4. Fase IV – Recogida de Información**

### **3.4.1. Trabajo de Campo**

La recolección de los datos del grupo comparado se llevó a cabo entre el 2 de mayo de 2016 y 10 de junio del 2016. El trabajo de campo estuvo integrado por tres equipos, cada uno conformado por tres profesionales, uno de ellos actuó a su vez como coordinador del grupo, los restantes profesionales fueron la categoría de auxiliares de campo. Cada auxiliar programó sus actividades de acuerdo con un plan de trabajo detallado.

El trabajo en terreno se realizó paralelo y simultáneo en algunos municipios, para optimizar el tiempo y recursos, pero la distribución de cada uno de los equipos se realizó en un departamento diferente. El trabajo de campo se hizo bajo la modalidad de barrido del territorio, programando las visitas a los municipios según localización e institución educativa.

Cada equipo permaneció en promedio dos días en cada localidad, tiempo en el que se efectuaron todos los procedimientos y aplicación de los instrumentos, incluido los grupos focales.

Antes de iniciar el operativo de campo, el coordinador del grupo, estableció contacto e informó con antelación el propósito de la consultoría y el cronograma de trabajo en cada una de las instituciones, con el propósito de informar y concertar una cita contando con el aval y autorización de las autoridades respectivas. Cada visita estuvo programada con la debida antelación y obedeció a un cronograma concertado entre las partes.

Una vez realizada la convocatoria de las familias que participaran como controles, se aplicó el instrumento a los adolescentes y sus respectivos apoderados.

Las entrevistas y los grupos focales fueron grabadas contando con la aprobación de los participantes, se registró información relacionada con el lenguaje verbal y no verbal de cada uno de los y las participantes (se tomaron notas de campo) y se levantó un archivo fotográfico de los procesos y eventos realizados en torno a la evaluación, todo lo anterior con base en los estándares éticos establecidos por el Sistema de Naciones Unidas SNU y los estándares de calidad de la evaluación establecidos por las Naciones Unidas.

Las siguientes tablas, muestran el total de cuestionarios aplicados en el operativo de campo por departamento y municipio, para las familias comparadas e intervenidas:

**Tabla 13. Distribución final de la muestra de las familias comparadas**

Departamento	Municipio	Adolescentes		Apoderados	
		Total Municipio	Total Departamento	Total Municipio	Total Departamento
<b>Risaralda</b>	Pereira	48	114	39	104
	Apia	7		7	
	Mistrató	15		15	
	Marsella	17		16	
	Pueblo Rico	27		27	
<b>Caldas</b>	Villa María	17	91	17	91
	Aránzazu	18		18	
	Chinchiná	56		56	
<b>Boyacá</b>	Chiquinquirá	42	157	42	148
	Duitama	53		49	
	Sogamoso	31		26	
	Tunja	31		31	
<b>Quindío</b>	Armenia	26	84	26	84
	Filandia	21		21	
	La Tebaida	37		37	
<b>Antioquia</b>	Itagüí	193	193	193	193
	Total	639		620	

Fuente: equipo consultor PUJ

**Tabla 14. Distribución final de la muestra de las familias intervenidas**

Departamento	Municipio	Adolescentes		Apoderados	
		Total Municipio	Total Departamento	Total Municipio	Total Departamento
Risaralda	Pereira	23	23	23	23
	Apía	0		0	
	Mistrató	0		0	
	Marsella	0		0	
	Pueblo Rico	0		0	

Caldas	Villa María	45	147	43	138
	Aranzazu	25		25	
	Chinchiná	77		70	
Boyacá	Chiquinquirá	51	139	50	141
	Duitama	51		51	
	Sogamoso	37		40	
	Tunja	0		0	
Quindío	Armenia	0	0	0	0
	Filandia	0		0	
	La Tebaida	0		0	
Antioquia	Itagüí	5	5	0	0
Total		314		302	

Fuente: equipo consultor PUJ

Ahora, la tabla 15, muestra un resumen de los participantes de los grupos focales.

**Tabla 15. Distribución de los participantes de los grupos focales**

Ciudad	Total Asistentes	Padres/ madres	Adolescentes	Facilitadores
<b>Departamento 1</b>	<b>16</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>3</b>
<b>Caldas</b> <b>(Manizales y Chinchiná)</b>				
<b>Departamento 2</b>	<b>17</b>	<b>9</b>	<b>6</b>	<b>2</b>
<b>Quindío (Armenia)</b>				
<b>Departamento 3 Risaralda</b> <b>(Pereira)</b>	<b>27</b>	<b>9</b>	<b>11</b>	<b>7</b>
<b>Departamento 4</b> <b>Boyacá (Tunja y Sogamoso)</b>	<b>22</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>6</b>
<b>Departamento 5</b> <b>Antioquia (Itagüí)</b>	<b>15</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>5</b>
<b>Total</b>	<b>97</b>	<b>36</b>	<b>38</b>	<b>23</b>
	<b>personas</b>	<b>padres</b>	<b>adolescentes</b>	<b>facilitadores</b>

Fuente: equipo consultor PUJ

El trabajo de campo, también incluyó el levantamiento de información de las variables sociodemográficas para el grupo intervenido. Consistió en la realización de llamadas telefónicas a todos los participantes que tuvieran información de contacto telefónico, suministrado por el contratante. Se tenía información de contacto telefónico de 170 familias intervenidas, de las cuales sólo se logró obtener la información de las variables sociodemográficas de 82 familias. La tabla 16, resume los resultados de las llamadas realizadas.

**Tabla 16. Resultados de las llamadas realizadas a las familias intervenidas**

	<b>n</b>	<b>%</b>
Efectivas	82	48,2%
Correo de Voz	55	32,4%
No Contesta	12	7,1%
Número Errado	13	7,6%
No dio la Información	8	4,7%
Total	170	100%

### 3.4.2. Procesamiento de la información

Dado que la información recolectada de la evaluación del programa de intervención Familias Fuertes se obtuvo de diversas fuentes, el procesamiento de cada uno de los instrumentos tuvo un manejo diferente, así los cuestionarios de adolescentes y apoderados fueron digitalizados a través de un Lector Óptico, el cual permitió la captura automática de los caracteres escritos en los cuestionarios. Proceso que agilizó la creación de las bases de datos y minimizó los errores habituales de digitalización de información. Posteriormente, los datos capturados se descargaron en una base de datos del paquete estadístico STATA (Data Analysis and Statistical Software) para la aplicación de las técnicas de evaluación de impacto de proyectos e iniciativas sociales (métodos de regresión). Ahora, los datos obtenidos en las entrevistas y grupos focales fueron registrados en archivos de audio para posteriormente realizar la transcripción en Word.

## 3.5. Fase V - Análisis de Datos

### 3.5.1. Componente cuantitativo

En este apartado se muestran los principales resultados de la evaluación del programa Familias Fuertes. Primero se describen los hallazgos de la línea de base y posteriormente se muestran los resultados de impacto del programa, desde los datos capturados en los cuestionarios de adolescentes y apoderados.

#### Análisis descriptivo de la línea de base

Se obtuvo información de un total de 953 familias, de las cuales 314 familias hacen parte del Programa de Familias Fuertes y 639 hicieron parte de un grupo denominado control. El tamaño de la muestra final fue de 953 adolescentes entre los 9 y 17 años de edad y de 922 apoderados (620 apoderados del grupo control y 302 del grupo tratamiento). La tabla 17, muestra la distribución final de

muestra de apoderados y adolescentes para cada uno de los grupos (tratamiento y control).

**Tabla 17. Distribución de la muestra final de apoderados y adolescentes en función del grupo tratamiento y grupo control de la línea de base**

	Grupo Tratamiento		Grupo Control		Total
	n	%	n	%	
<b>Apoderados</b>	302	32,7%	620	67,3%	922
<b>Adolescentes</b>	314	32,9%	639	67,1%	953
<b>Total</b>	616	32,8%	1259	67,2%	1875

*Composición geográfica del hogar*

En la tabla 18, se muestra la composición geográfica de los adolescentes y apoderados del grupo tratamiento y control de la Línea de Base. En ella se observa que la muestra del grupo control estuvo conforma por familias de cinco departamentos: Risaralda, Caldas, Boyacá, Quindío y Antioquia. En el apartado de metodología se describieron las razones por las cuales no se tuvo en cuenta la información de los departamentos de Quindío y parte del departamento de Antioquia, para el grupo tratamiento.

Se observa una distribución similar entre el número de apoderados y adolescentes en función de los departamentos estudiados. Sin embargo, en cuanto a la distribución geográfica, en cada uno de los autores, por grupo control y tratamiento, se encuentra diferencias estadísticamente significativas, a través de la prueba Chi-cuadrado ( $p < 0.05$ ), es decir, que el grupo tratamiento y el grupo control tienen una composición geográfica diferente, tanto en adolescentes como en apoderados.

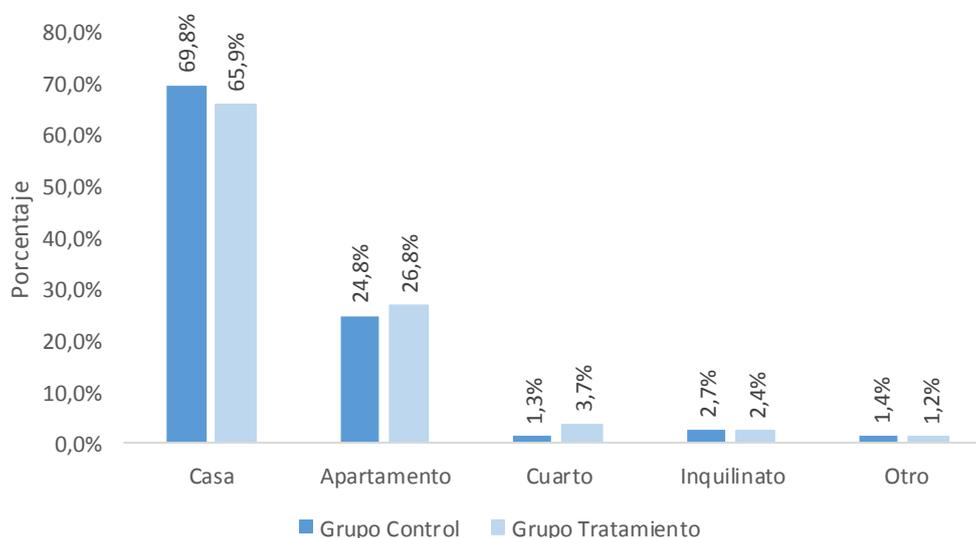
**Tabla 18. Composición geográfica de los apoderados y adolescentes del grupo control y grupo tratamiento de la línea de base**

Departamento	Apoderados				Adolescentes			
	Grupo Control		Grupo Tratamiento		Grupo Control		Grupo Tratamiento	
	n	%	n	%	N	%	n	%
<b>Risaralda</b>	104	16,8%	23	7,6%	114	17,8%	23	7,3%
<b>Caldas</b>	91	14,7%	138	45,7%	91	14,2%	147	46,8%
<b>Boyacá</b>	148	23,9%	141	46,7%	157	24,6%	139	44,3%
<b>Quindío</b>	84	13,5%	0	0,0%	84	13,1%	0	0,0%
<b>Antioquia</b>	193	31,1%	0	0,0%	193	30,2%	5	1,6%

### Condiciones del hogar

En cuanto al tipo de vivienda, el 69.8% de las familias del grupo control viven en una casa y en un porcentaje similar (65.9%) las familias tratamiento viven en este mismo tipo de vivienda. Ahora, el 24.8% de las familias del grupo control viven en apartamento, el 1.3% en cuartos y el 2.7% en inquilinato, mientras que el 26.8% de las familias tratamiento viven en apartamento, el 3.7% en cuartos y el 2.4% en inquilinato, lo cual evidencia, a través de la prueba Chi-cuadrado que no existen diferencias significativas en el tipo de vivienda de ambos grupos ( $p=0.567$ ). El gráfico 3 muestra los resultados del tipo de vivienda para las familias del grupo control y grupo tratamiento.

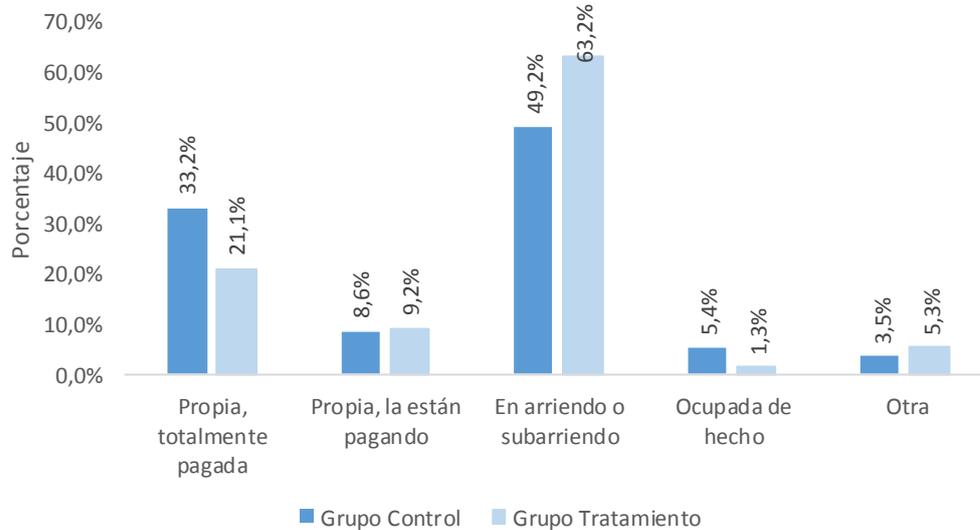
**Gráfico 3. Tipo de vivienda de las familias del grupo control y grupo tratamiento de la línea de base**



Fuente: equipo consultor PUJ

El 33.2% de las familias del grupo control tienen una vivienda propia (totalmente pagada), mientras que un 21.1% de las familias del grupo tratamiento presenta esta misma característica. En un mayor porcentaje (63.2%), las familias del grupo tratamiento viven en vivienda en arriendo o subarriendo, mientras que el 49.2% de las familias control arrienda su vivienda, sin embargo, estas diferencias no representan una significancia estadística, al nivel del 5% ( $p=0.07$ ), es decir, que las familias del grupo control y tratamiento muestran condiciones de vivienda muy similares (gráfico 4).

**Gráfico 4. Tenencia de vivienda de las familias del grupo control y grupo tratamiento de la línea de base**



Fuente: equipo consultor PUJ

Ahora, en cuanto a los servicios públicos con que cuentan las familias del grupo tratamiento y las familias del grupo control se encontró que el 97,8% de las familias control y el 100% de las familias tratamiento tienen servicios de energía eléctrica ( $p=0.179$ ). En un porcentaje muy cercano al 98%, las familias tratamiento tienen acueducto y el 94,4% de las familias control también lo tienen ( $p=0.223$ ). El 82,5% de las familias control cuentan con recolección de basuras, mientras que un porcentaje mayor, el 92,7%, las familias tratamiento cuentan con éste servicio ( $p=0.019$ ). En un porcentaje de alrededor del 48%, las familias del grupo control y tratamiento, cuentan con el servicio de internet ( $p=0.913$ ). El 72,5% de las familias control cuentan con servicio de gas por tubería y el 84,1% de las familias tratamiento cuenta con el mismo servicio ( $p=0.023$ ). En un porcentaje muy similar, ambos grupos cuentan con el servicio de alcantarillado ( $p=0.493$ ). Por último, en cuanto al servicio de teléfono, el panorama es distinto, ya que el 48,2% de las familias control tienen el servicio, mientras que tan sólo el 30,5% de las familias tratamiento, cuentan con el servicio de telefonía ( $p=0.002$ ). (Tabla 19).

**Tabla 19. Servicios públicos con los que cuentan las familias del grupo tratamiento y control de la Línea de Base**

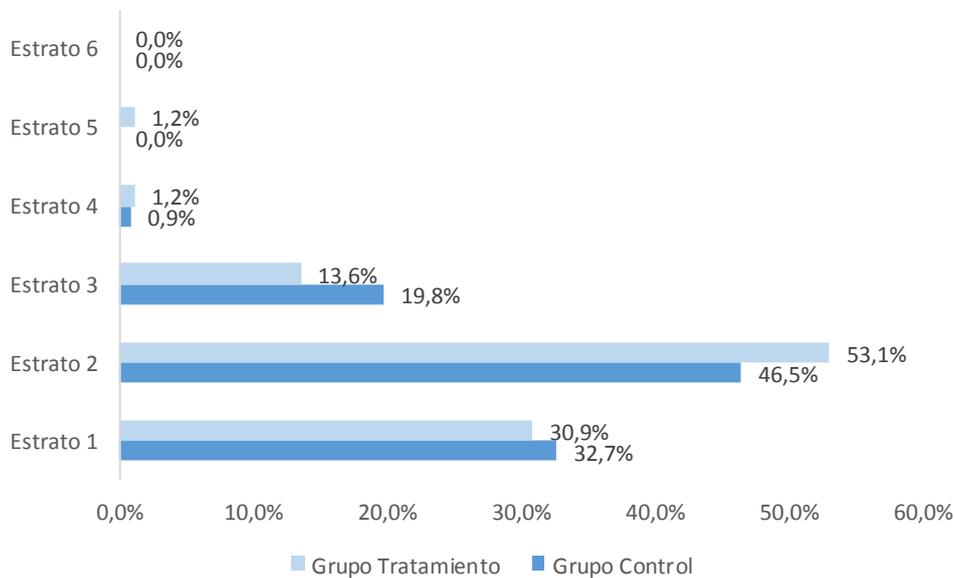
Servicios Públicos	Categorías	Grupo Control		Grupo Tratamiento		p-valor
		n	%	n	%	
Energía Eléctrica	No	14	2,2%	0	0,0%	0,179
	Si	625	97,8%	81	100,0%	
Acueducto	No	36	5,6%	2	2,4%	0,223
	Si	603	94,4%	80	97,6%	
Recolección de Basuras	No	112	17,5%	6	7,3%	0,019
	Si	527	82,5%	76	92,7%	
Internet	No	331	51,8%	43	52,4%	0,913
	Si	308	48,2%	39	47,6%	

Gas Tubería	por	No	176	27,5%	13	15,9%	0,023
	Si		463	72,5%	69	84,1%	
Alcantarillado	No	96	15,0%	10	12,2%	0,496	
	Si	543	85,0%	72	87,8%		
Teléfono	No	331	51,8%	57	69,5%	0,002	
	Si	308	48,2%	25	30,5%		

Fuente: equipo consultor PUJ

Un poco más del 30% de las familias del grupo control y tratamiento viven en un estrato socioeconómico 1. El 46.5% de las familias que pertenecen al grupo control son de estrato 2, mientras que el 53.1% de las familias del grupo tratamiento pertenecen al mismo estrato. Ahora, un 13.6% de las familias tratamiento pertenecen al estrato 3 y en un porcentaje un poco más alto, el 19.8% de las familias del grupo control son de estrato 3 (gráfico 5). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas, al nivel del 5%, entre ambos grupos, en cuanto al estrato socioeconómico (p=0.066).

**Gráfico 5. Estrato socioeconómico de las familias del grupo control y grupo tratamiento de la línea de base**

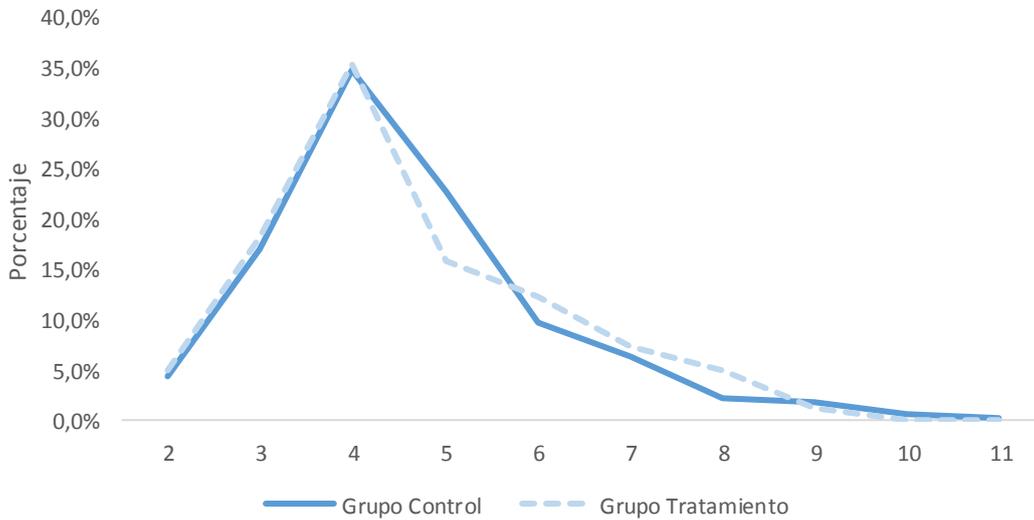


Fuente: equipo consultor PUJ

### Tamaño del Hogar

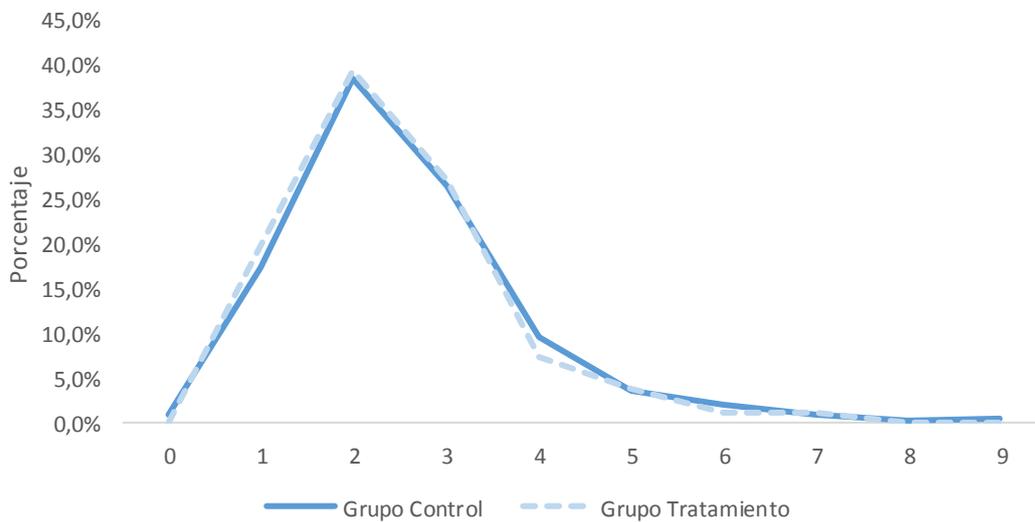
Las familias control y tratamiento presentaron un mismo promedio de personas que pertenecen al hogar, este promedio fue de  $4.6 \pm 1.5$  personas (gráfico 6). De igual manera, tanto el grupo control y como el grupo tratamiento tuvieron un promedio de  $2.5 \pm 1.3$  hijos en la familia (gráfico 7).

**Gráfico 6. Tamaño del hogar para las familias del grupo tratamiento y control de la Línea de Base**



Fuente: equipo consultor PUJ

**Gráfico 7. Número de hijos para las familias del grupo tratamiento y control de la Línea de Base**



Fuente: equipo consultor PUJ

*Estructura familiar*

En la tabla 20, se evidencia con quien viven los adolescentes del grupo control y grupo tratamiento. Se observa que más de la mitad de los adolescentes, en ambos grupos, conviven con sus dos padres. El 27.9% de los adolescentes del

grupo control y el 24.3% de los adolescentes tratamiento, viven solamente con sus madres. Cabe destacar que un 3.7% y un 3.9% de los adolescentes control y tratamiento, respectivamente, no viven con los dos padres. Al realizar la prueba Chi-cuadrado, no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos, en cuanto a con quien viven los adolescentes ( $p=0.461$ ).

**Tabla 20. Con quien viven los adolescentes de las familias del grupo tratamiento y control de la Línea de Base**

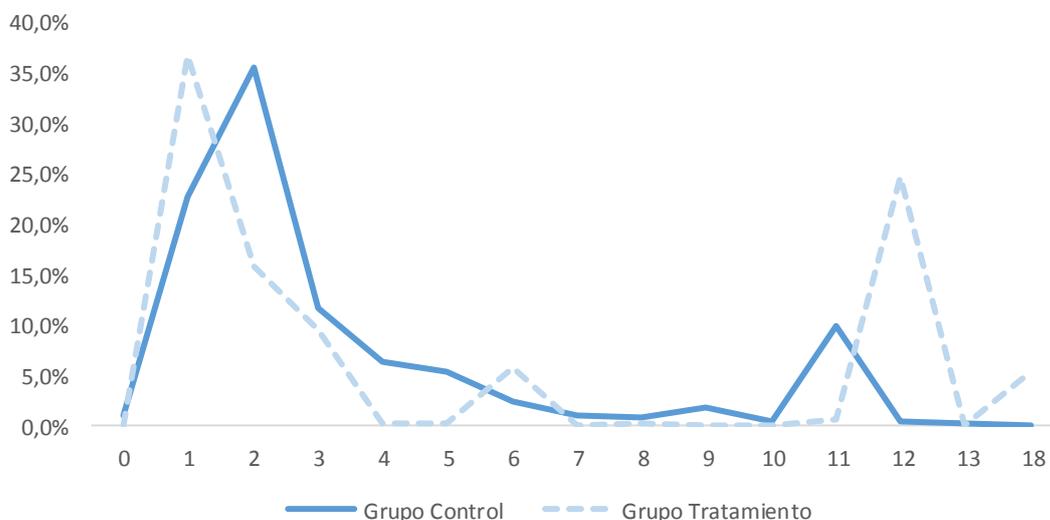
¿Con quién vives?	Grupo Control		Grupo Experimental	
	n	%	n	%
<b>Con mis dos padres</b>	343	53,4%	165	58,9%
<b>Con mi madre solamente</b>	179	27,9%	68	24,3%
<b>Con mi padre solamente</b>	19	3,0%	10	3,6%
<b>Con mi madre y padrastro</b>	73	11,4%	23	8,2%
<b>Con mi padre y madrastra</b>	4	0,6%	3	1,1%
<b>Con ninguno de mis padres</b>	24	3,7%	11	3,9%

Fuente: equipo consultor PUJ

#### *Nivel educativo y estado civil de los apoderados*

El número de años promedio de educación de los apoderados fue de  $4.1 \pm 4.1$  años; el promedio para los apoderados control fue de  $3.5 \pm 3.1$  años y para los apoderados del grupo tratamiento de  $5.4 \pm 5.4$  años, encontrándose una diferencias significativa en el número de años de educación entre ambos grupos, a través de la prueba t student ( $p=0.000$ ). Por tanto, los apoderados del grupo tratamiento presentaron un mayor número de años de educación que los apoderados del grupo control (gráfico 8).

**Gráfico 8. Nivel de educación del apoderado para las familias del grupo tratamiento y control de la Línea de Base**



Fuente: equipo consultor PUJ

El estado civil más frecuente en ambos grupos fue el casado(a), con un 39.1% para los apoderados control y un 38.3% para los apoderados tratamiento. El de menor frecuencia fue el estado civil viudo(a) con un 2.1% para los apoderados del grupo control y un 2.3% para los apoderados del grupo tratamiento (tabla 21). La prueba Chi-cuadrado, muestra que no existen diferencias en el estado civil de ambos grupos ( $p=0.133$ ).

**Tabla 21. Estado civil de los apoderados de las familias del grupo tratamiento y control de la Línea de Base**

Estado Civil	Grupo Control		Grupo Tratamiento	
	n	%	n	%
<b>Casado(a)</b>	229	39,1%	114	38,3%
<b>Soltero(a), Divorciado(a), Vive Solo(a)</b>	165	28,2%	104	34,9%
<b>Viudo(a)</b>	12	2,1%	7	2,3%
<b>Convivente</b>	179	30,6%	73	24,5%

Fuente: equipo consultor PUJ

#### *Estructura por edad y sexo de los participantes*

En la tabla 22, se observa que para los apoderados la distribución por sexo es muy similar en el grupo control y grupo tratamiento ( $p=0.505$ ); el 85.7% en el grupo control y el 84.1% en el grupo tratamiento, son mujeres. En los adolescentes, la distribución por sexo en el grupo control y tratamiento, también resultó muy similar ( $p=0.100$ ), además, en este caso el porcentaje de hombres es muy similar al porcentaje de mujeres en ambos grupos.

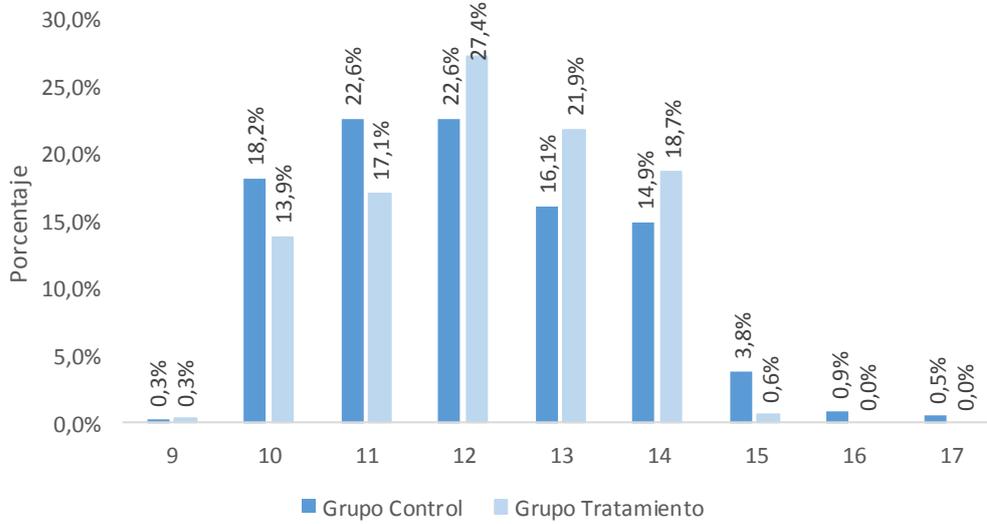
**Tabla 22. Sexo del apoderado y adolescente de las familias del grupo tratamiento y control de la Línea de Base**

	Grupo Control		Grupo Tratamiento		p
	n	%	n	%	
<b>Apoderado</b>					
<b>Hombre</b>	89	14,3%	48	15,9%	0.505
<b>Mujer</b>	534	85,7%	253	84,1%	
<b>Adolescente</b>					
<b>Hombre</b>	314	49,0%	170	54,7%	0.100
<b>Mujer</b>	327	51,0%	141	45,3%	

Fuente: equipo consultor PUJ

El promedio de edad de los adolescentes para el grupo control fue de  $12 \pm 1.5$  años y para el grupo tratamiento fue de  $12.2 \pm 1.3$  años, resultado ser no significativo ( $p=0.202$ ). En el gráfico 9 se observa la distribución de la edad de los adolescentes en ambos grupos.

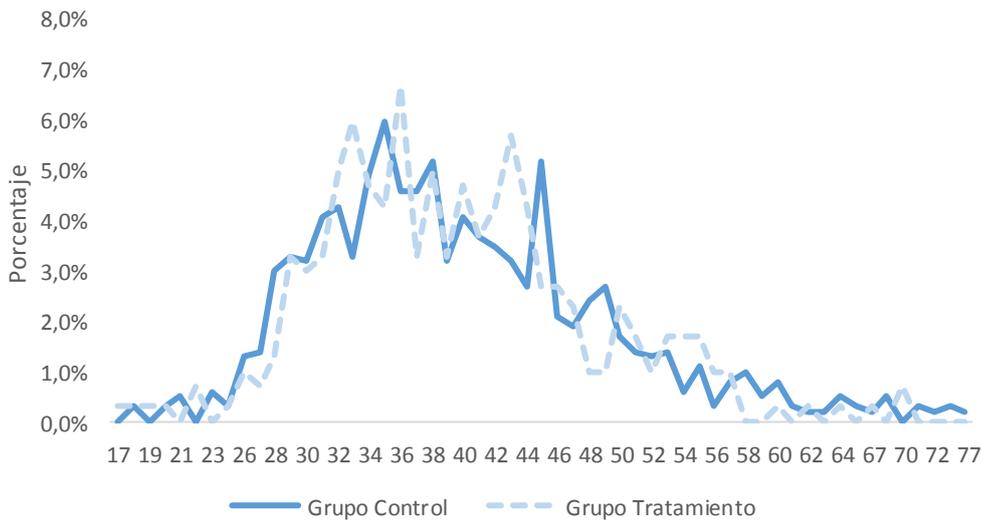
**Gráfico 9. Edad del adolescente para las familias del grupo tratamiento y control de la Línea de Base**



Fuente: equipo consultor PUJ

Finalmente, en relación a la edad de los apoderados, se encuentra que la edad promedio de los que pertenecen al grupo control fue de  $39.8 \pm 9.5$  años de edad y del grupo tratamiento, fue de  $39.5 \pm 8.6$  años de edad. La prueba t student, permite evidenciar que no existen diferencias estadísticas en la edad de los apoderados control y tratamiento ( $p=0.652$ ).

**Gráfico 10. Edad del apoderado para las familias del grupo tratamiento y control de la Línea de Base**



Fuente: equipo consultor PUJ

**Consumo de drogas (participantes grupo focal)**

Como un apartado especial, se mostraran los resultados del cuestionario sobre consumo de drogas, edad de inicio de consumo, riesgos asociados al consumo y posibilidad de consumo de los adolescentes que hicieron parte del grupo focal; estos adolescentes ya fueron intervenidos por el programa Familias Fuertes.

En relación a la prevalencia de consumo y edad de inicio, en la tabla 23 se muestra que un 11.4% de los adolescentes participantes del grupo focal, han consumido alguna vez marihuana, el 5.7% anfetaminas y un 2.9% cocaína y otro 2.9% Popper, así mismo, la edad de inicio del consumo fue de 12.8 años, 13.5 años, 13 y 15 años, respectivamente.

**Tabla 23. Prevalencia de consumo de drogas y edad de inicio. Media (M) y Desviación Estándar (D.E.)**

¿Ha consumido alguna vez alguna de estas sustancias?	No ha consumido		Si ha consumido		Edad de Inicio	
	n	%	n	%	M	D.E
<b>Tranquilizantes</b>	35	100,0%	0	0,0%	.	.
<b>Estimulantes</b>	35	100,0%	0	0,0%	.	.
<b>Inhalables</b>	35	100,0%	0	0,0%	.	.
<b>Marihuana</b>	31	88,6%	4	11,4%	12,8	0,5
<b>Cocaína</b>	34	97,1%	1	2,9%	13	.
<b>Pasta</b>	35	100,0%	0	0,0%	.	.
<b>Heroína</b>	35	100,0%	0	0,0%	.	.
<b>Popper</b>	34	97,1%	1	2,9%	15	.
<b>Alucinógeno</b>	35	100,0%	0	0,0%	.	.
<b>Relevon</b>	35	100,0%	0	0,0%	.	.
<b>Hashis</b>	35	100,0%	0	0,0%	.	.
<b>Crack</b>	35	100,0%	0	0,0%	.	.
<b>MDMA</b>	35	100,0%	0	0,0%	.	.
<b>Anfetaminas</b>	33	94,3%	2	5,7%	13,5	0,7
<b>Ketamina</b>	35	100,0%	0	0,0%	.	.
<b>Otras Drogas</b>	35	100,0%	0	0,0%	.	.

Cerca de un 11.5% de los adolescentes manifestaron haber experimentado en los últimos 12 meses mal rendimiento en alguna prueba o proyecto importante, mientras que un 2.9% manifestó haber perdido la memoria o tener problemas familiares o autoinfligirse heridas. Cabe destacar que cerca de un 6% de estos adolescentes, de vez en cuando ha pensado seriamente en suicidarse el último año (tabla 24).

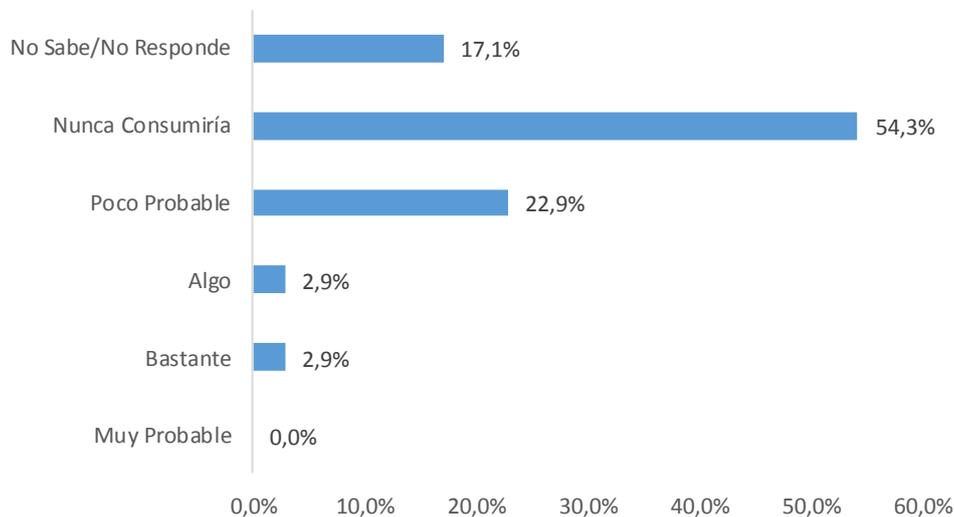
**Tabla 24. Riesgos asociados al consumo**

Durante los últimos 12 meses                      Nunca                      Rara Vez                      De Vez                      Bastante                      Muy a

¿Con qué frecuencia ha experimentado la siguiente situación?					en Cuando		a Menudo		Menudo	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tener mal rendimiento	8	22,9%	10	28,6%	13	37,1%	3	8,6%	1	2,9%
Tener algún problema con la policía	29	82,9%	5	14,3%	1	2,9%	0	0,0%	0	0,0%
Participar en alguna discusión	23	65,7%	8	22,9%	4	11,4%	0	0,0%	0	0,0%
Perder la memoria	32	91,4%	1	2,9%	1	2,9%	1	2,9%	0	0,0%
Tener problemas familiares	18	51,4%	12	34,3%	4	11,4%	1	2,9%	0	0,0%
Que tomen ventaja sexual	35	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Tomar ventaja sexual	35	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Intentar sin éxito dejar de consumir	34	97,1%	1	2,9%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Autoinflingirse heridas	29	82,9%	3	8,6%	2	5,7%	1	2,9%	0	0,0%
Pensar seriamente en suicidarse	30	85,7%	3	8,6%	2	5,7%	0	0,0%	0	0,0%

A la pregunta de si cree que es probable que el consuma drogas (sin considerar el alcohol, cigarrillo o tranquilizantes), el 2.9% de los adolescentes responde que lo considera bastante probable (gráfico 11). El 11.4% de los adolescentes cree que alguno de sus padres sabe que ha probado o consumido alguna droga.

**Gráfico 11. Probabilidad de consumo de drogas en el futuro**



Se les preguntó a los adolescentes acerca de la veracidad de la información reportada en el cuestionario en cuanto al consumo de drogas. Un 83% de los adolescentes informó que si alguna vez hubiera probado marihuana, probablemente o definitivamente diría que SI, mientras que un 17% no diría la verdad. De otro lado, un 77.2% de los adolescentes reporta que si alguna vez hubiera probado cocaína o pasta, diría que SI lo ha hecho en este tipo de cuestionarios, mientras que un 22.8% no lo diría (tabla 25).

**Tabla 25. Veracidad en la declaración sobre consumo de drogas**

Si alguna vez en la vida hubiera probado marihuana ¿lo habrías dicho en este cuestionario?	n	%
<b>Si, acabo de decirlo</b>	3	8,6%
<b>Definitivamente Si</b>	14	40,0%
<b>Probablemente Si</b>	12	34,3%
<b>Probablemente No</b>	2	5,7%
<b>Definitivamente no lo diría</b>	4	11,4%
<b>Si alguna vez en la vida hubiera probado cocaína o pasta ¿lo habrías dicho en este cuestionario?</b>		
<b>Si, acabo de decirlo</b>	2	5,7%
<b>Definitivamente Si</b>	15	42,9%
<b>Probablemente Si</b>	10	28,6%
<b>Probablemente No</b>	4	11,4%
<b>Definitivamente no lo diría</b>	4	11,4%

### Indicadores de Impacto en la Línea de Base

En el análisis de los indicadores de impacto del programa de Familia Fuertes, se utilizaron los indicadores descritos en el apartado de la metodología para el cuestionario de adolescentes y el cuestionario de apoderados. Según el tipo de indicador, un aumento o una disminución en el puntaje indica, un efecto positivo o un efecto negativo para el programa Familias Fuertes (ver tabla 10).

En la tabla 26, se muestran los valores promedios y desviaciones estándar de los indicadores de impacto del programa para los adolescentes del grupo control y grupo tratamiento. Se evidencia, a partir de la prueba t-student para muestras independientes, que los adolescentes del grupo control presentan una mejor comunicación sobre comportamientos de riesgo ( $p=0.000$ ), actitudes hacia el comportamiento de riesgo ( $p=0.000$ ), comunicación familiar ( $p=0.002$ ) y establecimiento de metas ( $p=0.003$ ) y conductas agresivas ( $p=0.003$ ).

**Tabla 26. Valores promedio (Media) y desviación estándar (D.E.) de los indicadores de impacto del adolescente de las familias del grupo tratamiento y control de la Línea de Base**

Indicadores de Impacto	Grupo Control		Grupo Tratamiento		p
	Media	D.E.	Media	D.E.	
<b>Participación y apoyo familiar</b>	40,2	6,1	39,4	6,4	0.086
<b>Demostración de Afecto y cariño</b>	27	5,1	26,6	4,9	0.259
<b>Disciplina consistente (Castigo y Refuerzo)</b>	21,8	3,5	21,4	3,7	0.120

<b>Comunicación sobre comportamientos de riesgo</b>	14,7	9,2	11,9	9,7	0.000
<b>Actitudes hacia comportamientos de riesgo</b>	35,8	5,1	32,9	7,9	0.000
<b>Comunicación familiar</b>	46,3	10,5	43,9	10,7	0.002
<b>Expresión de afecto y de hostilidad</b>	28,2	4,6	27,9	4,6	0.390
<b>Presencia de agresión directa familiar</b>	8,6	3,4	8,7	3,5	0.698
<b>Conexión con la familia nuclear</b>	39,3	7,7	39,7	7,5	0.522
<b>Establecimiento de Metas</b>	17,7	2,8	17	3,1	0.003
<b>Resistencia a la presión de pares</b>	17,3	6,9	17,5	6,7	0.730
<b>Intención de consumo: cigarrillo y alcohol</b>	5,9	2,5	6,1	2,6	0.457
<b>Consumo de SPA</b>	0,6	2,9	1,4	6,4	0.057
<b>Conductas agresivas</b>	3,8	5,2	5,1	6,8	0.003

Fuente: equipo consultor PUJ

Ahora, al comparar los valores promedios y desviaciones estándar de los indicadores de impacto del programa para los apoderados del grupo control y grupo tratamiento, la tabla 27 muestra que los apoderados del grupo control presentan indicadores más positivos, en todos los aspectos, que el grupo tratamiento ( $p < 0.05$ ).

**Tabla 27. Valores promedio (Media) y desviación estándar (D.E.) de los indicadores de impacto del apoderado de las familias del grupo tratamiento y control de la Línea de Base**

Indicadores de Impacto	Grupo Control		Grupo Tratamiento		p
	Media	D.E.	Media	D.E.	
<b>Participación y apoyo familiar</b>	43,1	5,1	41,5	5,6	0,000
<b>Demostración de Afecto y cariño</b>	28,5	4,3	27,3	4,4	0,000
<b>Disciplina consistente (Castigo y Refuerzo)</b>	30,7	4,9	28,3	4,4	0,000
<b>Comunicación sobre comportamientos de riesgo</b>	18,3	7,6	16,5	8,6	0,003
<b>Actitudes hacia comportamientos de riesgo</b>	38,6	2,3	37,8	3,8	0,001
<b>Comunicación familiar</b>	48,1	6,3	46,6	6,9	0,004
<b>Expresión de afecto y de hostilidad</b>	29,4	3,2	27,7	3,5	0,000
<b>Presencia de agresión directa familiar</b>	14,4	4,7	15,8	4,7	0,000
<b>Conexión con la familia nuclear</b>	51,3	9,6	47,8	9,3	0,000
<b>Establecimiento de Metas</b>	8,6	1,7	8	1,7	0,000
<b>Comportamiento de riesgo en adolescentes percibido por apoderados</b>	10,9	4,3	12,5	5	0,000

Fuente: equipo consultor PUJ

## Pérdida de Muestra

Antes de realizar la comparación de los indicadores de impacto de los adolescentes y apoderados en la preprueba y posprueba, conviene mostrar los

resultados de la pérdida de muestra que ocurrieron en la preprueba y la posprueba. Esta pérdida de muestra puede deberse a razones como migración geográfica no registrada, negación a seguir participando en la evaluación, renuncia al programa, etc.

En la tabla 28 se reporta el número encuestados adolescentes y apoderados, se observa que la tasa de pérdida de muestra fue de 13.4%, resultando mayor para los apoderados con un 13.7% y para los adolescentes fue del 13.2%.

**Tabla 28. Cobertura de la muestra en la preprueba y posprueba en los adolescentes y apoderados de las familias del grupo control.**

	Preprueba		Posprueba	
	n	%	n	%
<b>Adolescentes</b>	310	50,9%	269	51,0%
<b>Apoderados</b>	299	49,1%	258	49,0%
<b>Total</b>	609	100%	527	100%

Fuente: equipo consultor PUJ

### 3.5.2. Resultados de Evaluación de Impacto del Programa Familias Fuertes

Como se ha mencionado anteriormente, se utilizará la metodología propuesta en el apartado de "Métodos" de este documento. El informe descriptivo reporta algunas diferencias importantes entre los participantes del grupo control y tratamiento. En particular, se encontró que los participantes que pertenecen al grupo tratamiento presentan una distribución geográfica distinta a los del grupo control, tienen mayor probabilidad de presentar en las viviendas el servicio de gas por tubería, menor probabilidad de contar con servicio de teléfono en la vivienda y los apoderados tienen mayor número de años de educación. Estos resultados evidencian que el grupo tratamiento y control son distintos en algunos aspectos relevantes para el análisis de los efectos del Programa de Familias Fuertes. La razón de esto, es que no se realizó la asignación aleatoria de los municipios beneficiarios del programa y del grupo control. Por lo cual, los efectos presentados en los indicadores de impacto no se pueden determinar con una simple comparación entre el grupo tratamiento y control, se debe utilizar la segunda estrategia metodológica planteada, para controlar aquellas características de los participantes que pueden influir en el las variables de impacto del programa y evitar de esta forma que la inferencia estadística acerca de los efectos causales calculados no sea válida para la población bajo estudio.

Ahora, en primer lugar a continuación se presentan resultados que comparan los indicadores antes y después de la aplicación del programa familias fuertes en el grupo de participantes que los recibió. Posteriormente, se presentarán los resultados que comparan el grupo de participantes tratamiento con el grupo de participantes del grupo control por el método de emparejamiento (propensity score matching), la cual permitirá implementar una corrección en la selección de

los participantes al Programa de Familias Fuertes debida a características observables de estos mismos y sus hogares, que sean influyentes, como ya se evidenció en el informe descriptivo.

## Modelo de diferencias en el tiempo

La primera estrategia para estimar el impacto del programa, dada la metodología implementada y la no disposición de información del segundo seguimiento del grupo comparado, es estimar la diferencia en las variables de impacto antes y después de la implementación del programa (indicador T) para el grupo tratamiento únicamente. Lo que se quiere es determinar cuánto el cambio en las variables de impacto entre dos periodos de tiempo se puede atribuir al programa Familias Fuertes.

La tabla 29, muestra el impacto del programa Familias Fuertes a través del modelo de estimación de diferencias en el tiempo para los indicadores de los adolescentes. Se observa, que el programa tiene un efecto favorable para los adolescentes, al nivel de significación del 1%, en los indicadores de "Participación y apoyo familiar" ( $p=0.000$ ), "Demostración de afecto y cariño" ( $p=0.001$ ), "disciplina consistente" ( $p=0.007$ ), "aptitudes hacia el comportamiento de riesgo" ( $p=0.007$ ) y "comunicación familiar" ( $p=0.003$ ), al nivel de significación del 10%, resultó un efecto favorable en el indicador de "establecimientos de metas" ( $p=0.080$ ).

**Tabla 29. Impacto del programa Familias Fuertes a través del modelo de diferencias en el tiempo para los indicadores de los Adolescentes**

Participación y apoyo familiar	B	Error típ.	t	p-valor
<b>Constante</b>	39,443	0,351	112,498	0,000
<b>T</b>	1,856	0,514	3,612	<b>0,000***</b>
<b>Demostración de Afecto y Cariño</b>				
<b>Constante</b>	26,612	0,282	94,333	0,000
<b>T</b>	1,324	0,413	3,21	<b>0,001***</b>
<b>Disciplina consistente (Castigo y Refuerzo)</b>				
<b>Constante</b>	21,39	0,204	104,942	0,000
<b>T</b>	1,799	0,296	2,696	<b>0,007***</b>
<b>Comunicación sobre comportamientos de riesgo</b>				
<b>Constante</b>	11,922	0,559	21,342	0,000
<b>T</b>	1,047	0,814	1,286	0,199
<b>Actitudes hacia comportamientos de riesgo</b>				
<b>Constante</b>	32,936	0,41	80,3	0,000
<b>T</b>	1,611	0,599	2,69	<b>0,007***</b>
<b>Comunicación Familiar</b>				
<b>Constante</b>	43,941	0,613	71,713	0,000
<b>T</b>	2,67	0,891	2,995	<b>0,003***</b>

**Expresión de afecto y de hostilidad**

<b>Constante</b>	27,869	0,269	103,454	0,000
<b>T</b>	0,334	0,426	0,784	0,434

**Presencia de agresión directa familiar**

<b>Constante</b>	8,7	0,198	43,975	0,000
<b>T</b>	-0,159	0,315	-0,506	0,613

**Conexión con la familia nuclear**

<b>Constante</b>	39,671	0,447	88,76	0,000
<b>T</b>	0,785	0,707	1,11	0,268

**Establecimiento de metas**

<b>Constante</b>	17,021	0,182	93,519	0,000
<b>T</b>	1,509	0,29	1,753	<b>0,080*</b>

**Resistencia a la presión de pares**

<b>Constante</b>	17,504	0,423	41,398	0,000
<b>T</b>	-0,515	0,674	-0,764	0,445

**Intención de consumo: cigarrillo y alcohol**

<b>Constante</b>	6,06	0,161	37,727	0,000
<b>T</b>	0,266	0,256	1,04	0,299

**Consumo de SPA**

<b>Constante</b>	1,357	0,322	4,219	0,000
<b>T</b>	-0,754	0,512	-1,471	0,142

**Conductas agresivas**

<b>Constante</b>	5,099	0,412	12,381	0,000
<b>T</b>	0,566	0,658	0,86	0,390

\* *significativo al nivel 10%*, \*\* *significativo al 5%*, \*\*\* *significativo al 1%*

Fuente: equipo consultor PUJ

Ahora, la tabla 30, muestra el impacto del programa Familias Fuertes a través del modelo de estimación de diferencias en el tiempo para los indicadores de los apoderados. En ella se evidencia que el programa tiene un efecto favorable para los apoderados en los siguientes indicadores: participación y apoyo familiar ( $p=0.025$ ), demostración de afecto y cariño ( $p=0.000$ ), disciplina consistente ( $p=0.007$ ), comunicación sobre comportamientos de riesgo ( $p=0.094$ ), comunicación familiar ( $p=0.021$ ), conexión con la familiar nuclear ( $p=0.000$ ) y establecimientos de metas ( $p=0.035$ ).

**Tabla 30. Impacto del programa Familias Fuertes a través del modelo de diferencias en el tiempo para los indicadores de los Apoderados**

<b>Participación y apoyo familiar</b>	<b>B</b>	<b>Error típ.</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<b>Constante</b>	41,518	0,33	125,657	0,000
<b>T</b>	1,111	0,494	2,251	<b>0,025**</b>
<b>Demostración de afecto y cariño</b>				
<b>Constante</b>	27,296	0,245	111,25	0,000

<b>T</b>	1,625	0,356	4,562	<b>0,000***</b>
<b>Disciplina consistente (castigo y refuerzo)</b>				
<b>Constante</b>	28,285	0,272	104,081	0,000
<b>T</b>	1,073	0,394	2,725	<b>0,007***</b>
<b>Comunicación sobre comportamientos de riesgo</b>				
<b>Constante</b>	16,514	0,513	32,221	0,000
<b>T</b>	1,245	0,743	1,676	<b>0,094*</b>
<b>Actitudes hacia comportamientos de riesgo</b>				
<b>Constante</b>	37,83	0,228	165,973	0,000
<b>T</b>	0,142	0,334	0,425	0,671
<b>Comunicación Familiar</b>				
<b>Constante</b>	46,649	0,4	116,673	0,000
<b>T</b>	1,338	0,579	2,31	<b>0,021**</b>
<b>Expresión de afecto y de hostilidad</b>				
<b>Constante</b>	27,731	0,236	117,7	0,000
<b>T</b>	0,085	0,34	0,25	0,803
<b>Presencia de agresión directa familiar</b>				
<b>Constante</b>	15,814	0,289	54,801	0,000
<b>T</b>	-0,642	0,421	-1,524	0,128
<b>Conexión con la familia nuclear</b>				
<b>Constante</b>	47,79	0,563	84,858	0,000
<b>T</b>	3,75	0,819	4,577	<b>0,000***</b>
<b>Establecimiento de metas</b>				
<b>Constante</b>	8,018	0,099	80,739	0,000
<b>T</b>	0,307	0,145	2,117	<b>0,035**</b>
<b>Comportamiento de riesgo en adolescentes percibido por apoderados</b>				
<b>Constante</b>	12,543	0,281	44,671	0,000
<b>T</b>	-0,39	0,409	-0,954	0,341

\* *significativo al nivel 10%*, \*\* *significativo al 5%*, \*\*\* *significativo al 1%*

Fuente: equipo consultor PUJ

En cuanto a las preguntas sobre intento de fumar cigarrillo y tomar cerveza, vino o licor sin que sus padres lo sepan, el 16.8% de los adolescentes contestaron que si han intentado fumar cigarrillo y el 31.1% han tomado cerveza, vino o licor, antes de haber iniciado el programa (tabla 31). Estos porcentajes no cambiaron significativamente ( $p > 0.05$ ) luego de haberse implementado el programa Familias Fuertes, como se observa en la tabla 32. Aquí se utilizó el modelo de diferencias en el tiempo, a través de la regresión logística.

**Tabla 31. Intento de fumar cigarrillo y tomar cerveza, vino o licor**

		Antes		Después	
		n	%	n	%
<b>¿Alguna vez has intentado fumar un</b>	No	238	83,2%	151	81,2%

<b>cigarrillo aunque sea una piteada?</b>	Si	48	<b>16,8%</b>	35	<b>18,8%</b>
<b>¿Alguna vez has tomado cerveza, vino o licor sin que tus padres lo sepan?</b>	No	197	68,9%	129	69,4%
	Si	89	<b>31,1%</b>	57	<b>30,6%</b>

**Tabla 32. Impacto del programa Familias Fuertes a través del modelo de diferencias en el tiempo (regresión logística) para el intento de fumar cigarrillo y tomar cerveza, vino o licor**

	<b>B</b>	<b>Error típ.</b>	<b>Wald</b>	<b>p</b>
¿Alguna vez has intentado fumar un cigarrillo aunque sea una piteada?				
<b>Constante</b>	-1,601	0,158	102,394	0,000
<b>T</b>	0,139	0,245	0,321	0,571
¿Alguna vez has tomado cerveza, vino o licor sin que tus padres lo sepan?				
<b>Constante</b>	-0,795	0,128	38,704	0,000
<b>T</b>	-0,022	0,204	0,012	0,913

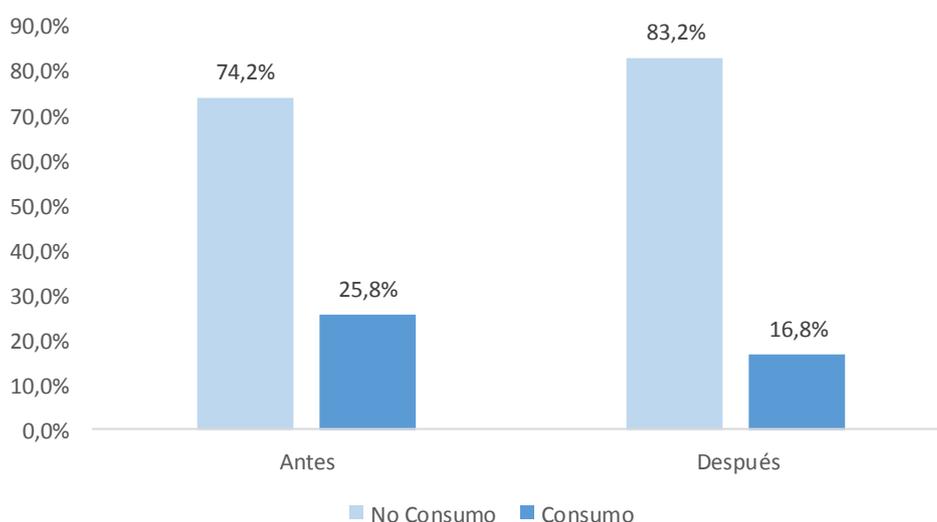
El indicador 13 de consumo de SPA, para los adolescentes, fue dicotomizado, de tal manera que aquellos adolescentes que reportaban que en los últimos 30 días habían consumido algún tipo de sustancia (cigarrillo, licor, marihuana, inhalación de pintura o aerosoles y otras drogas) en por lo menos alguno de estos días, se clasificaron como adolescentes que consumen algún tipo de sustancias, y aquellos que reportaran que en ninguno de los 30 días habían consumido estas sustancias, se clasificaron como adolescentes que no consumen estas sustancias. La tabla 33 y gráfico 12, muestra los porcentajes de consumo de sustancias en por lo menos algún día de los últimos 30 días, antes y después de haber implementado el programa Familias Fuertes.

Antes del programa, cerca del 25.8% de los adolescentes reportó haber consumido alguna sustancia en por lo menos un día, de los últimos 30 días de haber aplicado el cuestionario, mientras que después de implementarse el programa Familias Fuertes, el 16.8% de los adolescentes reportó haber realizado el consumo de alguna sustancia.

**Tabla 33. Porcentaje de consumo de alguna sustancia en por lo menos un día del último mes, antes y después de haberse implementado el programa Familias Fuertes**

		<b>Antes</b>		<b>Después</b>	
		<b>N</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Consumo SPA (Dicotomizada)</b>	No Consumo	210	74,2%	153	83,2%
	Consumo	73	25,8%	31	16,8%

**Gráfica 12. Porcentaje de consumo de alguna sustancia en por lo menos un día del último mes, antes y después de haberse implementado el programa Familias Fuertes**



El análisis del modelo de diferencias en el tiempo, a partir de la regresión logística, evidencia que el programa tiene un efecto favorable en la disminución del porcentaje de adolescentes que consumen algún tipo de sustancias como: fumar cigarrillo, beber alcohol, vino, cerveza o licor, usar marihuana, inhalar pintura, aerosoles o utilizar algún otro tipo de drogas ilegales, en por lo menos un día del último mes ( $p=0.024$ ).

**Tabla 34. Impacto del programa Familias Fuertes a través del modelo de diferencias en el tiempo (regresión logística) para el indicador de consumo de SPA dicotomizada**

Consumo de SPA (Dicotomizada)	B	Error típ.	Wald	p
<b>Constante</b>	-1,057	0,136	60,481	0,000
<b>T</b>	-0,540	0,239	5,089	<b>0,024**</b>

\* significativo al nivel 10%, \*\* significativo al 5%, \*\*\* significativo al 1%

Fuente: equipo consultor PUJ

El programa Familias Fuertes se empezó a implementar desde finales del año 2013 a un grupo de familias de algunas regiones del país y durante los siguientes dos años, se siguió implementado en otras regiones. La tabla 35 muestra la distribución de las familias intervenidas por el programa, según el municipio y los meses después de haber terminado el programa. El mayor número de familias intervenidas, terminó el programa Familias Fuertes hace 13 meses.

**Tabla 35. Distribución de familias intervenidas por el programa, según el municipio y los meses después de haber terminado el programa**

Ciudad	25 meses	19 meses	13 meses	Total
Pereira	0	0	23	23
Villa María	45	0	0	45
Aránzazu	0	0	25	25
Chinchiná	45	14	18	77
Chiquinquirá	0	0	51	51
Duitama	0	0	51	51
Sogamoso	0	0	37	37
Itagüí	5	0	0	5
<b>Total</b>	<b>95</b>	<b>14</b>	<b>205</b>	<b>314</b>

A continuación se presentan los resultados de la evaluación de impacto del programa Familias Fuertes, a través del modelo de diferencias en el tiempo, en función de los meses después de haber terminado el programa. Dado el número tan bajo de familias intervenidas hace 19 meses (n=14), en algunos análisis no se mostraron los resultados para éstas.

**Tabla 36. Impacto del programa Familias Fuertes a través del modelo de diferencias en el tiempo para los indicadores de los Adolescentes, en función de los meses después de haber terminado el programa**

	25 meses		19 meses		13 meses	
	B	p	B	p	B	p
<b>Participación y apoyo familiar</b>						
Constante	39,222	0,000	45,000	0,000	39,141	0,000
T	1,673	<b>0,081*</b>	2,818	0,191	1,901	<b>0,002***</b>
<b>Demostración de Afecto y Cariño</b>						
Constante	26,400	0,000	31,500	0,000	26,365	0,000
T	0,979	0,246	0,864	0,444	1,489	<b>0,002***</b>
<b>Disciplina consistente (Castigo y Refuerzo)</b>						
Constante	21,556	0,000	22,929	0,000	21,199	0,000
T	1,129	<b>0,055*</b>	-0,747	0,609	0,847	<b>0,018**</b>
<b>Comunicación sobre comportamientos de riesgo</b>						
Constante	15,622	0,000	10,071	0,000	10,323	0,000
T	-2,691	<b>0,082*</b>	-6,981	<b>0,031**</b>	3,218	<b>0,001***</b>
<b>Actitudes hacia comportamientos de riesgo</b>						
Constante	30,978	0,000	30,714	0,000	34,005	0,000
T	2,970	0,008***	-0,532	0,892	0,964	0,173
<b>Comunicación Familiar</b>						
Constante	40,227	0,000	48,857	0,000	45,335	0,000
T	5,682	<b>0,002***</b>	2,506	0,539	1,204	0,252
<b>Expresión de afecto y de hostilidad</b>						
Constante	28,067	0,000	27,000	0,000	27,836	0,000

T	0,687	0,334	0,909	0,612	0,120	0,829
<b>Presencia de agresión directa familiar</b>						
Constante	8,787	0,000	8,571	0,000	8,667	0,000
T	-0,418	0,432	-0,935	0,594	<b>0,043**</b>	0,915
<b>Conexión con la familia nuclear</b>						
Constante	38,261	0,000	42,071	0,000	40,189	0,000
T	2,583	<b>0,065*</b>	0,019	0,994	-0,084	0,921
<b>Establecimiento de metas</b>						
Constante	16,878	0,000	18,929	0,000	16,946	0,000
T	1,157	<b>0,018**</b>	0,071	0,923	0,198	0,602
<b>Resistencia a la presión de pares</b>						
Constante	18,800	0,000	20,000	0,000	16,642	0,000
T	-3,050	<b>0,016**</b>	-0,727	0,781	0,732	0,377
<b>Intención de consumo: cigarrillo y alcohol</b>						
Constante	7,078	0,000	4,643	0,000	5,657	0,000
T	-0,560	0,268	-0,279	0,519	0,762	<b>0,012**</b>
<b>Consumo de SPA</b>						
Constante	2,400	0,007	-	-	0,939	0,000
T	-0,996	0,478	-	-	-0,671	0,104
<b>Conductas agresivas</b>						
Constante	8,000	0,000	6,929	0,000	3,489	0,000
T	-1,161	0,417	-2,474	0,340	1,720	<b>0,013**</b>

\* significativo al nivel 10%, \*\* significativo al 5%, \*\*\* significativo al 1%

Fuente: equipo consultor PUJ

En la tabla 37, no se logra evidenciar un efecto significativo del programa Familias Fuertes en el indicador de consumo de SPA dicotomizado para las familias que terminaron el programa hace 25 y 13 meses.

**Tabla 37. Impacto del programa Familias Fuertes a través del modelo de diferencias en el tiempo (regresión logística) para el indicador de consumo de SPA dicotomizada en función de los meses después de haber terminado el programa**

Consumo de SPA (Dicotomizada)	25 meses		19 meses		13 meses	
	B	p	B	p	B	p
Constante	-0,644	0,004	-	-	-1,182	0,000
T	-0,576	0,136	-	-	-0,512	0,100

Finalmente, para el caso de los apoderados, la tabla 38, muestra el impacto del programa estimado a través del modelo de diferencias en el tiempo, en función de los meses después de haber terminado el programa.

**Tabla 38. Impacto del programa Familias Fuertes a través del modelo de diferencias en el tiempo para los indicadores de los Apoderados, en función de los meses después de haber terminado el programa**

	25 meses		19 meses		13 meses	
	B	p	B	p	B	p
<b>Participación y apoyo familiar</b>						
Constante	40,974	0,000	42,214	0,000	41,688	0,000
T	1,193	0,332	1,286	0,525	0,945	0,104
<b>Demostración de afecto y cariño</b>						
Constante	26,184	0,000	28,286	0,000	27,668	0,000
T	2,229	<b>0,011**</b>	0,714	0,600	1,367	<b>0,001***</b>
<b>Disciplina consistente (castigo y refuerzo)</b>						
Constante	28,347	0,000	27,643	0,000	28,309	0,000
T	0,458	0,594	3,440	<b>0,001***</b>	1,074	<b>0,024**</b>
<b>Comunicación sobre comportamientos de riesgo</b>						
Constante	20,154	0,000	22,000	0,000	14,575	0,000
T	1,210	0,274	-2,083	0,471	2,247	<b>0,014**</b>
<b>Actitudes hacia comportamientos de riesgo</b>						
Constante	38,390	0,000	39,385	0,000	37,500	0,000
T	-0,808	<b>0,056*</b>	-0,468	0,346	0,500	0,254
<b>Comunicación Familiar</b>						
Constante	47,338	0,000	49,000	0,000	46,194	0,000
T	1,685	0,125	0,083	0,969	1,476	<b>0,039**</b>
<b>Expresión de afecto y de hostilidad</b>						
Constante	27,554	0,000	27,786	0,000	27,802	0,000
T	-3,576	<b>0,000***</b>	0,298	0,804	0,945	<b>0,009***</b>
<b>Presencia de agresión directa familiar</b>						
Constante	17,333	0,000	18,143	0,000	15,000	0,000
T	1,667	<b>0,062*</b>	1,357	0,473	-1,038	<b>0,023**</b>
<b>Conexión con la familia nuclear</b>						
Constante	46,100	0,000	48,143	0,000	48,482	0,000
T	0,827	0,665	5,107	<b>0,095*</b>	4,057	<b>0,000***</b>
<b>Establecimiento de metas</b>						
Constante	7,773	0,000	8,714	0,000	8,063	0,000
T	-0,923	<b>0,005***</b>	0,202	0,713	0,530	<b>0,001***</b>
<b>Comportamiento de riesgo en adolescentes percibido por apoderados</b>						
Constante	13,829	0,000	12,500	0,000	12,032	0,000
T	-0,261	0,798	0,500	0,715	-0,254	0,579

\* significativo al nivel 10%, \*\* significativo al 5%, \*\*\* significativo al 1%

Fuente: equipo consultor PUJ

## Método de Emparejamiento (propensity score matching)

### *Probabilidad de Participación*

En cuanto a la selección del modelo para estimar la probabilidad de participación se puede realizar a través de varias maneras como la probabilidad lineal, probit y logit. Puesto que la idea para este estudio es especificar un modelo de la siguiente forma  $P(D_i = 1|X) = f(X)$ , es decir, modelar la probabilidad de participación al programa de Familias Fuertes como una función de otras características observables de los individuos, el modelo más apropiado deberá ser no lineal, ya que la variable de respuesta es binaria (1=participa en el tratamiento y 0=no participa en el tratamiento). Aquí, los modelos logit y probit (no lineales) usualmente generan resultados similares, por lo cual la decisión del modelo a utilizar no es crítica. Los modelos logit y probit se basan respectivamente en las funciones de probabilidad acumulada de las distribuciones logística y normal estándar, que son funciones no lineales y dado que estas dos distribuciones son muy similares, excepto en las colas, las estimaciones que se obtienen son muy similares, por tal razón se utilizará el modelo probit para estimar la probabilidad de participación al Programa de Familias Fuertes. Otra de las razones para utilizar el modelo Probit, es que en muchos estudios similares lo han utilizado con buenos resultados.

Para controlar las características observables que se recolectaron, se incluyeron en el modelo probit todas aquellas variables que posiblemente afectan la decisión de participación y el consumo de los adolescentes, como las que se describieron en el informe descriptivo. Las variables cualitativas fueron dicotomizadas para ser incluidas en el modelo probit. Es importante no omitir ninguna variable ni sobre-especificar el modelo, por lo tanto, se tuvo cuidado en el momento de decidir qué variables iban a ser incluidas y se involucró variables por variables dejando únicamente aquellas que fueron significativas al nivel del 0.05.

La tabla 39 muestra el modelo probit elegido para generar las probabilidades predichas de participación en el programa o propensity score. Todas las variables seleccionadas por el modelo son estadísticamente significativas y además resultó que el modelo es significativo en su conjunto ( $\chi^2 = 105.71$ ,  $p = 0.000$ ,  $R^2 = 0.237$ ). Con los coeficientes estimados (no reportados) predicen la probabilidad de participación en el programa para los participantes del grupo tratamiento y grupo control estudiado.

**Tabla 39. Modelo probit para estimar las probabilidades de participación en el programa o propensity score matching**

<b>Variables</b>	<b>dF/dx</b>	<b>Error est.</b>	<b>z</b>	<b>p</b>	<b>Intervalo de Confianza 95%</b>	
					<b>Inferior</b>	<b>Superior</b>
<b>Estrato 1</b>	-0,784	0,077	-8,53	0,000	-0,934	-0,633
<b>Estrato 2</b>	-0,956	0,034	-8,45	0,000	-1,023	-0,889
<b>Estrato 3</b>	-0,480	0,068	-8,63	0,000	-0,613	-0,346
<b>Un salario mínimo</b>	0,130	0,041	3,29	0,001	0,050	0,210
<b>Menos de un salario mínimo</b>	0,131	0,059	2,55	0,011	0,016	0,246

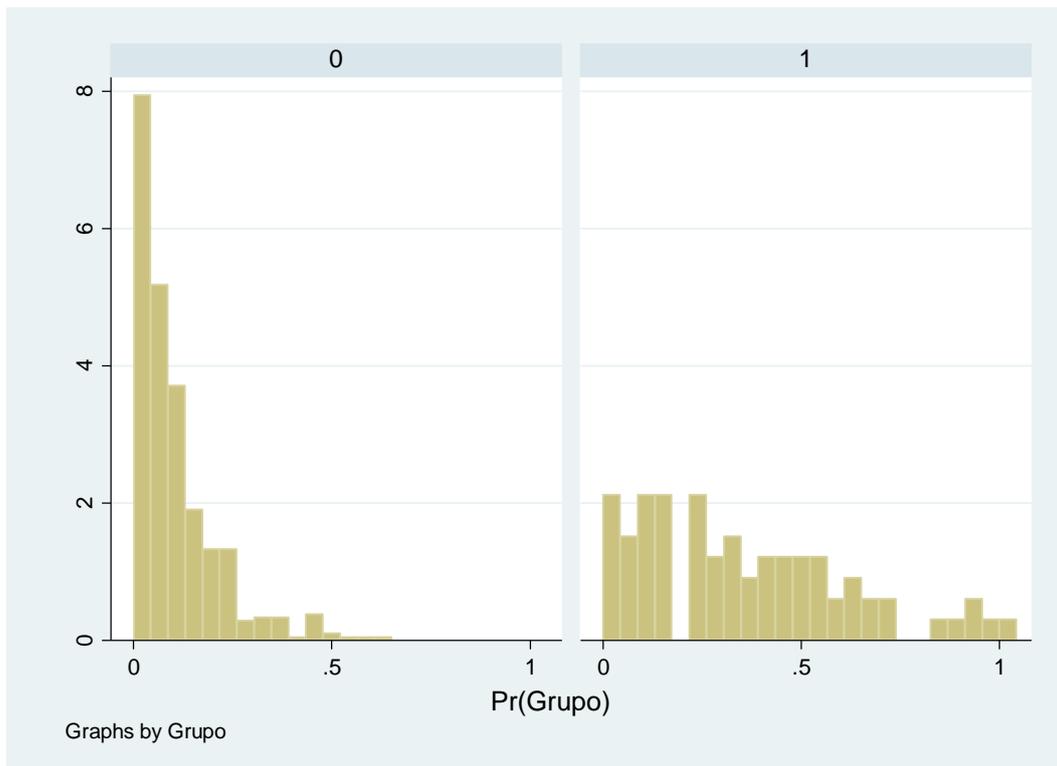
<b>Edad del apoderado</b>	0,004	0,001	3,27	0,001	0,002	0,007
<b>Educación del apoderado</b>	0,018	0,003	5,99	0,000	0,012	0,025
<b>Número de personas en el hogar</b>	0,024	0,010	2,53	0,012	0,006	0,043
<b>Número de hijos</b>	-0,025	0,012	-2,06	0,040	-0,049	-0,001
<b>Internet</b>	0,181	0,055	3,72	0,000	0,073	0,289
<b>Gas por tubería</b>	0,074	0,023	2,7	0,007	0,030	0,119
<b>Teléfono</b>	-0,289	0,061	-5,53	0,000	-0,407	-0,170

dF/dx = efecto marginal evaluado en la media de las variables.

Fuente: equipo consultor PUJ

En el gráfico 13 se observa que las probabilidades predichas son un tanto distintas entre el grupo de participantes tratamiento y control. Lo que normalmente se encontró, es que hay pocas observaciones del grupo control con altos valores de probabilidad de participación y algunas observaciones del grupo tratamiento con altos valores de probabilidad de participación. Por tanto, para asegurarse de comparar individuos comparables, se restringe la muestra al soporte común a través del comando `pscore` del programa estadístico STATA.

**Gráfico 13. Distribuciones de la probabilidad predicha para ambos grupos en donde 0 representa grupo control y 1 grupo tratamiento**

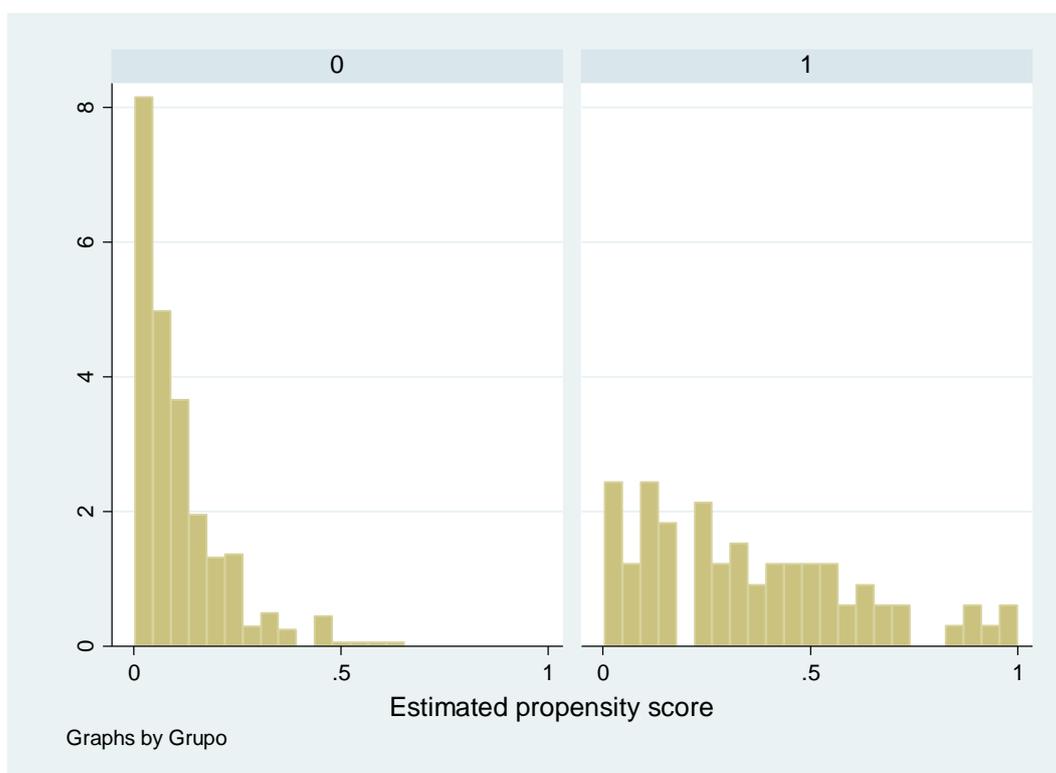


Fuente: equipo consultor PUJ

El comando `pscore` primero determina la probabilidad de participación para cada individuo de acuerdo con el modelo probit que fue especificado. Después divide las observaciones en un número óptimo de bloques, de manera que las probabilidades promedio de participación en el programa del grupo control y el de tratamiento no sean estadísticamente diferentes dentro de cada bloque. Una

vez determine el número óptimo de bloques, el programa prueba, bloque por bloque, que no existan diferencias significativas entre los individuos de tratamiento y control para las variables incluidas para predecir la probabilidad de participación. Luego de realizar el soporte común la gráfica de las probabilidades de participación para los grupos de tratamiento y control se muestra en el gráfico 14. El porcentaje de participantes que quedaron luego de realizar el soporte común fue del 75.9% (473 palpitanes del grupo control y 76 del grupo tratamiento).

**Gráfico 14. Distribuciones de la probabilidad predicha para ambos grupos en donde 0 representa grupo control y 1 grupo tratamiento luego del soporte común**



Fuente: equipo consultor PUJ

### *Algoritmo de emparejamiento para los indicadores de impacto*

La metodología PSM, como se mencionó en capítulos anteriores, se puede entender como una manera de ponderar las observaciones del grupo control para que la distribución de características observables del participantes sea lo más parecida posible a la del grupo de los participantes tratamiento. Existen varios tipos de estimadores por emparejamiento, que contrastan la variable de resultado de un participante que pertenezca al grupo tratamiento con los resultados de uno o más participantes del grupo control que más se parezca al participante tratado, con base en la medida de la probabilidad de participación. En muestras grandes, asintóticamente todos los algoritmos de emparejamiento

deben generar los mismos resultados. Para este caso se utilizará el estimador no paramétrico de Kernel, el cual empareja a cada individuo del grupo tratamiento con un promedio ponderado de todos los individuos del grupo control.

*Evaluación de Impacto del Programa a través del método de emparejamiento*

En la tabla 40 se presenta, el impacto del Programa con emparejamiento de Kernel y el soporte común predeterminado por el algoritmo, es decir, eliminación de mínimo y máximo para los resultados del posttest en el grupo tratamiento y pretest en el grupo control. Éstos muestran que sólo existe un efecto significativo del programa, tanto en términos de diferencia incondicional (simple diferencia de medias entre el grupo de tratamiento y el grupo de control) y el método de emparejamiento en los indicadores “demostración de afecto y cariño”, “Actitudes hacia comportamientos de riesgo” y “establecimiento de metas”, es decir, que los participantes que recibieron el programa de Familias Fuertes, presentaron un efecto más favorable en cuanto a estos tres aspectos, que quienes no participaron en el programa.

**Tabla 40. Impacto del programa a través del método de emparejamiento de Kernel**

Indicador	Método de Estimación	Tratamiento	Control	Diferencia	Bootstrap Error est.	p-valor
<b>Participación y apoyo familiar</b>	Sin Pareo	44.298	43.302	0.995		
	Kernel	44.275	43.148	1.127	0.699	0.107
<b>Demostración de Afecto y cariño</b>	Sin Pareo	29.852	28.580	1.272		
	Kernel	29.915	28.615	1.299	0.658	<b>0.049**</b>
<b>Disciplina consistente (Castigo y Refuerzo)</b>	Sin Pareo	31.227	30.847	0.379		
	Kernel	31.218	31.659	-0.441	0.752	0.557
<b>Comunicación sobre comportamientos de riesgo</b>	Sin Pareo	16.304	18.463	-2.158		
	Kernel	16.500	17.741	-1.241	1.541	0.421
<b>Actitudes hacia comportamientos de riesgo</b>	Sin Pareo	39.117	38.754	0.362		
	Kernel	39.101	38.633	0.468	0.223	<b>0.036**</b>
<b>Comunicación familiar</b>	Sin Pareo	48.318	48.346	-0,028		
	Kernel	48.631	47.328	1.302	0.956	0.173
<b>Expresión de afecto y de hostilidad</b>	Sin Pareo	29.692	29.497	0.194		
	Kernel	29.660	30.090	-0,429	0.524	0.413
<b>Presencia de agresión directa familiar</b>	Sin Pareo	13.460	14.498	-1.038		
	Kernel	13.596	13.887	-0.291	0.909	0.749
<b>Conexión con la familia nuclear</b>	Sin Pareo	52.283	51.354	0.928		
	Kernel	52.395	50.327	2.068	1.954	0.290
<b>Establecimiento de Metas</b>	Sin Pareo	8.938	8.664	0.273		
	Kernel	8.946	8.604	0.342	0.204	<b>0.095*</b>
<b>Comportamiento de riesgo en adolescentes percibido por apoderados</b>	Sin Pareo	11.507	10.819	0.688		
	Kernel	11.423	10.572	0.850	0.698	0.223

\* *significativo al nivel 10%*, \*\* *significativo al 5%*, \*\*\* *significativo al 1%*  
Fuente: equipo consultor PUJ

La tabla 41, muestra los resultados del impacto del programa a través del método de emparejamiento de Kernel en función de los meses después de haber terminado el programa. Para el grupo de familias que terminaron el programa hace 25 meses, se evidencia un impacto positivo para el programa Familias Fuertes, en los indicadores de "comunicación sobre comportamientos de riesgo" ( $p=0.047$ ) y "conexión con la familia nuclear" ( $p=0.017$ ). En el caso de las familias que culminaron el programa hace 13 meses, se evidencia un impacto positivo en "participación y apoyo familiar" ( $p=0.003$ ), "demostración de afecto y cariño" ( $p=0.000$ ) y "establecimiento de metas" ( $p=0.082$ ).

**Tabla 41. Impacto del programa a través del método de emparejamiento de Kernel en función de los meses después de haber terminado el programa**

Indicador	25 meses		13 meses	
	Diferencia	p	Diferencia	p
Participación y apoyo familiar	-0,243	0,845	1,854	<b>0,003***</b>
Demostración de Afecto y cariño	0,020	0,991	1,993	<b>0,000***</b>
Disciplina consistente (Castigo y Refuerzo)	1,949	0,242	-0,168	0,829
Comunicación sobre comportamientos de riesgo	3,488	<b>0,047**</b>	-1,096	0,483
Actitudes hacia comportamientos de riesgo	-0,162	0,835	0,426	0,128
Comunicación familiar	-0,286	0,933	1,541	0,200
Expresión de afecto y de hostilidad	-1,735	0,245	0,113	0,864
Presencia de agresión directa familiar	2,975	0,208	-0,466	0,636
Conexión con la familia nuclear	8,247	<b>0,017**</b>	1,991	0,250
Establecimiento de Metas	0,563	0,298	0,418	<b>0,082*</b>
Comportamiento de riesgo en adolescentes percibido por apoderados	2,504	0,151	0,890	0,247

\* *significativo al nivel 10%*, \*\* *significativo al 5%*, \*\*\* *significativo al 1%*  
Fuente: equipo consultor PUJ

### 3.5.3. Componente Cualitativo

El desarrollo del componente cualitativo se realizó con 97 participantes donde se incluyeron familias que participaron en el programa Familias Fuertes (FF), de los cinco departamentos donde se desarrolló. Se incluyó como parte de la población a los facilitadores que acompañaron todo el proceso del contenido del programa.

Los participantes de los grupos focales fueron 97 personas. Estos estuvieron conformados por facilitadores, padres y adolescentes, para un total de 15 grupos focales (23 facilitadores, 36 entre madres y padres, 38 adolescentes y jóvenes). Los grupos focales fueron realizados por roles, es decir, grupos solo de

facilitadores, grupos de solo padres y grupos solo de adolescentes con el fin de mantener la afinidad en edades (ciclo vital) y en procesos (situaciones exclusivas vividas según los roles sociales y familiares). Asimismo, se realizaron por sesiones con una duración aproximada de una hora y 30 minutos.

El registro de la información otorgada por los integrantes se hizo a través de la grabación en audio de las respuestas dadas por los y las participantes, y se registró información relacionada con el lenguaje verbal y no verbal de cada uno de los y las participantes (se tomaron notas de campo). Luego se realizó la transcripción de esa información, velando por la transcripción exacta de lo verbal y se integró con las notas de campo tomadas por el observador y las ejecutoras del Proyecto. Una vez la información se había transcrito se realizó la codificación manual.

Estas notas de campo contuvieron información sobre las interacciones durante las entrevistas: conversaciones, impresiones por parte de las facilitadoras y auxiliares de campo.

La transcripción de las entrevistas estuvo a cargo de las auxiliares de campo con experiencia en el tema. Ellas fueron las encargadas de transcribir cada una de las expresiones verbales de los y las participantes, incluso los silencios, inspiraciones, momentos de expresión de emociones, como el llanto, entre otros elementos que puedan ser reconocidos en el audio y complementadas con las notas de campo.

El procedimiento empleado para el análisis de los resultados, fue el análisis temático. Este análisis se realizó leyendo inicialmente el texto "fragmento por fragmento, para definir el contenido y las categorías" (Escalante, 2011, p. 45), las cuales fueron inicialmente, construidas a la luz de los modelos orientadores de la presente investigación. Posteriormente, el análisis implicó: "frecuencia de aparición, variación según los hablantes, según los contextos, interdependencia entre los elementos de un modelo" (Escalante, 2011, p. 45).

- Es preciso resaltar que el procedimiento grupo focal fue el siguiente:
- Se realizó el diseño de preguntas facilitadoras para grupos focales.
- Estructuración de Consentimiento y Asentimiento
- Se envió a revisión del documento inicial
- Se realizaron ajustes sugeridos
- Se elaboró formato guía para grupos focales por categorías
- Se realizó convocatoria a grupos focales en todos los departamentos
- Reunión con grupos focales para un total de 15 grupos
- Transcripción de todos los grupos focales en los tres grupos participantes: Facilitadores, padres y adolescentes.
- Categorización de la información
- Evidencia de temas en cada una de las Categorías y Narraciones
- Elaboración de Resultados
- Análisis en torno a Logros, Desafíos y Recomendaciones

## Categorías de análisis

A continuación se especifican las categorías en las cuales fueron organizadas las narraciones obtenidas, relacionando con las preguntas.

**Tabla 30. Preguntas por categorías de los grupos focales - facilitadores**

CATEGORIA	PREGUNTAS GUÍA
<b>RELACIONES</b>	<p>¿Cuáles fueron los principales desafíos al liderar el programa familias fuertes y cómo los manejaron?</p> <p>¿Cuáles fueron los principales cambios que observaron en las familias a partir del programa? (¿cómo evidenció estos cambios durante el programa? Profundizar en ejemplos e indicadores).</p> <p>¿Cómo contribuyó para el desarrollo del programa reconocer frustraciones, dificultades y manifestaciones del estrés en los padres?</p> <p>¿Cuáles fueron los recursos que más se identificaron para liberar positivamente el estrés?</p>
<b>LIMITES y NORMAS</b>	<p>¿Desde la experiencia como facilitador como los resultados de las <u>actividades para seguir reglas</u> contribuye a generar familias fuertes?</p>
<b>COMUNICACIÓN</b>	<p>¿De qué manera consideran pudieron contribuir el programa familias fuertes a enriquecer la comunicación familiar?</p>
<b>LA COMUNIDAD</b>	<p>Desde los aprendizajes adquiridos en el programa f f como consideran que padres e hijos podrían contribuir con la comunidad y con la sociedad en general?</p>
<b>PREVENCION RIESGOS EN SSR, CONSUMO DE SPA y AGRESIVIDAD</b>	<p>Desde la experiencia que vivió, ¿cuáles eran las situaciones de riesgo que identificaban padres e hijos adolescentes?</p> <p>¿Desde la experiencia como facilitador, cómo el Programa Familias Fuertes pudo contribuir a que los padres desarrollaran habilidades de autocuidado y protección frente a situaciones de riesgo para sus hijos?</p> <p>¿Cómo el programa familias fuertes pudo contribuir a que los adolescentes desarrollaran habilidades de autocuidado y protección frente a situaciones que fueran de riesgo para ellos?</p> <p>¿Qué estrategias otorgó el Programa Familias Fuertes a las familias para la vivencia de una sexualidad responsable y saludable?</p> <p>¿Qué estrategias otorgó el Programa Familias Fuertes a las familias para no tener conductas agresivas?</p> <p>¿Qué estrategias otorgó el Programa Familias Fuertes a las familias para el no consumo de SPA?</p>

**Tabla 31. Preguntas por categorías de los grupos focales – adolescentes**

CATEGORIA	PREGUNTAS GUÍA
<b>RELACIONES</b>	¿Cómo el programa aportó en la cantidad y la calidad de tiempo que comparten como familia?
<b>LIMITES y NORMAS</b>	¿Cuáles son las dificultades que se presentan cuando Uds. y sus padres quebrantan <b>las reglas</b> ?
<b>COMUNICACIÓN</b>	¿Cómo considera que el programa contribuyó en la comunicación con sus padres? ¿Cómo el programa contribuyó a la forma de resolver conflictos en la familia?
<b>LA COMUNIDAD</b>	¿De qué manera como adolescentes pueden prestar servicio o ayudar a otras personas?
<b>PREVENCIÓN RIESGOS EN CONSUMO DE SPA.PREV EMBARAZO Y AGRESIVIDAD</b>	<p>Describe cómo el programa aportó al desarrollo de habilidades para la toma de decisiones sobre: manejo de estrés, presión de grupo y elegir amigos.</p> <p>Ya sabes que estás en un tiempo muy importante para tu vida. A través de tu participación en el taller <u>familias fuertes</u> recuerdas haber aclarado: <b>¿Cuál es el “tesoro” más grande que estás buscando en tu vida?</b></p> <p>¿Cuáles fueron las estrategias que el Programa aportó para afrontar la presión de grupo frente al consumo de SPA y el ejercicio de la sexualidad en la adolescencia?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Cuáles actividades consideras que podrían ser de riesgo para ti?</li> <li>- ¿Cómo el Programa Familias Fuertes pudo construir a tener conductas de autocuidado y protección frente a situaciones que sean de riesgo para ti?</li> <li>- ¿Qué estrategias le otorgó el Programa Familias Fuertes para la vivencia de una sexualidad responsable y saludable?</li> <li>- ¿Qué estrategias le otorgó el Programa Familias Fuertes para no tener conductas agresivas?</li> <li>- ¿Cómo considera que el Programa Familias Fuertes contribuyó para la prevención del consumo de SPA?</li> <li>- ¿Cómo considera que el Programa Familias Fuertes contribuyó para la prevención de conductas sexuales de riesgo?</li> </ul>

**Tabla 32. Preguntas por categorías de los grupos focales – padres**

CATEGORIA	PREGUNTAS GUÍA
<b>RELACIONES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Qué herramientas obtuvieron para que pudieran tejer relaciones saludables con sus hijos?</li> <li>- ¿Cómo cree que el programa le aportó para la expresión de aquello que le incomoda, piensa o anhela de sus hijos?</li> </ul>
<b>LIMITES y NORMAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Qué ideas eficaces aprendió para fijar límites con sus hijos?</li> <li>- ¿Cómo el programa aportó para el establecimiento y/o negociación de reglas (acuerdos - normas) en el hogar y la comprensión de las consecuencias que tiene el incumplimiento de estas?</li> </ul>
<b>COMUNICACION</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Qué características se resaltan a la hora de comunicarse en familia desde los aprendizajes que le ofreció el programa?</li> </ul>
<b>LA COMUNIDAD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Qué aspectos de la comunidad son importantes para mantener el bienestar de nuestros hijos adolescentes desde lo que ofreció el programa?</li> </ul>
<b>PREVENCION RIESGOS EN CONSUMO DE SPA.PREV EMBARAZO Y AGRESIVIDAD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Cuáles actividades considera que podrían ser de riesgo para sus hijos?</li> <li>- Desde el Programa Familias Fuertes ¿qué podría ayudar a prevenir esos factores de riesgo que nombras, que reconoces?</li> <li>- ¿Qué estrategias le otorgó el Programa Familias Fuertes para acompañar a su hijo en la prevención del consumo de SPA?</li> <li>- ¿Qué estrategias le otorgó el Programa Familias Fuertes para acompañar a su hijo en la vivencia de una sexualidad responsable y saludable?</li> <li>- ¿Qué estrategias le otorgó el Programa Familias Fuertes para acompañar a su hijo en la prevención de conductas agresivas?</li> </ul>

A continuación se detallan los resultados encontrados en cada una de las categorías, especificando en Tablas los temas que son recurrentes en las narraciones de las personas, fruto del análisis temático, así como las narraciones que soportan esos temas. Cada tabla está acompañada de un texto que especifica el consolidado de las narraciones.

## CATEGORÍA RELACIONES

Ese espacio donde se fortalecen las Relaciones Familiares, la cotidianidad compartida entre padres e hijos resultó fortalecido durante el desarrollo del programa Familias Fuertes y los tres grupos de participantes narraron que aun

hoy se mantiene la calidad de esos aprendizajes aun cuando ahora los jóvenes ya se encuentran en otro momento de sus vidas. Los Integrantes de las familias rescataron la presencia de mayor estabilidad emocional y social. A través de su participación en el programa aprendieron a dialogar, escuchar, a conocer y desarrollar estrategias de acompañamiento que fortalecieron las relaciones y todo el afecto que sentían unos por otros. Los jóvenes resaltaron los cambios de sus padres, como hoy se sentían más escuchados, comprendidos y cercanos a ellos y al mismo tiempo como ellos lograron aprender a reconocerlos también desde su presencia, acompañamiento y cuidado por ellos. Lograron valorarse unos a otros.

Los facilitadores coinciden con todas estas apreciaciones de padres e hijos, manifiestan alegría por observar los cambios en las relaciones familiares, reconocer nuevos recursos en ellos y resolver incluso situaciones que llevaban tiempo sin resolver al interior de las familias y que con el transcurrir de las sesiones encontraban alternativas para superar diferencias, distanciamientos y polarización lográndose que los hijos ya no estuvieran en medio de los conflictos de los adultos. En palabras de una madre de Tunja se encuentra la síntesis de estos cambios: "entonces aprendí a que tenemos que hablar y no gritar sino intentar conciliar entre los dos, pero si mejoro mucho nuestra relación un 100%".

El programa Familias Fuertes aportó de manera significativa al fortalecimiento de las Relaciones Familiares y se tornó desde estos cambios en la base necesaria para desarrollar acciones preventivas frente a situaciones de riesgo.

Facilitadores Testimonios	/ temas
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mejoró la comunicación con los hijos</li> <li>- Se generan cambios en ellos para su vida cotidiana</li> <li>- Se solucionan viejos problemas entre los padres</li> <li>- Repara la relación de padres e hijos, también entre los esposos.</li> <li>- La presencia de muchos hombres, los papás, o muy mixto</li> <li>- Se aprendió a aprovechar el tiempo libre para compartir.</li> <li>- Y era muy bonito ver cuando habían esos problemas. de separación, de falta de diálogo, de mucha agresividad entre papá o mamá e hijo, y salir abrazados,</li> <li>- Salir con una confianza, como con una certeza de que el papá está haciendo algo por el hijo y el hijo también está haciendo muchas cosas por el padre.</li> </ul>	<p><i>"La comunicación, a los que empezaban y hablábamos con las mamás decían &lt;&lt;no, pero es que ella está en esta etapa adolescente tan difícil que ni me voltea a ver&gt;&gt;, ya después como la tercer o cuarta sesión cuando era la sesión de familia, ya se veía que hablaban y decía que &lt;&lt;ay profe mira que me dijo que ya tenía novio&gt;&gt;, ya empezaban a decir que &lt;&lt;me cuenta cosas que nunca en la vida me había preguntado&gt;&gt; entonces se ve que ya hay una buena comunicación entre ellos, los adolescentes dicen &lt;&lt;mi mamá ya me regaña de forma diferente&gt;&gt; o &lt;&lt;mi mamá ya entiende que en vez</i></p>

- Cambiar la rigidez, la cara dura y a veces la poca muestras de cariño entre los chicos.
- Los padres salen como más reflexivos, como más comunicativos, dispuestos a trabajar por sus hijos.
- Mejoran su asertividad en cuanto a la crianza con sus hijos.
- El programa ayuda a todo un cambio cultural
- El desarrollo de las sesiones con las expresiones abiertas de la gente son muy bonitas

*en cuando me dé un besito o un abrazo>>"*

*"Hay una cosa importante también que hemos visto en las familias es que no solo repara la relación de padres e hijos, sino también entre los esposos, cuando van en pareja se ha evidenciado que la relación entre ellos mejora mucho y ellos mismos lo expresan"*

*<<eso es una bendición que llegó a su casa y que atreves de esa bendición han transformado muchas cosas en su familia>>*

Padres Testimonios	/	temas
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nos enseñan a dialogar con los niños.</li> <li>- Nos enseñan a hacerlos sentir bien.</li> <li>- Que los hijos se sientan bien al lado de nosotros.</li> <li>- Nos enseñaron tanto a escucharlos a ellos como ellos a escucharnos a nosotros.</li> <li>- Fue muy importante porque nos dieron unas pautas muy buenas para corregir a nuestros hijos.</li> <li>- Nos enseñaron, saberlos escuchar, y cada vez que ellos hacían algo bueno, premiarlos.</li> <li>- Aprendí a felicitar los hijos.</li> <li>- Aprendí a expresar el amor.</li> <li>- Uno empieza a pensar diferente para luego actuar diferente</li> <li>- Para ayudar en el hogar en muchos aspectos.</li> <li>- Poder sentarnos a dialogar, a compartir, a solucionar un problema,</li> <li>- Aprender a respetar las decisiones de los hijos</li> <li>- No castigar con correa</li> <li>- Aprender a no limitar en exceso a los hijos</li> </ul>	/	<p><i>"Para mí personalmente me ha servido para de pronto guiar más a mis hijos de pronto tener un poquito más de comunicación con ellos, que más, de pronto entenderlos un poco más, enfocarse uno más a los hijos, para eso a mí me ha servido. No solamente para mi hija con la que asistí, sino para mis otros hijos"</i></p> <p><i>"Uno empieza a pensar diferente para luego actuar diferente y tener resultados diferentes, esa parte fue vital, la charla la recibí mi esposa, la recibí mi hija, la recibí yo, y realmente, realmente, como dicen por ahí los que saben, que nadie puede tener una vida diferente a menos que haga algo diferente, eso que hicimos fue algo diferente, recibimos todo ese fortalecimiento"</i></p> <p><i>"Para ayudar en el hogar en muchos aspectos, la parte digamos de poder sentarnos a dialogar, a compartir, a solucionar un problema, ya lo hace uno más con ganas, con más inteligencia, con más sabiduría, porque ya uno tiene un aprendizaje que ha servido mucho".</i></p> <p><i>"Daban como unas pautas unas ideas para uno saber de pronto en unos errores que uno trae a veces como papá porque uno no</i></p>

*trae manual para ser papá entonces con esas pautas uno aprendió muchas cosas”.*

<b>Adolescentes Testimonios</b>	<b>/</b>	<b>temas</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aprendimos a charlar, a compartir y estar juntas (mamá e hija)</li> <li>- Antes no me prestaban mucha atención.</li> <li>- No había como mucho diálogo. Y ya después sí.</li> <li>- Más apoyo, más que todo de mis padres, de mi familia.</li> <li>- Pasan más tiempo conmigo</li> <li>- Dialogan conmigo,</li> <li>- Me hacen entender</li> <li>- Ya mantenemos como más unidos,</li> <li>- Ya en los tiempos libres todos compartimos más.</li> <li>- Ya hay más momentos de hablar</li> <li>- Hay más unión</li> <li>- Mejoró la comunicación entre la familia</li> <li>- Más confianza para hablar las cosas</li> </ul>	<p><i>"El hecho de que uno se pueda sentar, ya porque se dijeron cosas, porque hicimos la convivencia, sentarse a hablar con la mamá. Incluso en el mueble y charlar de lo que sea. Eso es compartir, estar juntas. A mí sí me ayudó, poderme sentar a hablar con ella de cualquier cosa, de mis amigas, del colegio"</i></p> <p><i>"Pues en mi casa si cambió mucho, porque antes no me prestaban mucha atención".</i></p> <p><i>"Sí, porque ellos mantenían ocupados con el trabajo, ya sí, no. Pues que el tiempo de la casa hay que aprovecharlo con la familia"</i></p> <p><i>"No pues, yo antes con mi mamá mantenía peleando, no hablaba mucho con ella. Y pues yo a mi mamá no le hablaba, a veces nos gritábamos, ya han cambiado muchas cosas y todo".</i></p> <p><i>"En mi caso, siempre fui más alejado de lo normal con mi familia, nunca me di cuenta de lo que ellos querían y hacían para mí, cuando entre al curso entre bastante apático de mis papás y pues si se fue trabajando, me di cuenta de que ellos lo que quieren para mi es lo mejor".</i></p>	

## CATEGORIA LIMITES y NORMAS

El programa Familias Fuertes aportó claramente para las familias, integradas tanto por padres como por hijos en la clarificación sobre la importancia de establecer límites, normas y reglas, e incluso en las consecuencias que deben presentarse cuando estos no se cumplen. Las diadas reconocieron que hace parte de una dinámica familiar sana, el que estas se presenten y resaltaron como recurso del Programa, el reconocer que entre padres e hijos se pueden construir de forma conjunta y que los padres también deben ser garantes exigentes del cumplimiento, al igual que los hijos.

Esta categoría es afín a la comunicación en la medida en que refieren los integrantes de las familias que es a través del diálogo que se genera el establecimiento de estas, las estrategias de difusión en la familia, de recordación y las consecuencias. Incluso como los castigos se transformaron de lesivos, fuertes y físicos a quitar por ejemplo, celulares, prohibir actividades que disfrutaban los jóvenes.

<b>Facilitadores - temas</b>	<b>Testimonios</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cumplimiento de normas</li> <li>- Transformación de rigidez a autoritativo</li> <li>- Cumplimiento</li> <li>- Diálogo</li> </ul>	<p><i>“Con los padres fue muy interesante el tema porque allí hay de los dos extremos o muy rígidos o muy blandos, por ejemplo, aprendieron que las normas había que cumplirlas. Y otros eran muy radicales, y se pasaban incluso con maltrato, entonces ese tema también se trató y se reflexionó. Aprendieron que un castigo puede ser quitarle el celular 3 días o no dejarla compartir con su amiguita, pero que también era muy interesante que cuando hicieran algo bueno, ellos los premiaran. Y analizaron mucho esos temas (Armenia)”.</i></p>

<b>Facilitadores - temas</b>	<b>Testimonios</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Las reglas hay que cumplirlas</li> <li>- Hay consecuencias cuando las reglas y normas no se cumplen.</li> <li>- Los límites deben ser claros y reconocidos por todos.</li> </ul>	<p><i>¿Cuándo ustedes como hijos rompen las reglas que sus papás les han pedido, Qué es lo que pasa?</i></p> <p><i>“Si es muy grave casi siempre me castiga, pero me quitan el castigo, pero si es muy muy grave ahí si me lo dejan”. (Itagüí)</i></p> <p><i>Con el diálogo se soluciona y ese diálogo es como tú y yo estamos hablando y llegamos a un acuerdo o es poner carita triste de cordero degollado y hacer ojitos de perritos. (Itagüí)</i></p> <p><i>¿Por acá que pasa cuando estos jóvenes rompen las reglas, hay conflictos?</i></p> <p><i>“Hay momentos en que se castiga o se habla sobre lo que se hizo, no se castiga tan severo es suavemente”. (Armenia)</i></p> <p><i>“Cuando uno no las cumple (las reglas) pues recibe un castigo, pero pues sí muchas veces uno no cumple depende si es injustamente cuando se lo hacen a uno. Y hay como mucho coque con eso”. (Armenia)</i></p> <p><i>“Bueno, por mi parte hay bastantes normas de parte y parte y fue después de lo que nos llevamos del curso, se trata más que todo de no romper las reglas, porque son para cumplirlas, pero de vez en cuando se rompen una u otra y la mayoría de veces se habla del porque lo hizo, cuáles eran sus razones y si lo va a volver hacer” (Tunja).</i></p>

<b>Padres - temas</b>	<b>Testimonios</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Responsabilidad en la hora de imponer y cumplir las normas y reglas.</li> <li>- Exigencia a la hora de poner y</li> </ul>	<p><i>“Como que ellos tenían que ser responsables, muy responsables y las reglas eran en conjunto, no que yo se las voy a imponer sino que, todos hacíamos reglas para ponernos de acuerdo, para una buena convivencia, esas son las reglas” (Itagüí)</i></p> <p><i>“Si, el castigo debe ser, claro, preciso, y conciso, porque si el castigo, yo le dije al niño, usted sale del colegio a las 6:30pm obvio que tiene que estar aquí a las 7:00pm, si usted me llega después de las 7:00pm que pasó, ah! Que fue que que fue que... Ah... usted se me estuvo donde no debía estar, su castigo es este y que se cumpla ese castigo, porque si yo le alcahueteo eso, sigue llegando a la hora que sea,</i></p>

- hacer cumplir los castigos. Rigurosidad Los castigos como consecuencia de no cumplir con lo pactado. Estrategias para que todos y todas se apropien de las normas en la casa. Co-construcción de las normas y límites.
- que sea un castigo de acuerdo al error, no hay que ser flexible tanto, porque si yo castigo a mi hijo o a mi hija gritando, eso no, eso es horrible, se pone el castigo, lo cumple y si no lo cumple, otro castigo, entonces todo eso, él se va a dar cuenta de que hay que obedecer, y que él se dé cuenta que no es difícil obedecer y cumplir, esa norma, ese castigo" (Sogamoso).*
- Llega a las 9 y dice, "es que..." y le digo, "no, no hay 'peros', así sean 15 minutos". Y me dice, "mami, es que no vi la hora", y ahí le digo, "es que tenía que estar a las 6 y esta semana no me vuelve a ir, porque yo le dije que a las 6, no a las 6:15". Yo a ella la regañé mucho por eso, si yo digo una cosa, tiene que ser así y no me trago la palabrita, porque es que a veces... (Armenia)*
- "Sí, porque ella ahora me pregunta, "mami, ¿hasta qué hora puedo estar?" y le digo, "hasta las 9". Y ella se pase 5 minutos y yo le digo, "¿y entonces qué fue?" "Que es que... no tengo reloj", y le digo, "y a mí, ¿qué? Yo le dije a las 9, no a las 9:05, en 5 minutos pueden ocurrir muchas cosas". Entonces le digo, "mañana no sale", entonces va y se encierra a su cuarto". (Armenia)*
- "Yo por ejemplo caía en el error de ponerle castigos y no obligarlo a que los cumpliera, entonces eso si hacían mucho énfasis en el taller que el castigo y que fuera del tamaño de la falta y yo en eso fallaba mucho, habían cosas que exageraban el castigo sobre todo con el papá exagerábamos con el castigo y otras veces éramos muy condescendientes otras veces éramos como demasiado benevolentes con el castigo, el igual ha sido un niño muy bueno pero a veces en la relación con la hermanita fallábamos con eso o éramos de pronto injustos, entonces por ese lado mejore cien por ciento..." (Pereira).*
- "Dentro de las estrategias que aplicamos está el listado que tenemos pegado en la cocina de mi casa, es el listado de normas que se hicieron, lo hicimos con Javier, un listado de actividades para generar confianza, las cosas que a él no le gustaban de mí, como yo reacciono ante ciertas situaciones y como lo que yo no quiero que él haga, entonces por ejemplo yo castigaba a mis hijos si los golpeaba, no pegar, no gritar, no entrar en discusión entre los dos, entonces vamos a evitar y la manera más fácil era bueno, cuando usted llegue tarde simplemente la próxima vez no hay salida o se le disminuye el dinero de las onces. Otra situación es por ejemplo la parte del respeto ahí no entro en negociación porque el respeto no es negociable, por ley me tiene que respetar, pero entonces esa parte si la vulneraba yo porque le me tiene que respetar porque es mi hijo pero habían situaciones en que yo no respeto porque yo soy la mamá y puedo entrar a donde quiera, entonces también colocamos límites, lo que está en mi cuarto es mío porque para mí es importante y mi mamá tiene que aprender a golpear para entrar porque es mi espacio, entonces eso lo aprendí con el tiempo, pero si fue muy práctico porque cambio mi genio y ya mi manera de actuar, por ejemplo con la pérdida de materias o cuando sucede algo en el colegio, dígamelo primero porque lo que más me molesta es que uno llegue aquí y le digan a uno: su hijo perdió 7 materias, yo entiendo que las perdió pero dígamelo, busquemos como trabajarlo, no me deje llegar al colegio y que me sorprenda y ahí empezamos a mejorar la confianza".(Tunja)*

## COMUNICACIÓN

El Programa permitió el fortalecimiento de la comunicación de todos los integrantes, especialmente a los que asistieron a este. Las narraciones de las personas hacen referencia a cambios observables e incluso drásticos y supremamente positivos en la forma de mirarse, de encontrarse como familias, como seres humanos; en la delicadeza del lenguaje a utilizar e incluso, resaltaron una relación directa con la agresividad o el no dialogo que había antes, y como esto se transformó positivamente para las dinámicas familiares.

Las narraciones de cada uno de los actores muestra cómo el programa otorgó pautas que fueron apropiadas por cada uno de los integrantes para construir relaciones familiares más armoniosas, basadas en una comunicación asertiva, en donde cada uno sabe que puede expresarse, que puede mostrar su desacuerdo y enfado, pero que debe saber cómo hacerlo para respetar y cuidar al otro u otros. La comunicación también se vio fortalecida al incrementar los espacios y canales para el encuentro y el diálogo, lo cual a su vez generó vínculo, cercanía, conexión entre los integrantes de la familia.

Por su parte, los adolescentes expresaron gratamente que el programa les permitió conversar con sus padres temas que antes no podía y que son de sus interés y necesidades. Esto es especialmente importante, dado que el tema de consumo de SPA, sexualidad y agresividad, son temas que de forma frecuente no tienden a hacer tratados en familia de forma abierta, genuina, clara y con conocimientos certeros y científicos.

Se reconoce que la comunicación es la base para tejer relaciones sanas y tranquilas, basadas en la confianza y el amor. Al estar esta fortalecida se pueden prevenir muchas situaciones que no se hablan de forma explícita y los jóvenes pueden caer en muchos comportamientos de riesgo, por no saber, conocer o tener información clara sobre lo que no deben o deben hacer.

<b>Facilitadores - temas</b>	<b>Testimonios</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comunicación que se transformó para dar cabida a todos.</li> <li>- Unión familiar</li> <li>- Expresión de afecto</li> <li>- Tiempo en familia</li> </ul>	<p>Los principales cambios... <i>“claro total, en el caso de nosotros la comunicación; comunicación asertiva, son personas de estratos bajos, con poco vinculo hacia lo afectivo, lo emocional, es más el trato fuerte entonces nosotros si logramos mucho esa comunicación y logramos a tal punto que cuando hicimos la clausura del programa, eso lloramos todos, nos abrazamos, eso fue muy emotivo. De los programas que he trabajado quizás el más emotivo fue ese” (Tunja).</i></p> <p><i>Los canales de comunicación, los resultados son inmediatos, uno no tiene que esperar hasta la última sesión para ver que si se efectuaron cambios porque se pueden ver desde la primera sesión ya los padres salen como más reflexivos, como más comunicativos, dispuestos, empiezan a mejorar su asertividad en</i></p>

- para conversar . *cuanto a la crianza con sus hijos (Tunja).*
- Tiempo para la familia. *En mi caso la comunicación, los espacios, ahí era donde exorcizaban, hacían catarsis de todas sus cosas, incluso referían cosas de hace mucho tiempo, pero era su forma de comunicarse y de formar un lazo fuerte de unión. Un aspecto muy importante es que los padres de volvieron un grupo muy bien consolidado y ya eran amigos, confidentes y se preguntaban cosas y aprendían de las experiencias de los demás. (Tunja).*
- Asertividad. *El tema de la comunicación, también pues como retomando los ejercicios que compartimos en esas formaciones de las familias, cómo se hacía el acercamiento. Había mucho más acercamiento entre los padres y los hijos, algunas madres manifestaron que podían hacer como un acercamiento diferente, estar pendientes de las amistades de sus hijos, expresarles afecto, cariño.*
- Acercamiento. *Resaltaron mucho unos grupos de acá de Manizales que tuvimos esa posibilidad de mantener esos vínculos y ese acercamiento con los hijos. Que mejoraron mucho más esa comunicación familiar. (Manizales)*
- Vínculos que se fortalecen a través del diálogo. *Las de Chinchiná sobre todo hacían como catarsis en el momento de hacer la sesión porque manifestaban como esa frustración de no saber cómo dirigirse a sus hijos, los temores que tienen frente a través de la comunicación rebelde. Toda esa situación, si se logra manifestar en las sesiones de trabajo con los papás. También como recordar esos momentos de su adolescencia donde también vivieron situaciones de maltrato, de abuso físico por parte de sus papás, como querer cambiar esa historia que estaban replicando en ese momento con sus hijos. Desde gritos, insultos, y darse cuenta que hay otros mecanismos y maneras de hacer una corrección de una conducta inadecuada. (Manizales)*
- Confianza *Resaltaron mucho unos grupos de acá de Manizales que tuvimos esa posibilidad de mantener esos vínculos y ese acercamiento con los hijos. Que mejoraron mucho más esa comunicación familiar. (Manizales)*
- Hablar de temas que antes eran intocables *Las de Chinchiná sobre todo hacían como catarsis en el momento de hacer la sesión porque manifestaban como esa frustración de no saber cómo dirigirse a sus hijos, los temores que tienen frente a través de la comunicación rebelde. Toda esa situación, si se logra manifestar en las sesiones de trabajo con los papás. También como recordar esos momentos de su adolescencia donde también vivieron situaciones de maltrato, de abuso físico por parte de sus papás, como querer cambiar esa historia que estaban replicando en ese momento con sus hijos. Desde gritos, insultos, y darse cuenta que hay otros mecanismos y maneras de hacer una corrección de una conducta inadecuada. (Manizales)*
- Encuentro a través de la comunicación *Las de Chinchiná sobre todo hacían como catarsis en el momento de hacer la sesión porque manifestaban como esa frustración de no saber cómo dirigirse a sus hijos, los temores que tienen frente a través de la comunicación rebelde. Toda esa situación, si se logra manifestar en las sesiones de trabajo con los papás. También como recordar esos momentos de su adolescencia donde también vivieron situaciones de maltrato, de abuso físico por parte de sus papás, como querer cambiar esa historia que estaban replicando en ese momento con sus hijos. Desde gritos, insultos, y darse cuenta que hay otros mecanismos y maneras de hacer una corrección de una conducta inadecuada. (Manizales)*

<b>Adolescentes - temas</b>	<b>Testimonios</b>
- Unión familiar	<i>No pues antes nosotros llegábamos a la casa y cogíamos el celular y no hablábamos ni nada. Y ya después del programa ya como más unidos, hablamos sobre qué hicimos en el día, etc (Armenia).</i>
- Expresiones de afecto	<i>Y si antes hablábamos era para reprocharnos. (A la participante se le quiebra la voz y se le salen las lágrimas)</i>
- Tiempo en familia para conversar.	<i>(Armenia).</i>
- Tiempo para la familia.	<i>Yo sí, ahora sí. Yo soy como "mami tengo esta amiga y voy a hacer esto". No, eso no lo podía hacer antes. Antes no podía sentarme a hablarle sobre mis amigas, o sobre que</i>

- Hablar de temas que antes no se podía
  - Mayor confianza para entablar temas de interés de los jóvenes.
- este niño hizo esto, que este me llama la atención, y así. Antes no, y en ese tiempo yo estaba repitiendo año, entonces fue el primer año que repetí (porque he repetido dos). Y se acabó toda, toda la comunicación, nosotras no hablábamos. Y si hablábamos era ella como para reprochar e insultar y decir "hizo esto mal". Ahora la comunicación es mejor. También de pronto porque soy más grande, ya tengo 15 y entonces es mejor la relación. (Armenia).*
- En mi caso, no tenía una comunicación muy sana con mi mamá y no hablábamos nunca, éramos muy alejados todos, cada uno por su lado, no había tiempo para la familia pero después del curso como que, ya se puso de parte y parte, de parte de mi mamá, de parte de mi papá, de parte de mi hermanito también y se logró pues, ir avanzando poco a poco, pero se logró tener una convivencia y una comunicación sana en la familia, pues cada día como que va mejorando (Tunja).*

**Padres - temas**

**Testimonios**

- La comunicación para guiar a los hijos
- Asertividad
- Pautas de cómo hablar, cómo decir las cosas, cómo expresar el enfado o desacuerdo
- Dialogar
- Solucionar problemas a través del dialogo.

*Para mí personalmente me ha servido para de pronto guiar más a mis hijos de pronto tener un poquito más de comunicación con ellos, que más, de pronto entenderlos un poco más, enfocarse uno más a los hijos, para eso a mí me ha servido. No solamente para mi hija con la que asistí, sino para mis otros hijos, porque pues igual yo tengo tres hijos, asistí con uno pero me ha servido para los demás, porque mis otros hijos ya son adolescentes, y en la etapa de la adolescencia es más difícil llevar los hijos, más complicado porque ellos están... Se meten en su cuento y uno, son muchas las veces como que uno quiere hacer las cosas, pero no sabe cómo hacerlas. **(Sogamoso)***

*Pues el programa nos dio pautas, de cómo cuando nuestros hijos hablan saberlos escuchar, escuchar, porque es que uno a veces no sabe escuchar, no deja ni hablar. Escuchar, me acuerdo tanto que uno debería, cuando tiene alguna molestia, debería uno por lo menos contar hasta cinco, respirar profundo, eso nos lo han enseñado, que esa es la manera para escuchar, para saberlos escuchar, porque es que uno de adulto realmente no sabe escuchar, eso es lo que yo creo que en realidad más deberíamos de enfatizar, yo creo que ese es el más error que uno tiene, no saber escuchar. **(Sogamoso)***

*En general uno primero escucha todo lo que tenga que decir, y a lo que va a terminar, ahí si ya empieza uno pues a hablar, o sea no en términos de gritos ni nada deseo, yo creo*

*que para mí la principal, fue la comunicación, respetarla, yo creo que si uno grita, pues es el ejemplo que está dando, eso es lo que ellos van a aprender. A gritar a pelear. (Sogamoso)*

*"Por ejemplo mi hija, ella es muy explosiva, tiene su temperamento después de que estuvimos en las charlas y todo eso, cuando ella tiene mal genio, me dice mami, yo tengo que (no se entiende) (risas) se va para el cuarto, se encierra, llora, ya cuando sale así como colorada, me dice no mami es que era que estaba tan estresada que esto, esto y esto. Pereira*

*En cuanto al dialogo, la comunicación con ellos es fundamental, de estar ahí constantemente, porque cada día están que vuelan y uno ahí se va quedando y le toca estar a uno ahí trabajando esa comunicación con ellos. Porque cada día tanto la tecnología como la sociedad cambian terriblemente y ellos están ahí pegados a eso. Entonces con ellos hay que estar en constante comunicación. Tunja*

## CATEGORÍA COMUNIDAD

Frente a la categoría comunidad los participantes reconocen como es fundamental profundizar en la comprensión por una parte de la convivencia cotidiana, la necesidad de ayudar y ser solidario con "los otros" y por otra parte la evidencia de tener que trabajar mucho más con una población que está muy herida desde toda la historia del conflicto en Colombia y en consecuencia la necesidad de desarrollar estregáis para niños, jóvenes y padres de familia que les permita avanzar en la reconstrucción de la confianza, el perdón y la solidaridad. Los facilitadores fueron enfáticos en la necesidad de trabajar mucho más todo el tema de Comunidad puesto que de alguna forma esa "comunidad construida" con padres e hijos en el programa Familias Fuertes, llego a tener en varios momentos una fuerza importante de solidaridad, esperanza y compromiso que fue muy valiosa para ellos.

Facilitadores Testimonios	/ temas
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Es necesario trabajar mucho más este tema</i></li> <li>- <i>Se empieza reconocer quien tiene más características de liderazgo para apoyar a los demás.</i></li> <li>- <i>Al momento de plantear el tema</i></li> </ul>	<p><i>Pues yo quiero decir algo al respecto, hay una parte en esa sesión que es la última que no funcionó, para mí no funcionó, no es tan efectiva digámoslo así, ¿por qué?, porque es la última sesión, entonces sí muy chévere podemos ver opciones de ayudar al otro, de identificar un problema y</i></p>

---

*de un servicio a la comunidad la gente empieza con las demandas y la queja de todo lo que falta como sociedad*

*hacer algo después por ellos.*

- *Como era un grupo unido proponían estrategias para prevención de consumo de drogas para el colegio*
  - *El taller no alcanza, desarrollar una estrategia operativa que le permita a uno decir si aporto a la comunidad*
  - La parte de la comunidad es un tema que se toca cortico
  - la percepción de las familias es que todavía hay rencor, rabia (en los colombianos) y ese tema no se aborda
  - *Los niños de la violencia solo saben odiar el presente y usas armas*
  - Es muy complejo, hay muchas heridas
  - la percepción de las familias, en cuanto a las comunidades es la necesidad de trabajar la parte de perdón y olvido.
-

### b) Padres / temas Testimonios

- Tener buena comunicación también con los vecinos
- Lo más importante en una comunidad es el respeto
- Aprender respetar las personas

c)

*d) Pues yo creo que lo más importante para una comunidad es el respeto, creo que eso es lo más esencial, aprender a respetar, porque lo que pasa es que uno cuando no está de acuerdo con la otra persona o no le gusta algo, entonces ahí empieza a haber conflicto, yo le respeto a ella, yo respeto, eso es lo que se necesita, o sea que la comunidad de uno lo respete.*

e)

### f) Adolescentes / temas Testimonios

- Sí, aprendimos que uno en la calle, digamos que en la convivencia social, no puede armar conflictos con otras personas

g)

- Si uno tiene un problema con alguien, primero hablar por la causa del problema y arreglar las cosas

h)

- Aprendí a ayudar a personas en la calle

*i) Yo, por ejemplo cuando ve a alguien que de verdad lo necesita, que ve una persona en la calle, que son viejitos que uno ve que van a pasar la calle, entonces uno le dice que si lo ayuda, o lo mismo con un señor en sillas de rueda, ayudarles en muchas cosas.*

j)

k)

## PREVENCIÓN RIESGOS EN SSR, SPA Y AGRESIVIDAD

Los facilitadores reconocen que los padres y adolescentes resaltan los principales temas que les preocupan, que son desafíos para ellos y aunque sea difícil, todos se muestran abiertos y dispuestos de seguir con el proceso de fortalecer sus habilidades y competencias, para cada vez estar más abiertos a preguntar y a aprender como padres, como hijos, como familia. Todos los actores refieren que el participar del Programa les permitió a las familias conocer sobre temas que no sabían absolutamente nada o tenían información que no era veraz, científica o adecuada para este momento de su historia. Mucha de esa información está matizada por su crianza de origen, por las creencias culturales y propias de cada uno de los contextos en donde se encuentran las familias: área rural y urbana, culturas tradicionales en roles asociados al género y que impactan en la vivencia de la sexualidad humana.

Sobresalía como algo previo al inicio del programa, el temor a entablar conversaciones sobre los temas de sexualidad y consumo de SPA, con menos dificultad o temor el de agresividad o temas como las pandillas. Los adolescentes resalta que algo central fue el reconocimiento de los tiempos para el inicio de relaciones sexuales, establecer relaciones de pareja y que se apropiaron de estrategias para responder a la presión social y de pares.

Facilitadores - temas	Testimonios
- Sexualidad	<i>El consumo de drogas es el principal. Es como el principal temor de los papás. Le sigue el tema del embarazo. Manizales</i>
- Pandillismo	<i>La sexualidad. Manizales</i>
- Conocimientos sobre sexualidad	<i>Y yo creo que el tema del pandillismo y eso si está un poquito más alejado, pero de drogas es lo que a los papás más les genera temor. Manizales</i>
- Conocimientos sobre consumo de SPA	<i>Lo que ve uno en los adolescentes es que ellos conocen sobre el tema de las drogas, entonces es temor de los padres pero en realidad los adolescentes si están viviendo esas cosas. Manizales</i>
- Miedos	<i>Y con las mamás uno encontraba a veces mamás como muy reservadas para hablar del tema de la sexualidad. Y pues eso también como que se les hizo la invitación. "Bueno si ustedes no saben, o no conocen, o les da temor o pena hablar con sus hijos, pues entonces busquemos alguien que nos pueda ayudar. ¿Adónde podemos ir? Al hospital, o a un centro de salud, o podemos hablar con la psicóloga del colegio. Cualquier mecanismo que nos apoye en ese proceso.</i>
- Apertura	<i>Eso en la parte de la sexualidad pues fue muy interesante. Casi siempre el tema de la sexualidad me lo colocaban a mí, por eso yo digo que la parte del equipo multidisciplinario es muy</i>

importante. Entonces la parte de la sexualidad no era porque nosotros creyéramos que se tenía que decir eso, o sea, era hablar de los mitos, hablar de las realidades, busquen ayuda en el momento adecuado. O sea, no porque la amiguita le dijo esto. Y eso tratábamos de inculcárselo mucho a los adolescentes. Entonces ellos veían y hacían preguntas que uno decía “de algún lado tuvieron que haber escuchado cierta información”.

*Por ejemplo esas señoras que les da miedo hablar con el chico de sexualidad, no hayan como. Y terminan la sesión y le dicen a uno, mire es que yo me he dado cuenta que mi hija anda con un muchacho y yo no sé qué. El hecho de participar en el taller se pierda un poco el miedo y pida ayuda como hacerlo, ver más real que debe hacerlo, hablar con su hijo o hija, hablar con el chico del tema que sea, de sexualidad o más del tema de drogas. En ese tema de sexualidad yo vi un par de casos, donde la mamita quería perderle el miedo, hablar con su hija porque veía que estaba creciendo que ya tenía amiguitos y que no sabía cómo hacer para poder hablar con la niña (Tunja).*

Adolescentes - temas	TESTIMONIOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reconocimiento de los tiempos para el inicio de relaciones sexuales, establecer relaciones de pareja.</li> <li>- Estrategias para responder a la presión social y de pares.</li> <li>- Conoci</li> </ul>	<p>¿Qué estrategias dejó el programa de Familias Fuertes para la vivencia de una sexualidad responsable?  <i>La protección. Itagüí</i></p> <p><i>Pues a mí especialmente, no me interesa por ahora, ahora me enfocó en mis estudios y en mis cosas, eso me es indiferente no le tengo afán y espero a que llegue el momento. Itagüí</i></p> <p><i>En el programa nos hablaron mucho de eso y sobre la responsabilidad que hay que tener porque pues estamos en la etapa de la adolescencia y esa es una problemática. Ya no piensan en estudiar (las personas que hacen estas cosas), ya no piensan en que "quiero hacer esto para llegar a esta meta, a estudiar, a llegar a una universidad), quedan embarazadas y como existe la pastilla del día después, con eso ya. Eso no evita enfermedades. A uno en los colegios le hablan mucho sobre sexualidad, cómo se usan los preservativos, tatata, pero no con quién se debe juntar uno, uno a quien se muestra, con quien se junta, por quien siente amor y por quien se deja influenciar. Porque un ejemplo, si yo a mis 14 me voy con alguien que me diga "sí, venga, hágale, sencillo, es por amor, blablabla"... Eso no lo enseñan, a uno no le enseñan cómo decir no cuando el hombre es el que claro, uno a esa mentalidad tiene una mentalidad que "sí, lo que sea", porque es el primer niño que a mí me llama la atención, porque es el que siempre me ha gustado. Entonces claro se lo entrego todo, y así no debe ser. Uno tiene que tener responsabilidad porque es el cuerpo de uno y eso es en serio pues muypreciado. Para mí de mujer, yo creo que eso de la sexualidad es un tema muy importante. Armenia</i></p>

- miento
  - s sobre
  - sexuali
  - dad
  - Valor
  - del
  - cuerpo
  - Amor
  - al
  - cuerpo
  - Cuidad
  - o del
  - cuerpo
  - Respon
  - sabilidad
  - ad
  - Escuch
  - ar a los
  - padres
  - en
  - consej
  - os de
  - poster
  - gar el
  - inicio
  - de
  - relacio
  - nes
  - sexual
  - es o
  - relacio
  - nes de
  - pareja.
  -
- A nosotros nos hablaron mucho de eso, lo que es las drogas, el alcohol y el sexo. Nos hablaban mucho, nos ponían las problemáticas y preguntaban qué haría uno en esa situación. Armenia*
- Por ejemplo conseguir novios, eso es después cuando uno esté más grandecito, cuando uno sepa diferenciar quien conviene para uno. Y también, por ahora tenemos que estudiar y salir adelante. Mi mamá dice que a esta edad uno solo se debe preocupar por el estudio y ya después, cuando tenga su carrera ya hecha y su futuro, pensar en una pareja que quiera tener a su lado. Por eso todo va a su tiempo. Armenia*
- Es que uno tiene que saber con quién se mete. Como eso que usted estaba diciendo de que... antes mi papá me decía que me tenía que cuidar y yo decía "ay mi papá tan cansón", pero ya con el programa uno como que cae en cuenta que es verdad que uno se tiene que cuidar y ser responsable. Armenia*
- ¿Yo? Yo aprendí a identificar riesgos porque hay gente, amistades, que uno mira así de frente y cree que la apariencia es buena, pero, por dentro, tiene sus pensamientos malos. Y, además, ellos quieren hacer algo malo y uno se vuelve amigo de ellos, y esas amistades malas, lo cambian a uno así a hacer cosas que no son buenas. Chinchiná*
- Anticonceptivos, usarlos para no quedar embarazada y evitar enfermedades. Pereira*
- Y a no tener relaciones a tan temprana edad. Pereira*
- Que tenerlos tan pequeños y tan pequeñas es como complicado... Pereira*

*Pues yo digo la manera de responder a los otros, por ejemplo: vamos pues a fumar uno ya sabe cómo responder y actuar. Itagüí*

### Padres - temas

### Testimonios

- Estrategias para el manejo de la información.
  - Hablar sobre lo que antes era difícil
  - Conocimientos sobre sexualidad
  - Conocimientos sobre consumo de SPA
  - Amor por el cuerpo
  - Autoestima
  - Autocuidado
- Estrategias... pues hablar más con ellos, y decirles que les puede pasar, o sea que, tocar más el tema en la casa, a veces uno como padre, el tabú, uno como que digo o no digo, pero entonces uno como que el programa le enseña que hay que hablarlo, para que ellos sepan que es lo que sucede para que no caigan, por ejemplo les digo si ustedes prueban esto, como ahorita que paso el caso del Bronx, se da cuenta esas personas como están, entonces si ustedes quieren terminar*

---

*así, háganlo, y si quieren ser personas no vayan a hacerlo ni lo acepten, que si el amiguito lo hizo, no lo haga usted es usted, usted manda en su vida, manda en su cuerpo, usted toma la decisión en hundirse o ascender, entonces si usted prefiere hundirse o prefiere subir, eso le enseña uno el programa, a no ser un tabú eso, porque uno sinceramente en la casa habla de drogas y como que todo el mundo se espanta, u no que dios me ampare, pero que para que eso no suceda hay que hablarlo. Sogamoso*

*Realmente hablarlo, y llamar las cosas con su nombre, no más cuando empiezan a conocer su cuerpo, cuando son niños chicos, uno empieza a decirle los nombres de las partes íntimas y no les nombra por su nombre, no está enseñando lo que debe ser, y de una vez empezar a prevenir. Sogamoso*

*La confianza, y enseñar a prevenir que pasa, cuál es su cuerpo, hay que respetarlo, no hay que permitir, siempre les digo a mis hijas no permitan que nadie las toque es su cuerpo nadie las debe tocar. Sogamoso*

El respeto por su cuerpo, hacerse respetar, de los niños, de las niñas. Nos dio muchas herramientas para lo que yo comentaba ahora, lo del novio, mi niña que es más pequeña, las consecuencias de tener novio, de enamorarse, de las relaciones sexuales a muy corta edad nos sirvió mucho. Armenia

Si, la misma confianza que hay que tener es de hablarles de decirle las cosas como son, en el caso de mi hija que es la mayor ahí y que es con la que de pronto estamos experimentado todas esas cosas, el año pasado tenía un chico ahí que la estaba molestando, y le empezamos a hablar con relación a eso y es la madurez, tanto el colegio como uno tienen que estar ahí, en el colegio ya le dicen y yo con ella ya había hablado con relación a eso entonces desafortunadamente se presentó un caso con una amiguita de ella que estudiaron en primaria pero seguíamos en contacto pero ella estudiaba en otro colegio y la chica quedo

---

---

embarazada como a los 13 años y le dije que mirara el ejemplo y ella tiene muchos sueños, de viajar, salir a conocer Francia porque es su sueño, entonces ahí está, si tú tienes una relación con alguien no está la responsabilidad de cuidarse y todos tus sueños se van a ir al piso porque un hijo en cierta forma limita y ya tiene que vivir y pensar en todo lo que él necesita, entonces tú vas a trabajar para tu hijo, ¿y tú donde quedas? Entonces eso como que ya los centra un poco en esa parte y por un lado doy gracias que paso eso y me entere y esa niña ya no estudia, tiene que cuidar a su bebe y eso es complicado y esas vivencias yo creo que a ellos les sirve. Tunja

---

### 3.6. Fase VI – Conclusiones, logros y desafíos

#### Desde la evaluación cualitativa

A partir de la Evaluación de impacto del Programa Familias Fuertes: Amor y límites en los departamentos de Caldas, Antioquia, Boyacá, Quindío y Risaralda se encontró que para todos los facilitadores este programa logró los objetivos propuestos al acceder de manera significativa a la realidad de las familias que tienen hijos pre adolescentes y adolescentes, y sugieren dar continuidad al Programa, ya sea con nuevos grupos y con aquellos que ya se beneficiaron, es decir, sugieren de manera abierta que sería muy importante una segunda etapa de este programa en el cual logren actualizar herramientas que les permitan hacer frente a las condiciones que demandan los jóvenes ahora, quienes son más grandes y encuentran nuevos retos ante su desarrollo biológico y psicológico, por ejemplo la llegada de la menstruación y el establecimiento de relaciones afectivas con pares además de tener una vida social relacional mucho más activa.

Es preciso resaltar que al ser de 5 regiones de Colombia, la diversidad de los participantes fue grande. Esto da cuenta de situaciones que propias de cada región, que si bien, aunque somos de un mismo país, Colombia es un lugar de gran diversidad social, económica, política, climática y por supuesto cultural. Las cosmovisiones de cada una de las regiones son muy amplias, y aunque predominen ciertos elementos en creencias, significados, condiciones, modos de vida que se mantienen entre lugares, la diferencia es supremamente marcada. No obstante, a través de las narraciones de cada uno de los participantes, el análisis temático, no logró identificar elementos diferenciales sobre la percepción y valoración del Programa. Todos coincidían en experiencias similares en cuanto al impacto en las dinámicas familiares, los recursos que el programa les otorgó y cómo se transformaron positivamente todos los que tuvieron que ver con él. De esta manera a continuación se ponen de manifiesto todos los logros y desafíos que generó el programa.

Para los facilitadores era inevitable hacer referencia a su propio cambio personal para acompañar los diferentes grupos. Estos participantes reconocían como ellos mismos fueron movilizados desde la capacitación inicial y cómo a lo largo del programa mismo se sensibilizaban constantemente ante las realidades que acompañaban y aún más cuando se encontraban alternativas positivas para las familias a lo largo de la ejecución del programa. Los facilitadores coincidieron que el Programa les otorgó estrategias para implementar en sus contextos familiares, e incluso en otras familias que no hicieron parte del Programa, pero que se vieron beneficiados a través de la divulgación de los mismos participantes y/o actores.

Los facilitadores reconocieron que ellos tenían mucho que solucionar en sí mismos y ésta también fue una oportunidad para actualizar su proceso de vocación frente a la actividad profesional que realizan. De igual manera,

valoraron el trabajo interdisciplinario como un recurso fundamental para nutrir las diferentes miradas de acompañamiento a los jóvenes y sus familias, e incluso para fortalecerse como facilitadores. En este punto es importante resaltar que para todos los facilitadores esta fue una experiencia muy positiva de la cual quisieran seguir siendo parte, tanto para retomar la experiencia adquirida como por lo satisfactorio que resulta encontrarse los participantes en las diferentes ciudades y contar con retroalimentación positiva por parte de ellos a pesar del tiempo transcurrido.

De manera puntual con las familias y aunque estos aspectos también se desarrollan en las diferentes categorías, los facilitadores son consistentes al mencionar como en este grupo de referencia mejoraba la comunicación cotidiana, la relación entre los esposos, entre padres e hijos resaltando cómo ser parte de este proceso les permitió ser mejores padres. Esto se evidencia en los testimonio de uno de los facilitadores: "Ah, sí! Y había una pareja a punto de separarse, unas peleas impresionantes y poco a poco, eran así (corre la silla), eran los dos y en cada sesión se iban acercando más y salieron y antes de la clausura hicieron un pacto en la ceremonia de la luz, con compromisos" (Armenia). Igualmente, se coincide que el Programa "si funciona" y genera cambios desde que empieza a ejecutarse. Por ejemplo en Tunja una expresión de un facilitadores ilustra muy bien lo que en diferentes ciudades fue representativo en cuanto a los resultados del Programa: "los canales de comunicación, los resultados son inmediatos, uno no tiene que esperar hasta la última sesión para ver que si se efectuaron cambios porque se pueden ver desde la primera sesión ya los padres salen como más reflexivos, como más comunicativos, dispuestos, empiezan a mejorar su asertividad en cuanto a la crianza con sus hijos".

Por su parte los padres reconocieron aportes significativos tanto a través de la ejecución del programa como en la relación que se estableció con los facilitadores. Ellos llegaron a manifestar que el proceso vivido les permitió sentirse como una "gran familia" y que el Programa alcanzó los objetivos que inicialmente se formularon. La mayoría de ellos exaltaron como fueron sus propios hijos quienes los incentivaron a ellos como padres a permanecer en el Programa. Asimismo destacan como inicialmente eran solo las madres quienes asistían al programa, pero progresivamente hacían más presencia las figuras paternas.

Los padres valoran de manera positiva dos aspectos propuestos por el programa desde "Amor y Límites"; por un lado, reconociendo la importancia de valorar a sus hijos, resaltar sus fortalezas y expresar de manera más asertiva el afecto que sienten por ellos. En segunda instancia integrar nuevas estrategias para mantener los límites, las normas y las reglas afectando la dinámica familiar de forma positiva. Al iniciar algunos de los grupos focales, los padres y madres preguntaban cuándo iniciarían de nuevo con el programa y si había una nueva fase para aquellos que ya se habían beneficiado. Parte de su motivación por ir a las sesiones de esta medición del impacto del Programa se veía motivada por la posibilidad de hacer parte de un nuevo proceso. Uno de los asistentes al grupo focal resaltó: "aumentamos más la comunicación en familia, nos sentamos a

comer ya todos juntos a comer en una de las comidas eso lo hacemos, acompañamiento estar siempre pendiente de ellos”.

Los adolescentes, aunque al principio el evocar lo logros de la experiencia les fue un poco difícil, a lo largo de la sesiones del grupo focal, fueron tronándose más tranquilos, participativos y dispuestos a compartir sus impresiones. E incluso estaban fuertemente motivados para asistir a esta sesión de la Medición de Impacto, jalonando a la vez a sus padres. Los jóvenes, resaltaron que a partir de lo vivido durante el Programa se sienten más unidos con sus familias, dedican mayor tiempo para dialogar, recrearse, y estar con sus padres y hermanos. Asimismo destacan de forma general que existe mayor confianza y una mejor comunicación. Además de un gran impacto sobre comportamientos pro salud en salud sexual y salud reproductiva, no consumo de sustancia psicoactivas y transformación de conductas agresivas.

Respecto a los límites, normas, reglas y castigos, los jóvenes participantes de los grupos focales refieren que pese a que pudiese ser molesto recibir ciertos castigos como consecuencia de no cumplir lo prometido o pactado con sus padres, ellos se sienten más seguros y satisfechos en hogares en donde los límites son claros, las normas y reglas están establecidas, y se hacen cumplir. Ellos comentan que como parte de este proceso, en muchos de los hogares se establecieron de forma conjunta estos elementos y las consecuencias que tendrían si no se cumplían, y que el cumplimiento era tanto para padres como para hijos.

En los adolescentes se identificaron grandes aportes del programa, por un lado, muchos resaltaron que su proyecto de vida se había consolidado e incluso transformado a partir de la experiencia con familias Fuertes. Para el caso de los más pequeños en edad, aunque ellos aún no tenían definido su proyecto de vida, se mostraron inquietos por irlo consolidando y referían en algunos casos, qué situaciones no quisieran llegar a vivir, por ejemplo en lo relacionado con el consumo de SPA, el cual consideraban como obstáculo para tener un proyecto de vida adecuado. Los jóvenes refirieron que el Programa permitió hacer frente a la presión social de sus pares, poder ser más selectivos en el grupo de amigos que tenían e incluso no tener tanta dificultad en escuchar a sus padres sobre la amistad y las situaciones de riesgo. Uno de los chicos refiere: “yo soy diferente en mi grupo y más que a mí y mi mamá nos dieron bastantes estrategias para dialogar, para resolución de conflictos, bueno muchísimas cosas. Respetamos muchísimas cosas que se hacen, tanto el uno como el otro sabe lo que le incomoda al otro y creo que eso nos dio muchísima voluntad, pensábamos que necesitábamos el cambio pero no había como hacerlo, después del taller pues cambiamos bastante y fue tras el taller”.

Aunque claramente todos los actores del Programa Familias Fuertes sugieren su implementación por los beneficios obtenidos, ellos resaltan una cantidad importante de desafíos, obstáculos y retos que tuvieron que enfrentar, sin que ello se convirtiera en un factor que los desmotivara para la realización del programa. Por el contrario estos son elementos que permitieron que ellos plantearan recomendaciones para fortalecer el programa. Es importante resaltar

que estos elementos fueron expresados principalmente por los facilitadores y los padres de familia.

El primer desafío destacado en las narraciones de manera unísona, fue el tema de la convocatoria, puesto que ella requería de una población particular, dado que tenían un perfil muy específico en edad, no referir consumo de alguna sustancia psicoactiva y en general altos comportamientos de riesgo. Los facilitadores refieren que estos requisitos generaron mayor demora en la selección como también la oportunidad por parte de algunas instituciones de filtrar participantes que no correspondían a estos criterios.

De igual forma en el tema de convocatoria, se encontraron dificultades en el establecimiento de alianzas y sinergias intersectoriales, como por ejemplo en las instancias gubernamentales y educativas. Los facilitadores encontraron que las Secretarías de Educación y Salud no referían de forma clara a cuál de ella correspondía dicho proceso, pues si bien, las familias salieron de las instituciones educativas, el tema a desarrollar era de competencia de la Secretaría de Salud.

Los líderes de los proyectos refirieron procesos engorrosos y de demanda burocrática, es decir, con alto contenido político, lo cual hacía que se dilataran la toma de decisiones para aceptar la propuesta, socializarla y colaborar en la ejecución misma. En sus palabras los facilitadores de todas las regiones coinciden en plantear que: "le meten politiquería". Incluso esto se vio en algunos contextos en donde les asignaron facilitadores, que quizás no cumplían con todos los requisitos establecidos en el perfil, no había continuidad de facilitadores en cada uno de los pilotos o replicas.

Los facilitadores coinciden en que el reto es empoderar a todas las instancias, especialmente, las directivas de las instituciones educativas. Por ejemplo, un facilitador refería: "Yo pienso que es mucho la perseverancia de estar yendo constantemente, mire vea, llevarle la presentación, hablar no solo de pronto con el rector sino que también con la trabajadora social sino también con los docentes, entonces como que todos se empoderen del tema, que todos conozcan y sepan que hay un programa que es dirigido para ciertas familias". Asimismo, una experiencia como esta, implica el fortalecer aspectos personales y profesionales, que les permitieran mantener la calidad del Programa, como por ejemplo su empatía, la calidad humana, el compromiso, el manejo de los recursos, y competencias que permitirán poner en juego para mantener la motivación y promover el sentido de pertenencia de los grupos beneficiarios.

Los padres resaltan varios elementos que consideran transversales y necesarios para el fortalecimiento del programa, sus alcances y sostenimiento de resultados. Ellos expresan que si bien el programa desarrolla los elementos aspectos centrales para fortalecer las dinámicas familiares, el tiempo de algunos temas debería ser mayor, expresado en palabras de una madre "lo más duro es que fue muy poquitico". Igualmente, de acuerdo a los temas tratados las familias aunque consideran que las intervenciones grupales enriquecen sus vivencias y experiencias colectivas, se requiere en algunos momentos de acompañamientos paralelos, mas personalizados para exponer "algunos casos y tratarlos". En Armenia por ejemplo, una madre expresó que habían algunos temas puntuales

sobre sus situaciones familiares que ella prefería no expresar en público, ya fuera por vergüenza, temor a la señalización o porque hacían parte de su intimidad. De la misma manera, en Itagüí, una madre quería orientación sobre otro hijo que no hacía parte del Programa, pero que estaba en consumo activo de marihuana.

Ellos refirieron que la rotación del personal es alta en algunas regiones, lo cual hace que se tome un tiempo mayor en el establecimiento de la confianza, el vínculo y el conocimiento mutuo. Esto interfiere también el proceso de las familias, la ejecución las actividades y por ende en los resultados que se podrían alcanzar si se mantiene el equipo con que se inicia el proceso. Una familia resalta: “nosotros nos cambiamos mucho del psicólogo y yo decía así no cada vez, presentándonos cambiando el lazo que el que empezó ese terminó que llegué otro”.

Los padres valoraron tan positivamente el trabajo que consideran que uno de los desafíos es ampliar la cobertura, porque como ellos lo manifiestan: “más cobertura. Hay personas con más dificultades. Rico, buscar a las personas que tengan esa dificultad más marcada y que puedan tener esas ayuda”. A su vez, consideran que el programa debería contemplar un seguimiento a las familias que ya han terminado del Programa con el fin de acompañar en procesos puntuales que se generan posteriores a la participación y el volverse a encontrar como grupo. Esto entra en resonancia con lo que expresa un facilitador de la Tebaida, quien expresó: “hagamos una tarde recreativa en el colegio, y no sé qué”, ellos mismos decían, “hagamos esto para que podamos saber cómo van”, porque hay una cohesión de grupo que se crea entre los adolescentes, y de amistad, fuerte, porque ya se han vencido muchísimos esquemas y ya hay una comunicación directa, y ya, abiertamente, ellos hablan de lo que sea y de lo que sea hablan, uno se conoce el colegio, se conoce los profesores, se conoce amigos de ellos, porque es que ya trabajar con los adolescentes... ellos no se callan”

Finalmente, a partir de las narraciones de los padres y los facilitadores de todos los departamentos, se puede ver que la categoría de comunidad y agresividad-violencias no es un tema que haya sido fuertemente recordado. Sin embargo, desde las pocas voces que se escucharon al respecto, es importante resaltar que para ellos es urgente abordar el tema de violencias familiares, como también todo lo del tema del posconflicto de nuestro país.

## **Desde la evaluación cuantitativa**

En este estudio se evalúan los efectos del Programa de Familias Fuertes sobre varios indicadores de impacto, en cerca de 1000 familias colombianas participantes y no participantes. Los datos para realizar la evaluación se obtuvieron en dos encuestas, la línea de base o pretest y el primer seguimiento o postest para el grupo intervenido y de una encuesta, pretest para el grupo comparado.

El análisis de la línea de base, evidenció algunas diferencias importantes entre los participantes del grupo control y grupo tratamiento. Los resultados arrojaron que aquellos participantes del grupo tratamiento presentan una distribución

geográfica distinta a los del grupo control, tienen mayor probabilidad de presentar en las viviendas el servicio de gas por tubería, menor probabilidad de contar con servicio de teléfono en la vivienda y los apoderados tienen mayor número de años de educación. Esto permitió concluir que ambos grupos no eran comparables y que los efectos reales producidos por el Programa a los indicadores de impacto no se puede determinar con una simple comparación entre el grupo tratamiento y control, es decir, que el impacto estimado del Programa de Familias Fuertes está compuesto por el efecto verdadero del Programa y el sesgo de selección.

Se planteó dos estrategias metodológicas, a través del modelo de diferencias en el tiempo y el modelo de emparejamiento, para estimar el impacto del programa, dadas las circunstancias como se realizó la investigación desde el inicio y la calidad de la información recolectada y digitalizada de las familias intervenidas, que permitía controlar, de algún modo, aquellas características de participantes que pudieran influir en los indicadores de impacto y de esta manera lograr que la inferencia estadística sobre el impacto causado sea válida y precisa.

El primer método para la evaluación de Impacto consistió en la comparación entre el antes y después del grupo tratamiento, suponiendo la no existencia del grupo comparado y características muy similares entre los integrantes del grupo intervenido. El último procedimiento consistió en utilizar el método de emparejamiento (propensity score matching), el cual permitió implementar una corrección en la selección del grupo Familias intervenidas debida a características observables de estos mismo y sus hogares, que sean influyentes. Éste método se aplicó con la postprueba del grupo intervenido y la preprueba del grupo comparado, sin embargo, los resultados de este método serán confiables siempre y cuando existan razones para pensar que las variables no observables o no disponibles en la base de datos, que puedan incluir variables intrínsecamente difíciles de medir, no son un determinante fundamental tanto de la participación en el programa como de las variables de resultado potenciales. Este supuesto de que la selección en el programa o el efecto del programa dependen únicamente de las variables observables, es bastante fuerte, sin embargo, se ha demostrado que estos estimadores son capaces de replicar los resultados de estudios experimentales.

El estudio de las diferencias entre el antes y el después del grupo intervenido, mostró un efecto favorable para los adolescentes que participaron en el programa de Familias Fuertes en los indicadores de participación y apoyo familiar, demostración de afecto y cariño, disciplina consistente, aptitudes hacia el comportamiento de riesgo y comunicación familiar. Ahora, para los apoderados, se evidenció un efecto favorable en los indicadores de participación y apoyo familiar, demostración de afecto y cariño, disciplina consistente, comunicación sobre comportamientos de riesgo, comunicación familiar, conexión con la familia nuclear y establecimiento de metas.

Finalmente, en la comparación de los resultados del grupo intervenido y grupo control, a partir del método de emparejamiento, se observan efectos positivos para el programa Familias Fuertes en los indicadores de demostración de efecto

y cariño, actitudes hacia comportamientos de riesgo y establecimientos de metas. Por tanto, la participación en el programa genera un impacto positivo en estos aspectos en comparación a aquellos que no participaron en el programa.

Si bien es cierto, que la evaluación de impacto del programa Familias Fuertes muestra efectos positivos en algunos indicadores, estos resultados deben tomarse como una primera aproximación al impacto verdadero del programa, debido a las diversas limitaciones presentadas en el estudio. Por tanto, se sugiere realizar una segunda evaluación al grupo de familias que no participaron en el programa (grupo control o comparado), en el término del tiempo que dura el programa de intervención y obtener más información de la evaluación pretest y postest de las familias que están participando o van a participar en el programa, con estándares mínimos que aseguren la depuración y calidad de información recolectada y digitalizada. De esta forma, se podrán mitigar algunas de las limitaciones de la presente evaluación de impacto.

### 3.7. Recomendaciones

A partir de los desafíos, logros y alcances del Programa, se considera que el impacto es positivo en las familias, en los contextos sociales y educativos de quienes participaron en él. Quienes hicieron parte de los grupos focales coinciden esencialmente el recomendar el programa; darle continuidad, ampliar la cobertura, articular en las instancias intersectorialmente, y de manera enfática realizar seguimientos y dar cobertura a otras poblaciones. Todos expresaron que fueron muchos más los beneficiados puestos que el impacto del programa alcanzo a otros grupos familiares en relación, amigos y vecinos.

Los facilitadores recomiendan aprovechar el capital humano ya capacitado en el programa, quien ya ha ido fortaleciendo sus competencia para acompañar a las familias, han aprendido de los desafíos a la hora de convocar, mantener a las personas en el programa, han establecido lazos con las comunidades, porque conocen con mayor detenimiento sus necesidades; de manera particular los facilitadores de Itagüí insisten en evitar la formación indiscriminada de nuevo facilitadores y por el contrario ofrecer estabilidad a estos profesionales al vincularlos de manera continua. El personal ya capacitado y con experiencia reduce los gastos de nuevas capacitaciones y fallas en la aplicación del Programa.

En términos de divulgación y logística, los facilitadores también consideran que es muy importante lograr una difusión anticipada e incluso a través de los medios de comunicación. En Armenia, por ejemplo, se contó con un facilitador que trabajaba y tenía alianzas en las emisoras del Departamento, y esto se constituyó en un diferencial que facilitó el acceso a la población y la divulgación del programa en la comunidad, promoviendo la transferencia del conocimiento. Al respecto, en Armenia se resalta: “debe mejorarse, por ejemplo, es muy importante la difusión de que se va a dictar el programa... Las cuñas radiales, todo, esos fueron aportes, y con la diócesis en Armenia, también”. De la misma manera, se resalta como un aspecto estratégico y de consolidación del programa que de forma evidente impacta positivamente en los resultados es lo relacionado con la difusión de la intencionalidad del programa e incluso sus resultados, logrando impactar de forma indirecta a otras familias. Un facilitador resalta: “... Si se hiciera eso con Familias Fuertes, meterle más fuerza en ese campo publicitario. Podría darle mucho más auge a la participación de las familias porque una vez que las familias están convocadas y participan de la primera sesión, se quedan”.

Considerando que los facilitadores son esenciales en el proceso, dado que están encargados de ejecutar las actividades con los padres y los adolescentes, son indispensable que se logren mantener su autonomía, libre de conflictos de interés políticos, y por lo tanto privilegiar la formación a la cual venimos haciendo referencia. Se resalta como un insumo fundamental su consciencia y compromiso social. Se resaltan las verbalizaciones de esos facilitadores: “... y cuando, por ejemplo, el Quindío a nivel nacional reconocieron el trabajo de nosotros, los facilitadores, o sea, una calificación muy buena, entonces, tener en

cuenta esas hojas de vida, y contar con gente que se haya capacitado, pero es que eso es muy difícil. Es más, nosotros teníamos amigos allá, y no, y ellos sabían también de la situación, pero no... de todas maneras ahí seguimos"; "hay un caso, el de Tunja, vea, cuando dictamos para formar los facilitadores, ustedes no se imaginan la cantidad de problemas que tuvimos y lo pusimos en conocimiento, y no pasó nada".

Respecto al seguimiento, los padres y facilitadores sienten la necesidad de realizar monitoreo a la población que asiste al programa, en donde se les dé cobertura a las necesidades puntuales fruto en muchos casos de lo que moviliza el programa; otros debido a las condiciones de vida sociales, económicas y culturales de las familias, que requieren de abordajes ideográficos, personalizados y más privados. Al respecto en Armenia un facilitador expresa: "Sí, lo que pasa es que uno en ese avance de esas sesiones, uno también ve situaciones muy complicadas, muy difíciles que no se pueden solucionar de la noche a la mañana, entonces, por ejemplo, hay familias que necesitan una asesoría psicológica, psiquiátrica, un problema de abuso en una niña y, ¿cómo lo va uno a tratar en 6 sesiones? Entonces uno ve que también se queda... uno manda las solicitudes a comisaría de La Tebaida y todo para que nos ayudaran los profesionales a ver qué seguimiento se le hacía a 'x' familias, pero es muy difícil, y el programa Familias Fuertes funcionaría mejor si hay una red alrededor de ese programa con profesionales, que, al menos, hagan una visita al mes a la familia, a charlar con ella, "¿cómo van?", ¿qué consejos darle? Porque sí se siente eso. A mí me han llegado allá a hablarme de sus problemas, yo los escucho, los ayudo, los animo, pero no más, porque yo no soy psicólogo ni psiquiatra".

Igualmente, el programa debe involucrar seguimientos una vez culmina el programa e incluso unos meses posteriores que den cuenta de los cambios que se sostienen en el tiempo o se comienzan a gestar una vez culmina el programa. En algunas ocasiones, los cambios no se ven de forma inmediata durante la participación cotidiana en el programa, ya sea porque las personas no se exponen a esas situaciones, o por la cronicidad de una situación particular que no es fácil modificar, o incluso porque algunas personas requieren de un tiempo mayor para poder apropiarse de las herramientas que se les da en las sesiones.

El seguimiento y/o sesiones de encuentro grupales con los participantes se constituyen en un aspecto reforzador de aprendizajes o experiencias vividas durante la participación en el programa. Esos encuentros pueden evocar estrategias desarrolladas, que quizás en un momento no tenían impacto significativo en las dinámicas familiares, pero que con el tiempo pueden llegar a resonar en las familias por ser útiles. Por lo tanto, se considera que el seguimiento es central y sería sensible a esos cambios posteriores en las dinámicas familiares.

Con respecto a los materiales y a las dinámicas de las sesiones, las personas dieron valoración positiva en su estructura general y en el efecto que estas tenían al interior de las familias. De forma puntual, los facilitadores de Armenia resaltaron que sería pertinente ampliar el número de sesiones del componente

de sexualidad y consumo de SPA. Respecto a los videos, los participantes expresaron que estos eran sensibles a las necesidades de las personas, a situaciones cotidianas de las familias y a ciertos contextos sociales. Sin embargo, se sugiere que se hagan ajustes utilizando el lenguaje y/o jerga de nuestro país, resaltando especialmente en los videos. Facilitadores de Itagüí y Armenia coincidieron en mencionar: “de pronto sí como empezar a pensar en que el manual debe estar en nuestros términos colombianos”.

En las narraciones de los adolescentes se logra encontrar conformidad con el programa, los temas desarrollados, los facilitadores y el refrigerio, resaltaron que es un programa que logra “enseñarle a uno cosas, para mí todo estuvo bien”. Tanto facilitadores como padres resaltaron que muchos de sus hijos eran los que habían motivado su permanencia en el programa e incluso para la convocatoria del presente programa de medición de impacto, en donde los jóvenes expresaban que querían ir para saber si iban a volver a dar el programa o para ir a encontrarse con los otros compañeros.

Los tres grupos resaltaron la importancia de la clausura y la actividad final. Significaron estos momentos como una “graduación” en la que se evidenciaban los esfuerzos de todos, los logros, el afecto del grupo y los cambios alcanzados.

**Tabla 33. Recomendaciones componente metodológico**

FASE	DESCRIPCIÓN
<b>Revisión de cuestionario</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fase de validación de instrumentos en Colombia</li> <li>2. Inclusión de preguntas socio demográficas</li> <li>3. Ortografía y términos empleados en contenido de instrumentos e instrucciones, ejemplos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• El cuestionario está dirigido a familias nucleares (papá, mamá, hijos) sin tener en cuenta otros modelos familiares que en algunos territorios incluso son mayoría. Esto se refleja en las preguntas de pareja (preguntas 72, 75, 76, 77 y 78). Muchas madres, padres o abuelas que diligenciaron el cuestionario nos preguntaban en las aplicaciones: “Y si yo no tengo pareja ¿cómo contesto esto?”</li> <li>• El término “apoderado” no se entiende, sería bueno usar uno más común como acudiente o adulto responsable.</li> <li>• El cuestionario tiene muchos errores de ortografía y gramaticales que dificultan su comprensión.</li> <li>• El cuestionario es muy complejo teniendo los bajos niveles de escolaridad encontrados en las poblaciones donde aplicamos en grupos control. Mucha gente, sobre todo de la tercera edad, afirmó no tener más de quinto de primaria. De hecho, en tres ocasiones (en Risaralda, Caldas y en Boyacá) nos encontramos personas con ningún grado de escolaridad, es decir analfabetas.</li> <li>• El cuestionario tiene palabras, términos que no aplican para el contexto socio-cultural colombiano. Por ejemplo: recado (9), ramos (50).</li> </ul> </li> </ol>
<b>Procesamiento de</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Digitación Lector óptico</li> </ol>

**información  
Recolección  
información**

**de**

2. Organización y captura de información física
1. Condiciones especiales de participantes en lectura
2. Listados para sistematizar participantes con sus respectivos códigos

## 4. Bibliografía

1. Alfaro González, M., Vázquez Fernández, M.E., Fierro Urturi, A., Muñoz Moreno, M.F., Rodríguez Molinero, L. y García Gutiérrez, P. (2014). Consumo y actitud ante el alcohol de los adolescentes de 13-18 años de edad en la provincia de Valladolid. *Acta pediátrica español*, 72(6), 111-118.
2. Alvarez-Aguirre, A., Alonso-Castillo, M.A. & Guidorizzi Zanetti, A.C. (2014). Predictive factors of alcohol and tobacco use in adolescents. *Revista Latino-americana de enfermagem*, 22(6), 1056-1062.
3. Aura, A., Sormunen, M. & Tossavainen, K. (2016). The relation of socio-ecological factors to adolescents' health-related behaviour. A literature review. *Health education*, 116(2), 177-201.
4. Balogun, O., Koyanagi, A., Stickley, A., Gilmour, S., & Shibuya, K. (2014). Alcohol consumption and psychological distress in adolescents: a multi-country study. *Journal of Adolescent Health*, 54(2), 228-234.
5. Baltasar Bagué, A., Gras Pérez, M. E., Font-Mayolas, S., García Vega, E. M., Patiño Masó, J., Raurell Torredà, M. y Cunill Olivas, M. (2014). Creencias de los adolescentes respecto al consumo de drogas. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, (112), 11-21.
6. Barbosa González, A., Segura López, C.A., Garzón Muñoz, D. y Parra Bustos, C. (2014). Significado de la experiencia del consumo de sustancias psicoactivas en un grupo de adolescentes institucionalizados. *Avances en Psicología latinoamericana*, 32(1), 53-69. doi: dx.doi.org/10.12804/apl32.1.2014.04
7. Brook, J., Macdonald, T., y Yan, Y. (2012). An analysis of the impact of the Strengthening families program on family reunification in child welfare. *Children and Youth Services Review*, 34, 691-695.
8. Burdzovic, J.B., Pape, H. & Bretteville-Jensen, A.L. (2016). Who are the adolescents saying "No" to cannabis offers. *Drug Alcohol Depend.* EN PRENSA. doi:10.1016/j.drugalcdep.2016.03.025.
9. Cabrerizo, S., Varela, S. y Lutz, M.I. (2014). Encuesta sobre abuso de alcohol y medicamentos en adolescentes de cuatro escuelas del conurbano bonaerense. *Archivos argentinos de pediatría*, 112(6), 504-510.
10. Calero, A., Schmidt, V. y Bugallo, L. (2015). Consumo de alcohol y su relación con la autopercepción adolescente. *Health and Addictions*, 16(1), 49-58.
11. Carmona-Torres, J.A., Cangas, A.J., Langer, A.I., Aguilar-Parra, J.M. y Gallego, J. (2015). Acoso escolar y su relación con el consumo de drogas y trastornos alimentarios: comparación entre adolescentes de Chile y España. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 23(3), 507-527.

12. Cerezo, F., Méndez, I., & Ato, M. (2013). Moderating role of family and friends' factors between disocial behavior and consumption in adolescents. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13(3), 171.
13. Correa, L., Zubarew, T., Valenzuela, T., y Salas, F. (2012). Evaluación del programa "familias fuertes: amor y límites" en familias con adolescentes de 10 a 14 años. *Revista Médica de Chile*, 140, 726-731.
14. Díaz-García, A.I., Urquiza Cruz, N., Hernández Váldez, S., Molina Domínguez, M.I. y Díaz-García, A.M. (2014). Comportamiento del consumo de drogas en adolescentes de noveno grado. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 30(3), 310-316.
15. Echeburúa, E. y De Corral, P. (2009). *Manual de violencia familiar*. Madrid: Siglo XXI.
16. Errasti, J., Al-Halabí, S., Secades, R., R., Fernández-Hermida, J., Carballo, J., y García-Rodríguez, O. (2009). Prevención familiar del consumo de drogas: el programa «Familias que funcionan». *Psicothema*, 21(1), 45-50.
17. Ezpeleta Ascaso, L. (2005). Prevención en psicopatología del desarrollo. En L. Ezpeleta (Ed.), *Factores de riesgo en psicopatología del desarrollo* (pp. 3-20). Barcelona, España: Masson.
18. Fuentes, M.C., Alarcón, A., García, F. y Gracia, E. (2015). Consumo de alcohol, tabaco, cannabis y otras drogas en la adolescencia: efectos de la familia y peligro del barrio. *Anales de Psicología*, 31(3), 1000-1007. doi.org/10.6018/analesps.31.3.183491
19. Galván, G., Guerrero-Martelo, M., Torres, J., Torres, F. y Sánchez, A. (2015). Prevalencia de uso de cannabis: perfil familiar y social de una muestra adolescente. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 9(2), 101-112.
20. Gatti, U., Soellner, R., Bräker, A-B., Verde, A. & Rocca, G. (2015). Delinquency and alcohol use among adolescents in Europe: the role of cultural contexts. *European journal of criminology*, 12(3), 362-377.
21. Goldberg-Looney, L.D., Sánchez-San Segundo, M., Ferrer-Cascales, R., Smith, E.R., Albaladejo-Blazquez, N. & Perrin, P.B. (2015). Adolescent drinking in Spain: Family relationship quality, rules, communication, and behaviors. *Children and Youth Services Review*, 58, 236-243.
22. Granville-Garcia, A.F., Alves Clementino, M., Cesarino Gomes, M.D.N., Targino Firmino, R., Arrais Ribeiro, G.L. & Dantas Siqueira, M.B. (2014). Alcohol consumption among adolescents: attitudes, behaviors and associated factors. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(1), 7-16.
23. Han, Y., Grogan-Kaylor, A., Delva, J. & Xie, Y. (2014). Estimating the heterogeneous relationship between peer drinking and youth alcohol consumption in Chile using propensity score stratification. *International journal of environmental research and public health*, 11, 11879-11897. doi:10.3390/ijerph111111879

24. Herrera Batista, C.A., Ruiz Candina, H. y Martínez Betancourt, A. (2014). Caracterización del consumo de drogas psicoactivas por jóvenes y adolescentes atendidos en el Centro de Deshabitación de Adolescentes del municipio Playa. *Revista Cubana de investigaciones biomédicas*, 33(1), 61-69.
25. Jiménez, A., Moreno, C., Oliva, A. y Ramos P. (2010). Una aproximación a la evaluación de la eficacia de un programa de prevención de drogodependencias en Educación Secundaria en Andalucía. *ADICCIONES*, 22 (3), 253-265.
26. Kalebić Maglica, B & Martinac Dorčić, T. (2016). Components of the prototype/willingness model as concurrent and prospective predictors of adolescents' alcohol consumption. *Journal of child & adolescent substance abuse*, 25(2), 159-168. doi.org/10.1080/1067828X.2014.967431
27. Kumpfer, K., Fenollar, J., y Jubani, C. (2013). Una intervención eficaz de mejora de las habilidades familiares para la prevención de problemas de salud en hijos de personas con adicción al alcohol y las drogas. *Pedagogía Social Revista Interuniversitaria*, 21, 85-108.
28. Kumpfer, K., y Jhonson, J. (2007). Intervenciones de fortalecimiento familiar para la prevención del consumo de sustancias en hijos de padres adictos. *Adicciones*, 19(1), 13-25.
29. Lloret, D., Espada, J., Cabrera, V., y Burkhart, G. (2013). Prevención familiar del consumo de drogas en Europa: una revisión crítica de los programas contenidos en EDDRA. *Adicciones*, 25(3), 226-234.
30. Lopes, G.M., Araújo Nóbrega, B., Del Prette, G. & Scivoletto, S. (2013). Use of psychoactive substances by adolescents: current panorama. *Revista brasileira de Psiquiatria*, 35, 51-61. doi:10.1590/1516-4446-2013-S105
31. Lopez-Quintero, C., & Neumark, Y. (2015). Prevalence and determinants of resistance to use drugs among adolescents who had an opportunity to use drugs. *Drug and Alcohol Dependence*, 149, 55-62.
32. Maciel de Freitas, E.A. & Villar Luis, M.A. (2015). Perception of students about alcohol consumption and illicit drugs. *Acta Paulista de enfermagem*, 28(5), 408-414. doi.org/10.1590/1982-0194201500069
33. Magalhães, C., y Kumpfer, K. (2015). Effectiveness of culturally adapted Strengthening Families Programme 6-11 years among Portuguese families. *Journal of Children's Services*, 10(2), 151-160.
34. Matejevic, M., Jovanovic, D., & Lazarevic, V. (2014). Functionality of family relationships and parenting style in families of adolescents with substance abuse problems. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 128, 281-287. doi: 10.1016/j.sbspro.2014.03.157
35. Medruț, F-P. (2014). Peer influence as risk factor in adolescent substance use. *Revista de Asistență Socială*, 3, 69-77.
36. Ministerio de Salud y Protección Social (2015). Encuesta Nacional de Salud Mental. Recuperado de:

- <http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud mental tomoI.pdf>
37. Moral, M., Rodríguez, F., Ovejero, A., y Sirvent, C. (2009). Cambios actitudinales y reducción del consumo de alcohol en adolescentes a partir de un programa de intervención psicosocial. *Adicciones*, 21(3), 207-220.
  38. Muñoz-Rivas, M. y Graña Gómez, J.L. (2005). Influencia del grupo de iguales y satisfacción con la ocupación del tiempo libre. En L. Ezpeleta (Ed.), *Factores de riesgo en psicopatología del desarrollo* (pp. 389-409). Barcelona, España: Masson.
  39. Murphy, S.M., McPherson, S. & Robinson, K. (2014). Non-medical prescription opioid use and violent behavior among adolescents. *Journal of child & adolescent mental health*, 26(1), 35-47. doi.org/10.2989/17280583.2013.849607
  40. Musitu, G. y García, J. F. (2001). *Escala de Socialización Parental en la Adolescencia (ESPA29)*. Madrid: TEA Ediciones.
  41. Obando, D., Trujillo, A. & Trujillo, C.A. (2014). Substance use and antisocial behavior in adolescents: the role of family and peer-individual risk and protective factors. *Substance use & misuse*, 49, 1934-1944. doi: 10.3109/10826084.2014.956365
  42. Observatorio de Drogas de Colombia (2011). Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar. Recuperado de: [https://www.unodc.org/documents/colombia/Documentostecnicos/Estudio\\_Consumo\\_Escolares.pdf](https://www.unodc.org/documents/colombia/Documentostecnicos/Estudio_Consumo_Escolares.pdf)
  43. Observatorio de Drogas de Colombia (2013). Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia. Recuperado de: [https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio\\_de\\_Consumo\\_UNODC.pdf](https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio_de_Consumo_UNODC.pdf)
  44. Observatorio de Drogas de Colombia (2015). Reporte de Drogas de Colombia. Recuperado de: [http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/odc-libro-blanco/OD0100311215\\_reporte\\_de\\_drogas\\_de\\_colombia.pdf](http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/odc-libro-blanco/OD0100311215_reporte_de_drogas_de_colombia.pdf)
  45. Organización de los Estados Americanos (2013). El problema de las drogas en las Américas. Recuperado de: <http://www.descentralizadrogas.gov.co/wp-content/uploads/2015/01/El-problema-de-las-drogas-en-las-Américas.pdf>
  46. Organización de los Estados Americanos (2015). Informe del uso de drogas en las Américas. Recuperado de: <http://www.cicad.oas.org/apps/Document.aspx?Id=3209>
  47. Orpinas, P., Ambrose, A., Maddaleno, M., Vulcanovic, L., Mejia, M., Butrón, B., ..., Soriano, I. (2014). Lessons learned in evaluating the *Familias Fuertes* program in three countries in Latin America. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 36(6), 383-390.
  48. Orrego, J., Paino, M. y Fonseca, E. (2015). Programa educativo «Trampolín» para adolescentes con problemas graves del comportamiento: perfil de sus participantes y efecto de la intervención. *Aula abierta*, 44 (1), 38-45.

49. Ortíz García, P. y Clavero Mira, E. (2015). Estilos de consumo de sustancias adictivas en función del género. Una aproximación desde el análisis de discurso. *Acta Sociológica*, (63), 121-144.
50. Petrova, H.A., Zavarzina, O.O., Kytianova, I.P. & Kozyakov, R.V. (2015). Social and personal factors of stable remission for people with drug addictions. *Psychology in Russia: state of the arte*, 8(4), 126-138. doi: 10.11621/pir.2015.0411
51. Ribeiro Gomes, B.D.M., Castanheira Nascimento, L., Iossi Silva, M.A., de Campos, E.A. & Pilon, S.C. (2014). The context of alcohol consumption among adolescents and their families. *International journal of adolescent Medicine and Health*, 26(3), 393-402. doi 10.1515/ijamh-2013-0312. doi 10.1515/ijamh-2013-0312
52. Rojas, A. y Oropeza, R. (2010). Efecto de una intervención conductual en la interacción familiar. *En-claves del Pensamiento*, IV (7), 117-131.
53. Rosabal García, E., Romero Muñoz, N., Gaquín Ramírez, K. y Hernández Mérida, R.A. (2015). Conductas de riesgo en los adolescentes. *Revista Cubana de Medicina militar*, 44(2), 218-229.
54. Ruiz Candina, H., Herrera Batista, A., Martínez Betancourt, A. y Supervielle Mezquida, M. (2014). Comportamiento adictivo de la familia como factor de riesgo de consumo de drogas en jóvenes y adolescentes adictos. *Revista Cubana de investigaciones biomédicas*, 33(4), 402-409.
55. Rützel, E., Sisask, M., Värnik, A., Värnik, P., Carli, V., Wasserman, C., ... & Bobes, J. (2014). Alcohol consumption patterns among adolescents are related to family structure and exposure to drunkenness within the family: Results from the SEYLE project. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 11(12), 12700-12715. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2015.01.015
56. Sampson, R. J., Raudenbush, S. W., & Earls, F. (1997). Neighborhoods and violent crime: A multilevel study of collective efficacy. *Science*, 277, 918-924. doi:10.1126/science.277.5328.918
57. Sánchez-Sosa, J.C., Villarreal-González, M.E., Ávila Guerrero, M.E., Vera Jiménez, A. y Musitu, G. (2014). Contextos de socialización y consumo de drogas ilegales en adolescentes escolarizados. *Psychosocial Intervention*, 23(1), 69-78.
58. Schinke, S., Schwinn, T., Hopkins, J., & Wahlstrom, L. (2016). Drug abuse risk and protective factors among Hispanic adolescents. *Preventive Medicine Reports*, 3, 185-188. doi: 10.1016/j.pmedr.2016.01.012
59. Schinke, S.P., Schwinn, T.M. & Hursh, H.A. (2015). Preventing drug abuse among Hispanic adolescents: developing a responsive intervention approach. *Research on social work practice*, 25(7), 794-800. doi: 10.1177/1049731514538103
60. Schofield, T.J., Conger, R.D. & Robins, R.W. (2015). Early adolescent substance use in Mexican origin families: peer selection, peer influence, and parental monitoring. *Drug and alcohol dependence*, 157, 129-135. doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.10.020

61. Soellner, R., Göbel, K., Scheithauer, H. & Bräker, A-B. (2014). Alcohol use of adolescents from 25 European countries. *Journal of public health*, 22, 57-65. doi 10.1007/s10389-013-0593-4.
62. Soto, A., & González, S. (2014). Evaluación de un programa de intervención con familias para la reducción de conductas antisociales en los menores. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 25(2), 56-73.
63. Teerenstra & Steven (2012). A simple simple size formula for analysis of covariance in cluster randomized trials. *Statistics in medicine*, 31, 2169-2178.
64. Trezza, V., Baarendse, P.J.J. & Vanderschuren, L.J.M.J. (2014). On the interaction between drugs of abuse and adolescent social behavior. *Psychopharmacology*, 231, 1715-1729. doi 10.1007/s00213-014-3471-z
65. Tripković, M., Frančičković, T., Marković, H., Paradžik, L. & Andrić, A. (2014). Alcohol consumption among adolescents in the City of Zagreb and the presence of alcohol drinking among their parents. *Alcoholism*, 50(1), 3-12.
66. Trujillo, A.M. y Flórez, I.A. (2013). Consumo de alcohol en los adolescentes de Chía y su percepción del consumo y de la permisividad parental frente al uso de sustancias. *Revista Colombiana de Psicología*, 22(1), 41-57.
67. United Nations Office on Drugs and Crime (2015). World Drug Report. Recuperado de: [https://www.unodc.org/documents/wdr2015/World Drug Report 2015.pdf](https://www.unodc.org/documents/wdr2015/World_Drug_Report_2015.pdf)
68. UNODC y Ministerio de Justicia y del Derecho (2014). Quindío, Líneas base departamentales. Recuperado de: <http://www.odc.gov.co/portals/1/regionalizacion/caracterizacion/RE05022014-quindio.pdf>
69. Valenzuela, M., Ibarra, A., Correa, M., y Zubarew, T. (2012). "Familias fuertes" taller de fortalecimiento familiar para adolescentes: satisfacción con la educación recibida. *Revista Chilena de Pediatría*, 83(2), 146-153.
70. Vásquez, M., Meza, L., Almandarez, O., Santos, A., Matute, R., Diaz, L., ..., Saenz, K. (2010). Evaluation of a strengthening families (familias fuertes) intervention for parents and adolescents in Honduras. *Southern online journal of nursing research*, 10(3).
71. Villegas-Pantoja, M.A., Alonso-Castillo, M.M., Alonso-Castillo, B.A. y Martínez-Maldonado, R. (2014). Percepción de crianza parental y su relación con el inicio del consumo de drogas en adolescentes mexicanos. *Aquichan*, 14(1), 41-52.
72. Yoon, S., Lam, W. W., Sham, J. T., & Lam, T. H. (2015). Learning to drink: How Chinese adolescents make decisions about the consumption (or not) of alcohol. *International Journal of Drug Policy*, 26(12), 1231-1237.